



TRABAJO DE FIN DE GRADO DE CRIMINOLOGÍA

Violencia de género, adicción y salud mental: un estudio sobre su interrelación

5º de Trabajo Social y Criminología

Autor/a: Laura André Rodríguez

Tutora: Eva María Rubio Guzmán

Índice:

1. Introducción:	6
2. Objetivos:	8
3. Preguntas de investigación:	8
4. Metodología:	9
5. Violencia de género:	10
5.1 Conceptos y tipos de violencia	10
5.2 Factores asociados a la violencia de género	12
5.3 Prevalencia de la violencia de género en España	13
5.4 Impacto de la violencia de género	14
6. Consumo problemático de sustancias y violencia de género:	16
6.1 Tipos de drogas y realidad de las mujeres consumidoras	16
6.2 Patrones de consumo de las mujeres	17
6.3 Factores de riesgo del consumo problemático de sustancias	20
6.4 Consumo de sustancias en mujeres víctimas de violencia de género	21
7. La salud mental en contextos de violencia de género:	23
7.1 Consecuencias psicológicas de la violencia de género para las víctimas	23
7.2 Principales trastornos psicológicos asociados a la violencia de género	23
8. Resultados:	26
8.1 Diagnóstico de salud mental en las mujeres víctimas de violencia de género	26
8.2 El trastorno de salud mental como factor de vulnerabilidad a sufrir violencia de género	29
8.3 Señales para detectar los problemas de salud mental en mujeres que sufren violencia y presentan adicciones	31
8.4 Relación entre la violencia de género, la adicción y los problemas de salud mental	33
8.5 Las adicciones en las mujeres víctimas de violencia de género	34
8.6 Factores de riesgo en las mujeres víctimas de violencia de género, con adicciones y problemas de salud mental	37
8.7 Factores de protección en las mujeres víctimas de violencia de género, con adicciones y problemas de salud mental	39
8.8 El tratamiento institucional de las mujeres que sufren violencia de género, adicciones y problemas de salud mental	40
8.9 La existencia de un patrón de conducta en las mujeres víctimas de violencia de género, con adicciones y problemas de salud mental	42
8.10 Papel de la salud mental en la respuesta de las mujeres víctima de violencia de género ante la adicción	43
9. Discusión sobre los resultados:	44

10. Conclusiones:	47
11. Bibliografía:	51
12. Anexos:	56
Anexo 1: Gráficos sobre la prevalencia de consumo de las mujeres en los últimos 12 meses	56
Anexo 2: Hechos del TLP explicado por el DSM-5	59
Anexo 3: Entrevistas transcritas	60
Entrevista 1: Antonio Jesús, educador e integrador social de Espai Ariadna	60
Entrevista 2: Carmen Martínez, trabajadora social del CSM del Hospital Ramón y Cajal	66
Entrevista 3: Alba Sedano, trabajadora social de Espai Ariadna	76
Entrevista 4: Alicia Salamanca, experta en violencia de género, salud mental y adicciones	84
Entrevista 5: Anabel Ramírez, trabajadora social, criminóloga y docente investigador de la Universidad Pontifica de Comillas	94
Entrevista 6: Laia Argimon, psicóloga experta en psicoterapia y acompañamiento en el abordaje de la violencia machista	102
Entrevista 7: Naiara Pérez, educadora social y experta en violencia de género.	113
Entrevista 8: Cristina Pereira, jurista, criminóloga y agente de igualdad con especialización en violencia de género	123

Resumen:

La violencia de género, el consumo de sustancias y la salud mental están estrechamente relacionados, generando un impacto significativo en la vida de las mujeres que los experimentan. Sin embargo, estos factores suelen abordarse de manera aislada, sin considerar su interconexión. El objetivo principal de este estudio es analizar la interrelación entre la violencia de género, el consumo de sustancias y la salud mental desde una perspectiva de género. Para ello, se parte de la necesidad de comprender estos factores de manera conjunta, ya que su interacción influye directamente en el bienestar de las mujeres afectadas.

A través de una revisión teórica y una metodología cualitativa, se integra la perspectiva de profesionales de distintos ámbitos sobre la interrelación entre estos tres factores, con el objetivo de comprender cómo es esta interrelación y cómo se aborda desde los recursos y servicios. Se resalta la importancia de adoptar enfoques holísticos e integrales en la intervención, para poder garantizar una respuesta adecuada a las necesidades de las mujeres.

Además, se identifican los factores de riesgo y de protección implicados en esta problemática. Este análisis, a través de la perspectiva de género, busca poder aportar conocimiento que contribuya al diseño de intervenciones más eficaces.

Palabras clave: violencia de género, salud mental, adicción, factores de riesgo, factores de protección, perspectiva de género.

Abstract:

Gender-based violence, substance use and mental health are closely related, generating a significant impact on the lives of the women who experience them. However, these factors are often addressed in isolation, without considering their interconnectedness. The main objective of this study is to analyze the interrelationship between gender violence, substance use and mental health from a gender perspective. To this end, we start from the need to understand these factors together, since their interaction directly influences the well-being of the women affected.

Through a theoretical review and a qualitative methodology, it integrates the perspective of professionals from different fields on the interrelation between these three factors, with the aim of understanding how this interrelation is and how it is approached by the resources and services. The importance of adopting holistic and comprehensive approaches to intervention is highlighted in order to ensure an adequate response to women's needs.

In addition, the risk and protective factors involved in this problem are identified. This analysis, through gender perspective, seeks to provide knowledge that will contribute to the design of more effective interventions.

Key words: gender violence, mental health, addiction, risk factors, protective factors, gender perspective.

1. Introducción:

La violencia de género está muy presente en nuestra sociedad produciéndose un aumento de los casos cada poco tiempo. Esto también ocurre en el caso del consumo de sustancias y de los problemas relacionados con la salud mental. Los problemas derivados del consumo problemático de sustancias, de la violencia y relacionados con la salud mental, de manera independiente, son cada día más conocidos y sobre los que parece que la población tiene mucha conciencia. Sin embargo, no hay conocimiento de cuándo estos ocurren de manera independiente y de cuándo van juntamente con otra u otras circunstancias. Cuando establecemos una relación entre estos tres factores, vemos que son muchas las mujeres víctimas que presentan estos tres problemas conjuntamente. Así pues, este trabajo pretende analizar la relación existente entre la violencia de género, el consumo de sustancias y la salud mental, desde una perspectiva de género, esto es, cómo afectan estas circunstancias especialmente en las mujeres.

Resulta evidente y necesario definir y concretar los tres términos de los que trata el trabajo: violencia de género, salud mental y adicción. Por un lado, en cuanto a la violencia de género, tiene su origen en diversos factores sociales: socioculturales (actitudes tradicionales ante el rol de la mujer y tolerancia social frente a la violencia de género), familiares (conflictividad familiar y falta de apoyo), relacionados con los agresores (modelos violentos de conducta y necesidad de ejercer el poder y el control) y relacionados con las víctimas (baja autoestima y déficit de apoyo social y de estrategias de afrontamiento) (Sánchez, 2008).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022) define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial y puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad”. Esto lo que significa es que, para evaluar el estado de salud mental de una persona, debemos tener en cuenta también su entorno y su relación con este.

Por último, el diccionario de la Real Academia Española (RAE) describe la adicción como la “dependencia del consumo de alguna sustancia o de la práctica de una actividad”. Si nos centramos en los tipos de dependencia que esto lleva consigo, vemos que hay tres:

la dependencia física (aquella que tiene su origen en la necesidad del organismo), la dependencia psicológica (aquella vinculada a la necesidad emocional, es un deseo irreprimible de repetir una conducta consumatoria) y la dependencia social (aquella relacionada con el consumo con el fin de pertenecer a un grupo social) (Pérez, 2011).

Este trabajo tiene una primera parte, teórica, en la cual se profundiza en los tres aspectos por separado y en cómo se relacionan entre sí. La segunda parte, empírica, se aproxima a la realidad de las mujeres que sufren violencia, presentan adicciones y problemas de salud mental, a partir del conocimiento que tienen de ellas profesionales expertos en la intervención con este colectivo.

La motivación personal que me ha llevado a desarrollar este surgió a partir de la realización de mis prácticas de campo en el “Espai Ariadna” de la Fundación Salud y Comunidad. Este es un centro residencial para mujeres víctimas de violencia de género que tienen un consumo activo (sus hijos, si son menores, pueden residir con ellas). Allí, tuve la oportunidad de acercarme a este colectivo y de plantearme ciertas preguntas que he tratado de responder a lo largo del presente trabajo.

2. Objetivos:

Este trabajo de investigación ha pretendido conseguir los siguientes objetivos:

Objetivo general: analizar la interrelación entre la violencia de género, el consumo y la salud mental desde la perspectiva de género.

Objetivos específicos:

1. Conocer cuáles son las consecuencias de la violencia de género en la salud mental de las mujeres víctimas, identificando si el diagnóstico era previo o posterior a los episodios de violencia sufrida en la pareja.
2. Profundizar en la relación de la violencia de género con el consumo de sustancias, identificando momentos y espacios en los que se produce el consumo abusivo.
3. Identificar los entornos sociales o económicos de las víctimas de violencia de género que presentan adicciones y problemas de salud mental, para poder establecer factores de riesgo y de protección.
4. Conocer la percepción de los profesionales sobre cuál es la interrelación entre estos tres factores: violencia de género, adicciones y problemas de salud mental.

3. Preguntas de investigación:

A lo largo del presente trabajo se ha tratado de dar respuestas a las siguientes preguntas:

- ¿Son diferentes las consecuencias de la violencia de género en las mujeres en función de la existencia previa o no de un diagnóstico de salud mental?
- ¿Cómo afecta a las mujeres con problemas de salud mental el sufrir violencia de género?
- ¿Cuáles son los trastornos más comunes en mujeres víctimas de violencia de género?
- ¿Qué papel tiene el consumo de drogas en episodios de violencia de género?
- ¿Es el consumo una consecuencia derivada de los problemas de salud mental o, por el contrario, una causa?
- ¿Cuáles son los principales factores de riesgo que incrementan la vulnerabilidad de las mujeres que presentan consumos abusivos y tienen problemas de salud mental a sufrir violencia de género? Y, ¿los de protección?

- ¿Qué percepción tienen los profesionales que trabajan en este ámbito sobre la relación entre violencia de género, salud mental y consumo de sustancias en las víctimas?

4. Metodología:

La metodología que se ha seguido para realizar este trabajo es una metodología cualitativa.

- Por un lado, se ha hecho una revisión bibliográfica de la literatura escrita hasta el momento acerca de la relación existente entre estos tres factores, para identificar elementos clave que guiarán la parte empírica del trabajo
- Por otro lado, se han llevado a cabo ocho entrevistas a profesionales que trabajan en recursos de atención a víctimas de violencia de género, con y sin problemática de consumo, y personas con problemas de salud mental y algunas expertas en estos ámbitos, aunque actualmente no trabajen en ningún recurso relacionado con ello.

5. Violencia de género:

5.1 Conceptos y tipos de violencia

La violencia en la pareja es un fenómeno complejo y multidimensional que afecta a millones de personas en todo el mundo, con especial incidencia en las mujeres debido a que son las principales afectadas como causa de las desigualdades estructurales que persisten a día de hoy en nuestras sociedades. Según organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la violencia de género constituye una forma más de violación de los derechos humanos y una forma de discriminación que impide el desarrollo pleno de las mujeres y niñas.

De acuerdo con la *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer* de Naciones Unidas, la violencia de género se define como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada” (Naciones Unidas, 1993, art. 1). Por su parte, el Convenio de Estambul (2011) entiende por “violencia contra las mujeres” una violación de los derechos humanos y una forma de discriminación contra las mujeres, y designará todos los actos de violencia basados en el género que implican o pueden implicar para las mujeres daños o sufrimientos de naturaleza física, sexual, psicológica o económica, incluidas las amenazas de realizar dichos actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, en la vida pública o privada.

En el ámbito normativo nacional, muchos países han incorporado definiciones similares en sus legislaciones. En España tenemos la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, la cual define y tiene por objeto actuar sobre la violencia que suponga una:

Manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia, y comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a

la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad.

Esta normativa establece un marco jurídico en la que reconoce la violencia de género como una manifestación de la discriminación estructural y la desigualdad entre hombres y mujeres. La ley no solo define la violencia de género como “una manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres”, sino que también articula medidas integrales para su prevención, protección y reparación. Este marco se complementa con normativas posteriores, como es el Convenio de Estambul del Consejo de Europa (2011) o el Pacto de Estado contra la Violencia de Género (2017).

La OMS (2002) clasifica las formas de violencia de género en distintas categorías, teniendo en cuenta que estas pueden manifestarse en diversos ámbitos y diferentes momentos de la vida de las mujeres. Según el informe mundial de la OMS sobre la violencia y la salud (2002), podemos establecer las siguientes formas de violencia de género:

- **Violencia física:** comprende todos aquellos actos, no accidentales, que causan daño físico o enfermedades. Este puede que sea el tipo de violencia más evidente y se manifiesta en distintos entornos.
- **Violencia sexual:** incluye cualquier acto sexual forzado, desde la imposición de una relación sexual no deseada hasta el abuso y violación con uso de la fuerza, explotación sexual e incitación a la prostitución. Este tipo de violencia es especialmente devastador por sus consecuencias tanto psicológicas como físicas a largo plazo.
- **Violencia psicológica:** hace referencia a todo aquel comportamiento repetido de carácter verbal, activo o pasivo, que causa daños emocionales, los cuales afectan a la estabilidad emocional, disminuyendo, por ejemplo, la autoestima. Estos suelen ocurrir de forma continua y sistemática.
- **Violencia económica:** es aquella desigualdad en el acceso a los recursos compartidos como pueden ser: el dinero, la educación, el trabajo, etc. Aunque

no siempre se destaca de manera independiente, la OMS también reconoce la importancia de abordar la privación económica como una forma de control.

- **Violencia espiritual:** son todas aquellas conductas que consisten en obligar a la víctima a aceptar diferentes creencias y prácticas cultural o religiosas que son perjudiciales y que perpetúan la desigualdad de género. Además, son también esas que van dirigidas a destruir las creencias de la víctima a través del ridículo y el castigo.

La violencia de género, pues, no es solo una cuestión individual, sino también un problema estructural que requiere respuestas integrales. La comprensión de sus definiciones y tipologías es esencial ya que gracias a estas se pueden desarrollar estrategias efectivas de prevención e intervención. Tanto las normativas nacionales como las recomendaciones de organismos internacionales ofrecen un marco valioso para abordar esta problemática desde una perspectiva interdisciplinar y centrada en los derechos humanos de las mujeres.

5.2 Factores asociados a la violencia de género

Hay diversos factores que contribuyen a que se dé la violencia de género, los cuales interactúan con diversos contextos tanto sociales como económicos y/o culturales. La desigualdad de género, el primero de ellos, es un factor estructural que alimenta la violencia de género al legitimar la desigualdad de poder en las relaciones entre hombres y mujeres. Según el Informe mundial sobre la violencia y la salud de la OMS (2002), las mujeres son más vulnerables a sufrir agresiones por parte de sus parejas “en las sociedades en las que existen importantes desigualdades entre hombres y mujeres, rigidez en los roles de los géneros” (p.75-76).

Los roles de género y los estereotipos son otros de los factores que favorecen que se dé la violencia de género y que esta prevalezca, imponen expectativas rígidas sobre el comportamiento de los hombres y de las mujeres por lo que también juegan un papel importante. En muchas culturas y sociedades, se esperan diferentes comportamientos de uno y otro sexo: “se espera que el hombre sea dominante y agresivo, mientras que la mujer sea pasiva y busque la protección masculina” (Salamanca, 2024, p.109). Estas dinámicas refuerzan que los hombres puedan ejercer control, autoridad y dominación

sobre las mujeres, relegando a éstas los roles de cuidadoras y de subordinación. Además, estas normas sociales no solo perpetúan la subordinación de las mujeres, sino que también justifican la violencia como un medio para reafirmar el poder masculino.

Por otro lado, la dependencia tanto económica como emocional influyen de manera crucial en que ocurra la violencia de género. Aquellas mujeres que carecen de autonomía financiera o que dependen emocionalmente de su pareja pueden sentirse atrapadas en sus relaciones. Así pues, mientras que la falta de recursos económicos impide a las mujeres abandonar las relaciones con sus agresores, la dependencia emocional que tienen con estos refuerza sentimientos de miedo e incluso de culpabilidad, por lo que resulta aún más complicado buscar y pedir ayuda. Sin embargo, tal y como exponen Rhodes y Baranoff (1998), la dependencia emocional de la víctima puede ser un factor más significativo que las variables socioeconómicas para explicar la continuidad de la víctima con el agresor.

5.3 Prevalencia de la violencia de género en España

La violencia de género es un problema persistente y de gran magnitud en España, afectando a un número significativo de mujeres. La Macroencuesta de Violencia contra la Mujer en 2019, elaborada por la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, mostró datos sobre la situación de las mujeres en relación con la violencia de género. Si clasificamos la información en los diferentes tipos de violencia, nos encontramos con los siguientes datos sobre las mujeres de 16 o más años que residen en España:

- En cuanto a la violencia física, vemos como el 11% de mujeres ha sufrido este tipo de violencia por parte de su pareja actual o de alguna anterior, lo que representa a un total de 2.234.567 mujeres.
- Con respecto a la violencia sexual, ésta es sufrida por el 8,9%, es decir, 1.810.948 mujeres, viniendo o bien de la pareja actual o de parejas pasadas.
- Acerca de la violencia psicológica o emocional, afecta al 23,2%, esto es, 4.744.106 mujeres han sufrido este tipo de violencia, siendo más común y, por tanto, puede que esté más permitida o más normalizada.

- Por último, con relación a la violencia económica, ésta es sufrida por el 11,5%, unas 2.350.684 mujeres.

El Sistema de Seguimiento Integral en los casos de Violencia de Género (Sistema VioGén) (2024) del Ministerio del Interior también nos proporciona datos relevantes sobre la situación existente respecto a la violencia de género en nuestro país. Hasta septiembre de 2024 nos encontramos con un total de 831.292 casos en todo el territorio español, de los cuales 99.644 se encontraban en activo en dicho momento.

5.4 Impacto de la violencia de género

La violencia de género tiene un impacto profundo y multidimensional no solo en las víctimas, sino que también afecta a las familias de las víctimas y a la sociedad en general, por lo que sus efectos se manifiestan en diferentes niveles.

Se ha visto que la violencia de género es una de las mayores amenazas en cuanto a la salud de las mujeres. Hay muchas investigaciones que confirman que las mujeres que han sufrido tanto situaciones de abuso como de violencia en sus relaciones de pareja (heterosexuales), padecen problemas de salud, tanto física como psíquica (Black, 2011). De hecho, estos efectos negativos sobre la salud de las mujeres se pueden encontrar tanto a corto como a largo plazo (Campbell, 2002) como resultado de las agresiones tanto físicas como sexuales que reciben reiteradamente. En cuanto a la salud psíquica, tal y como explica Amparo de Piñar en su tesis doctoral (2022), la afectación que sufren estas mujeres depende del tipo de violencia que hayan sufrido, de la intensidad de esta violencia, de la temporalidad y de la proximidad de la misma.

Es importante también, mencionar el impacto de la violencia de género en los hijos e hijas al ser testigos e incluso sufrir esta violencia. Según Laguna y Gómez (2019), la reacción psicológica común frente al delito en los menores suele dividirse en tres etapas diferentes:

1. La etapa de **desorganización**. En esta primera etapa el suceso traumático de la violencia de género está caracterizada porque los menores se encuentran en “shock” y experimentan conmoción, desorientación espacio-temporal, dificultad para aceptar lo ocurrido, llegando incluso a negarlo. Se sienten vulnerables, impotentes, rabiosos, culpables y pueden sentir hasta vergüenza de lo vivido.

2. La etapa de **reevaluación cognitivo-conductual**. Esta etapa es más larga y suele durar entre dos y tres meses. Es la que marca el inicio de la integración del suceso en los esquemas personales de los menores y puede llevarlos a la superación de la situación o al agravamiento del problema. Durante estos meses es normal que el menor sienta emociones contrapuestas como son: tristeza/euforia, miedo/rabia, que tengan pensamientos recurrentes sobre el trauma y pueden ir acompañados de conductas de evitación hacia estímulos asociados al suceso.
3. La de **establecimiento del trauma**. Esta última fase puede dar una falsa normalidad, lo que se conoce como “estilo controlado” (Burguess y Holmstrom, 1974), ya que la víctima oculta o controla sus propios sentimientos. Sin embargo, las personas más cercanas comentan y perciben cambios en el menor.

Por lo que concierne al impacto económico de la violencia de género, este es considerable. El Ministerio de Igualdad (2024) presentó el estudio sobre el Impacto de la violencia de género y sexual contra las mujeres en España: una valoración de sus costes en 2022, en el que estima que ambas formas de violencia contra las mujeres suponen un coste de hasta 4.933 millones de euros anuales. Para hacernos una idea, si lo comparamos con el dinero destinado a educación en nuestro país (63.380 millones en 2022), veremos que la violencia de género y sexual suponen el 7,78% del gasto en educación.

El sistema judicial también se ve impactado por la magnitud de la violencia de género. En España, la Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, ha generado importantes avances en la protección y reparación de las víctimas. Esta ley tiene como objetivo proporcionar a las víctimas una protección integral desde el momento en que estas toman la decisión de denunciar la situación de violencia sufrida por sus parejas o exparejas. Así pues, el reconocimiento de derechos asistenciales (acceso a información, asesoramiento jurídico especializado, etc.) contribuye a que la víctima pueda tomar una decisión difícil debido a la situación de dependencia en la que se encuentra.

Esta ley ha ayudado mucho en la lucha contra de la violencia de género en España y la ha fortalecido a través de medidas judiciales de protección y de seguridad de las víctimas como son las órdenes de protección o las medidas de suspensión de patria potestad o

custodia, entre muchas otras, las cuales pretenden proteger a las víctimas proporcionándoles más seguridad de la que se daba hasta el momento. Una de las medidas, pues, que se contempla en esta ley es la orden de protección, la cual el Consejo General del Poder Judicial (s.f.) define como “una resolución judicial que consagra el “estatuto de protección integral” de las víctimas de violencia doméstica, mediante la adopción, por un mismo órgano jurisdiccional, de medidas cautelares penales y civiles, activando otras medidas de asistencia social”. Según el Consejo General del Poder Judicial (2024), en 2023 se solicitaron un total de 50.806 órdenes de protección únicamente en los órganos judiciales, aunque únicamente fueron concedidas 35.551. Esto supuso un aumento del 8,24% respecto al año anterior.

6. Consumo problemático de sustancias y violencia de género:

6.1 Tipos de drogas y realidad de las mujeres consumidoras

Las drogas se pueden definir como todas aquellas sustancias que, al ser introducidas en el organismo, sea cual sea la vía, genera una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central, ya que se producen ciertos cambios en el estado de ánimo, en la conducta, en el pensamiento y en las funciones motoras. Además, el consumo de estas puede crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas (OMS, 1994).

Existen muchos tipos de drogas y varias clasificaciones según el efecto en el sistema nervioso, o según la sustancia psicoactiva principal, entre otras. A continuación, vamos a ver la clasificación que hace la OMS (s.f.) según los efectos provocados en el sistema nervioso central:

- En primer lugar, están las drogas depresoras. Estas son aquellas que disminuyen o desaceleran el funcionamiento del sistema nervioso central, de manera que provocan: alteración en la concentración y, muchas veces, del juicio, sensación de bienestar, sedación, apatía y disminución de la tensión. Algunos ejemplos de este tipo de drogas son: el alcohol, la marihuana, el cannabinoides sintético, el opio y sus derivados (morfina, heroína, metadona, codeína, fentanilo, etc.).

- En segundo lugar, están las drogas estimulantes. Éstas al contrario de las anteriores, son drogas que provocan una aceleración del funcionamiento del sistema nervioso central, provocando: euforia, mayor dificultad para dormir, o inquietud. Las drogas que forman parte de este grupo son: las anfetaminas, la cocaína, la mayoría de las sustancias de síntesis y de las nuevas sustancias psicoactivas.
- En tercer y último lugar, están las sustancias alucinógenas o también llamadas psicodélicas o perturbadoras. Este tipo de drogas producen una alteración y pueden llegar a producir distorsiones en el sistema nervioso central, afectando a la percepción de la realidad, del estado de ánimo, de las sensaciones y de los procesos de pensamientos. Las drogas que entran dentro de este grupo son: los hongos alucinógenos, el LSD, los derivados del cannabis (hachís y marihuana), la ketamina, el PCP (Fenciclidina), etc.

6.2 Patrones de consumo de las mujeres

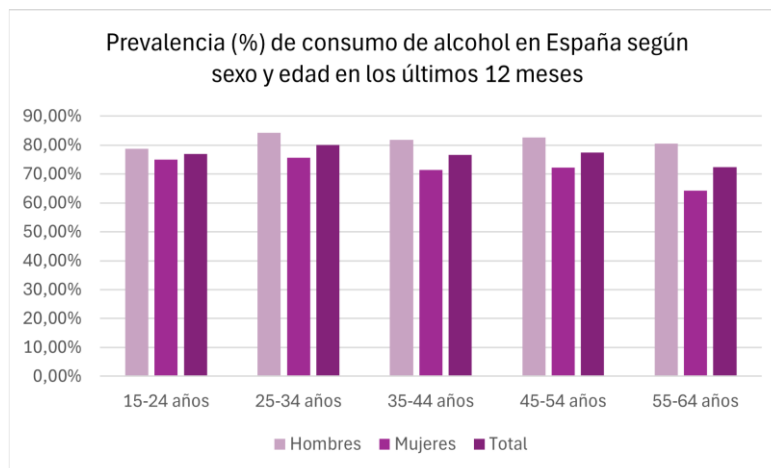
Las mujeres presentan patrones de consumo diferentes a los de los varones. Lorenzo Sánchez (2009), a través de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España de 2009, expone que un elevado porcentaje de mujeres (de entre 15 a 64 años) consumen alcohol, tabaco, tranquilizantes, somníferos y derivados del cannabis de manera regular. De hecho, centrándonos en el alcohol y en el cannabis, las mujeres consumen diariamente la mitad de alcohol y tres veces menos de consumo de cannabis de lo que lo hacen los hombres.

Según la Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España, EDADES (2024), el consumo de sustancias psicoactivas resulta ser mayor en los hombres que en las mujeres, excepto en el consumo de hipnosedantes sin receta y en los opioides con o sin receta. A través de esta encuesta hecha a la población general de entre 15 y 64 años, en el portal estadístico, se muestra la prevalencia de diferentes drogas, que se exponen a continuación.

En cuanto al consumo de alcohol en los últimos 12 meses, en la población de entre 15 y 64 años, existe una diferencia de un 10% entre hombres y mujeres, ya que los hombres representan un 81,7% y las mujeres un 71,2%. Tal y como vemos en el gráfico 1, la edad

en la que hay menos diferencia en cuanto al sexo es en las personas de 15 a 24 años, ya que hay una diferencia de un 3,8%, puesto que los hombres representan el 78,7% mientras que las mujeres un 74,9%. La tendencia de consumo en las mujeres va disminuyendo a medida que avanzan los grupos de edad, aunque el porcentaje sigue siendo alto, siendo esta la droga más consumida en España tanto en hombres como en mujeres.

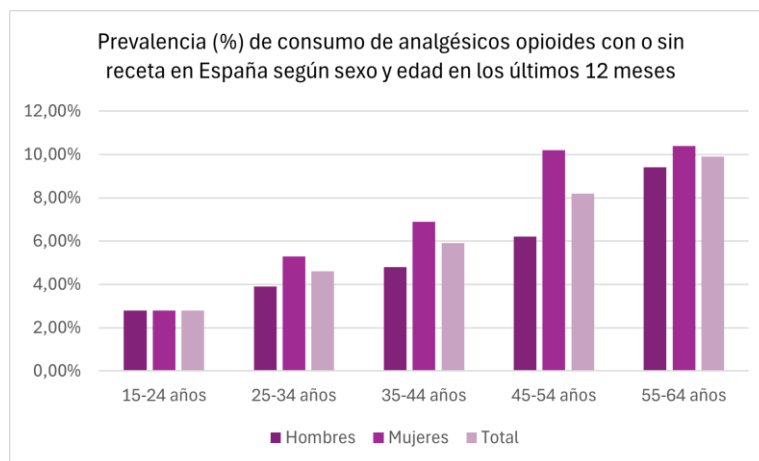
Gráfico 1. Consumo de alcohol en los últimos 12 meses



Fuente: Adaptado de OEDA (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones), Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en Población General en España (EDADES) (2024).

La prevalencia del consumo de analgésicos opioides con o sin receta de las mujeres resulta ser mayor que la de los hombres en casi todas las franjas de edad (gráfico 2). En el primer grupo de edad (15-24 años), no hay apenas diferencia entre los dos sexos. Además, al contrario de las anteriores sustancias mencionadas, ésta, a medida que aumentan los años, aumenta también el consumo. El grupo de mujeres que tiene un mayor consumo de estos medicamentos es el de entre 55 y 64 años, que representan el 10,4%.

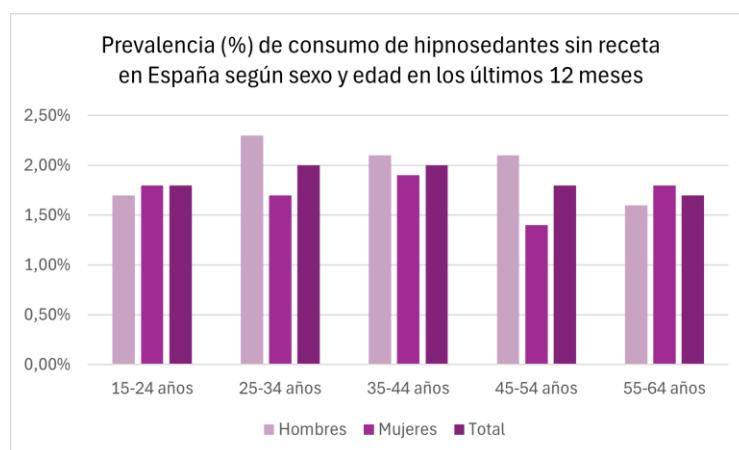
Gráfico 2. Consumo de analgésicos opioides con o sin receta en los últimos 12 meses



Fuente: Adaptado de OEDA, Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en Población General en España (EDADES) (2024).

El consumo de hipnosedantes sin receta de las mujeres varía bastante según la edad, no habiendo ninguna regularidad en su tendencia (gráfico 3). El grupo de edad compuesto por mujeres de entre 45 y 54 años es en el que menos consumo hay (1,4%). También hay diferencias en los diferentes grupos de edad entre mujeres y hombres, siendo las primeras quienes más consumen en el caso de las más jóvenes y las más mayores.

Gráfico 3. Consumo de hipnosedantes sin receta en los últimos 12 meses



Fuente: Adaptado de OEDA. Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en Población General en España (EDADES) (2024).

En cuanto al consumo de cannabis¹, el grupo de edad con mayor diferencia entre hombres y mujeres es el de 15 a 24 años, donde hay una diferencia de un 8,1%.

¹ Consultar gráfico 5 del anexo 1.

Asimismo, en el consumo de cocaína² (bien sea en polvo o en base), las mujeres tienen un menor consumo con respecto de los hombres en todos los grupos de edad, habiendo una mayor diferencia entre el grupo de edad de 45 a 54 años. Por último, el consumo de éxtasis en los últimos 12 meses³ ha sido mucho menor en mujeres que en hombres, excepto en el grupo de edad de 55 a 64 años, donde ambos tienen una prevalencia del 0,2%.

Hoy en día, a pesar de las mejoras sociales y el papel fundamental del feminismo para conseguir una sociedad más igualitaria, en el ámbito de las adicciones sigue quedando mucho trabajo por hacer. De hecho, las mujeres con adicciones siguen estando estigmatizadas socialmente, ya que se sigue creyendo que así no pueden llevar a cabo su rol impuesto por sociedad por el simple hecho de ser mujer (Fundación EMET Arco Iris, 2020). Esta podría ser una de las razones que pueden explicar por qué les cuesta tanto y tardan tanto en pedir ayuda, ya sea a sus familiares o a profesionales del ámbito. Muchas de estas mujeres temen que las personas que las rodean, incluso la propia familia, las estigmaticen y las rechacen. Además de este temor a las consecuencias que pueda tener en su entorno, ellas mismas sienten cierta decepción a nivel tanto personal, como familiar o social (Sánchez, 2009).

6.3 Factores de riesgo del consumo problemático de sustancias

El consumo problemático de sustancias tiene una serie de factores de riesgo asociados y, según Arostegi y Urbano (2004), se dividen en individual, relacional y social. En este estudio se analizan cada uno de ellos aplicados a la mujer con consumo:

1. En primer lugar, los factores de riesgo individuales son aquellos que hacen referencia a las características propias de la mujer como son la edad, la personalidad, los recursos sociales, sus actitudes, valores y autoestima. Algunos ejemplos de esto pueden ser: según Salamanca (2024), la baja autoestima, la sensación de agobio o de tensión, las situaciones de depresión y de soledad, momentos de cambio personal dentro del ciclo vital como separaciones o divorcios y pérdida de salud (en caso de las mujeres mayores) y ganas de

² Consultar gráfico 6 del anexo 1.

³ Consultar gráfico 7 del anexo 1.

experimentar y sentir nuevas sensaciones y sentirse más adulta (en el caso de las mujeres más jóvenes) (Navarro, 2000, citado en Arostegi y Urbano, 2004).

2. En segundo lugar, los factores de riesgo relacionales, los cuales se refieren a aquellos factores que están en el entorno más próximo a la mujer como puede ser la familia o los amigos, teniendo en cuenta la relación de las mujeres con dichos grupos. Así, la falta de apoyo social o un ambiente conflictivo o abusivo puede afectar a la mujer consumidora y causar, en algún caso, problemas de salud mental (Salamanca, 2024).
3. En tercer lugar, los factores sociales tienen que ver con aquellos sistemas más amplios o menos directos a la mujer. Algunos de estos factores a los que Arostegi y Urbano (2004) se refieren son la estructura económica y las oportunidades laborales (especialmente aquellas que son inestables o precarias), las costumbres y las tradiciones (que permitan el fácil acceso o la aceptación del consumo), las cuales tienen relación directa con la conducta y con el rol de la mujer. Por ejemplo, el acceso a las sustancias puede aumentar el riesgo a sufrir una dependencia a sustancias o a tener problemas de salud mental (Salamanca, 2024).

Tal y como vemos, el consumo problemático de sustancias está relacionado con diferentes factores, los cuales interactúan entre ellos y se afectan entre sí, es decir, no son factores independientes. Es por ello por lo que hay que tener en cuenta todas las interrelaciones para poder dar una buena respuesta y hacer una buena intervención.

6.4 Consumo de sustancias en mujeres víctimas de violencia de género

Walker (1989), en su libro llamado “El síndrome de la mujer maltratada” (The battered woman syndrome) expone que el ciclo de la violencia está dividido en tres fases diferentes: la fase de acumulación de tensión, la fase de explosión violenta y la fase de luna de miel. A continuación, vamos a desarrollar cada una de estas fases:

1. La fase de acumulación de tensión: en esta primera fase hay una escalada gradual de la tensión, es decir, la tensión va aumentando a medida que van sucediendo situaciones que provocan cierta insatisfacción y hostilidad en el agresor. La mujer, víctima, intenta justificarlo pensando que ella puede calmarlo o controlarlo. En

esta fase, además, también se da la indefensión aprendida, la cual Walker, a través de las investigaciones de Seligman en 1975, definió como la disminución de la mujer a responder ante las agresiones de la pareja.

2. La fase de explosión violenta: en esta fase la tensión sigue aumentando y la mujer empieza a sentir más miedo, ya que reconoce el peligro como inminente y no controlable. Acaba sucediendo la agresión y, a veces, ella “precipita la inevitable explosión” de manera que puede controlar cuándo y dónde ocurre. De esta manera, puede tomar precauciones y así minimizar las heridas y el dolor. En esta fase puede producirse un momento de shock en el que la víctima puede justificar las agresiones. Además, es el momento en el que la víctima tiene más posibilidades de pedir ayuda.
3. La luna de miel: en esta tercera fase el agresor intenta disculparse y recuperar la confianza de la víctima. A veces, si no es suficiente con la amabilidad, los regalos o las promesas, puede influir en las personas de más confianza de la víctima para conseguir su objetivo. La mujer puede creer que no se repetirá y que el agresor cambiará. Esta fase desembocará en la primera, en la acumulación de tensión.

La revisión realizada por Rivas-Rivero, et al. (2020), pone de manifiesto que las mujeres víctimas de violencia de género suelen tener un consumo de sustancias mayor al de las mujeres no víctimas de violencia de género. Una de las explicaciones que puede tener este fenómeno es que, según Walker (1989), dichas mujeres utilicen las sustancias para controlar el dolor psicológico, es decir, consumen para poder afrontar la violencia. Durante este consumo y mientras dura el efecto de la sustancia, las mujeres pueden sentir alivio y desconexión de todo lo vivido.

Asimismo, Walker (1989), señala que, en ocasiones, la dependencia, en concreto del alcohol, era compartida por ambos miembros de la pareja. En este sentido, dicho consumo podría darse como una manera de evitar la violencia, especialmente en la fase de explosión violenta. Otra forma de relacionar el consumo con la violencia es durante la fase de la luna de miel, lo cual puede ser visto como una forma de control que tiene el agresor sobre la víctima, ya que, a través de la sustancia o el consumo, este puede conseguir su objetivo. De hecho, Walker (1989) expone que las mujeres pueden

desarrollar una adicción a la sustancia suministrada por su agresor, lo cual le permite tener un mayor poder y control sobre la mujer.

La relación entre la violencia de género y el consumo es compleja, ya que son dos factores que se influyen mutuamente. Sánchez Pardo (2009), en la Guía informativa sobre género y drogas, informa que el abuso de alcohol multiplica por tres la probabilidad de las mujeres de ser víctimas de violencia de género. A su vez, indica que el hecho de ser víctima de violencia de género puede ser el desencadenante para abusar de una sustancia, siendo este consumo la manera de afrontar la situación.

7. La salud mental en contextos de violencia de género:

7.1 Consecuencias psicológicas de la violencia de género para las víctimas

La violencia de género tiene una clara relación con la salud mental, ya que las consecuencias de sufrir este tipo de violencia afectan, inevitablemente, a la situación psicológica de las mujeres. La OMS (2021) informa de que la exposición a situaciones traumáticas, como es la violencia de género, pueden producir estrés postraumático, depresión, insomnio, trastornos de ansiedad o trastornos alimentarios e, incluso, intentos de suicidio. Además, según el análisis que hizo la OMS en 2013 (2021), las mujeres que han sufrido violencia de pareja tienen casi el doble de probabilidad de sufrir depresión y tener consumo problemático de alcohol. Asimismo, el informe publicado por Spora Sinergies SCCL (2020) expone que las profesionales de diferentes recursos que atienden a mujeres víctimas de violencia de género en Barcelona aseguran que atienden a muchas más mujeres que presentan problemáticas en salud mental en comparación con aquellas que tienen problemas con el consumo. Así pues, esto confirma la incidencia que tiene la violencia de género en la salud mental de las víctimas y cómo de importante es dar una buena respuesta y atención a ello.

7.2 Principales trastornos psicológicos asociados a la violencia de género

La violencia de género tiene la capacidad para modificar la salud mental de las víctimas. Paloma Labra (2014) pone de relieve que la violencia de género afectaba a la salud mental provocando las siguientes secuelas: trastorno de estrés postraumático

(TEPT), depresión, abuso de sustancias y suicidio. A continuación, vamos a ver cada uno de ellos.

Uno de los trastornos más relacionados con la violencia de género y del que más habla la literatura escrita hasta la fecha, es el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT de ahora en adelante). Como ya indica su nombre, este trastorno se caracteriza por ser la consecuencia a nivel mental de haber sufrido un suceso traumático, como es, en este caso, la violencia de género. Guerrero-Vaca *et al.* (2021) aseguran que al sufrir una patología como esta se pueden dar alteraciones mentales superiores en la conciencia, la memoria, la atención y la conducta. Leonore Walker (1989) determinó que las mujeres que habían sido víctimas de violencia de género en la pareja sufrían reacciones de estrés que podían ser calificadas como TEPT, y que explicaban algunos de los efectos psicológicos que son específicos de la violencia sufrida por las mujeres víctimas de violencia de género.

Según Golding (1999, citado en Labra Valerdi, 2014), el 63,8% de los casos de su estudio de violencia contra la mujer presentaba TEPT, aunque esta prevalencia no es compartida por otros investigadores. Sin embargo, Aguirre *et al.* (2010, citado en Santandreu y Ferrer, 2014) subrayan que prácticamente el 100% de las mujeres víctimas de violencia de género presentan algún tipo de sintomatología postraumática subclínica.

Esta variabilidad puede venir explicada por la influencia de las características individuales en la vivencia de la violencia de género, tales como la intensidad, la duración y la proximidad de la exposición al suceso traumático (Santandreu y Ferrer, 2014).

El segundo trastorno de salud mental más relacionado con la violencia de género es la depresión. Santandreu y Ferrer (2014), a través de su investigación sobre la Eficacia de un tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia de género, demostraron que la presencia de sintomatología depresiva en mujeres víctimas de violencia de género es bastante alta, aunque presentan diferencias dependiendo del tipo de maltrato que hayan sufrido. Según Romo-Avilés *et al.* (2003), las mujeres, debido a su semiología (comunicar y expresar el malestar a través de la tristeza, el llanto o la depresión), tienden a consultar más en los centros de atención sanitaria por trastornos por depresión o por ansiedad, ya que socialmente son más

aceptados en las mujeres. Estos síntomas de depresión, según Labra Valerdi (2014), complican la toma de decisión de dejar la relación con el agresor, de marcharse o de buscar una solución a dicha situación de violencia.

Estos problemas de salud mental, como ya se ha indicado en el capítulo anterior, se relacionan con el abuso de sustancias en víctimas de violencia de género. Al relacionar los problemas de consumo de sustancias con la salud mental, deberíamos hablar, no solo de patología dual (no a todos los investigadores y profesionales les gusta este término), sino de trastorno por uso de sustancias (TUS). Tirado-Muñoz et al. (2015) aseguran que la alta tasa de violencia de género entre las mujeres consumidoras tiene consecuencias adversas sobre la propia salud física, mental y reproductiva.

Por último, en cuanto a los suicidios, Salamanca (2024) pone de manifiesto que las mujeres que son víctimas de violencia de pareja y que consumen, tienen cinco veces más riesgo de tener pensamientos suicidas que las mujeres que no han sufrido dicha violencia. Además, en un estudio realizado en 13 países diferentes, se expone que uno de los factores de riesgo para llevar a cabo un intento de suicidio es haber sufrido violencia de género (Devries et al., 2011, citado en de Piñar, 2022).

Además de estos tres trastornos de salud mental anteriormente comentados, vamos a comentar un cuarto que, aunque no está relacionado con las víctimas de violencia de género, sí lo está con las mujeres. Este trastorno es el trastorno límite de la personalidad (TLP de ahora en adelante). La Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (2014) definió al TLP con las siguientes características: “presencia de un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de autoimagen y de los afectos e impulsividad intensa, que tiene inicio en las primeras etapas de la edad adulta y que está presente en diversos contextos” (p.364). Además, es necesario que toda esta definición se manifieste en cinco o más hechos de los que expone en propio DSM-5⁴. Este trastorno pertenece a los trastorno de la personalidad y, dentro de ellos, pertenece al Grupo B.

Cuando hablamos de los problemas de salud mental que pueden sufrir las mujeres víctimas de violencia de género, hay que tener en cuenta diferentes factores

⁴ Consultar los criterios en el anexo 2.

que influyen en cómo es esta afectación y por qué se desarrolla un trastorno u otro. Así pues, hay que ser conscientes de: el tipo de maltrato que ha sufrido la mujer, la duración del maltrato, la edad de las víctimas, si hay o no convivencia con el agresor, entre otros (Labra Valerdi, 2014). Además, Alcázar y Gómez-Jarabo (2001) determinaron que el principal factor de riesgo para ser víctima de violencia de género es tener antecedentes de abuso sexual infantil, ya que eso hace que se altere la propia conducta.

Tal y como hemos podido observar a lo largo de todo el trabajo, las tres variables están vinculadas, aunque al gran mayoría de los estudios aún no han puesto de manifiesto la intensidad de dicha relación. La violencia de género es un factor que puede traer consigo el consumo y los problemas de salud mental, pero en ningún caso es el único factor ni esto significa que siempre que vaya violencia de género va a haber consumo y problemática de salud mental.

8. Resultados:

Las entrevistas realizadas a profesionales expertas en intervención con mujeres en ámbitos de violencia y adicciones han aportado los resultados que a continuación se exponen.

8.1 Diagnóstico de salud mental en las mujeres víctimas de violencia de género

Todas las profesionales entrevistadas señalan que la violencia de género tiene un impacto directo en la salud mental de las mujeres, aunque dicha afectación puede ser variada.

“El sufrir violencia de género rompe esa salud mental y muchas veces acaban diagnosticándole después de salir de estas relaciones” (entrevista 1).

“Todo lo que tiene que ver con la violencia de género con la contención que hay en las casas o con la situación que hay en las casas, sí repercute en la salud mental” (entrevista 2).

“El hecho de ser superviviente de violencia conlleva en sí salud mental” (entrevistada 5).

“Es evidente que la violencia afecta a la salud mental, porque la salud mental no es solo la ausencia de enfermedad, sino que es poder desarrollar todas las áreas personales, sexuales, sociales... con libertad y plenitud” (entrevista 6, traducción propia).

Por un lado, la gran mayoría de las entrevistadas, comentan que cuando ya se ha tenido sintomatología de salud mental o ya hay diagnóstico previo de salud mental, lo que hace la violencia de género es aumentar o intensificar esta situación.

“La diferencia de cuando hay un diagnóstico previo de cuando no lo hay se nota porque cuando nos llegan las mujeres con salud mental ya diagnosticada con anterioridad a las violencias que han sufrido, esta salud mental se agrava más todavía, suelen tener más deficiencia a nivel cognitivo, más trastornos cognitivos” (entrevista 1).

“El hecho de haber sufrido más violencia puede incentivar un cambio o incluso aumentar la problemática en el diagnóstico que tenga” (entrevista 5).

“Después de que sucedan, los episodios de violencia de género, al final esos problemas de salud mental se intensifican, incluso se cronifican de una manera distinta que una mujer que no los ha sufrido” (entrevista 7).

Por otro lado, también se señala que esta situación depende totalmente de la mujer y de cuál sea su situación anterior a la violencia.

“Depende de experiencias anteriores, de esa persona. Hay, por ejemplo, víctimas de violencia de género que sufren una vez la violencia de género y eso también les ayuda (...) ser capaz de reconocer comportamientos negativos en próximas parejas o comportamientos que ellas consideran una red flag a la hora de conocer a alguien, pero luego hay otras que se pasan prácticamente toda su vida en bucle, ligadas a este tipo de relaciones” (entrevista 8).

En cuanto a los diagnósticos de salud mental más comunes en este tipo de víctimas, según las profesionales expertas consultadas, nos encontraríamos ante la depresión, el Trastorno de Estrés Postraumático y el Trastorno Límite de la Personalidad,

el cual suele estar más presente en mujeres que han tenido una historia de salud mental antes de sufrir la violencia de género y en casos donde hay un trauma complejo.

“Yo diría que por excelencia los trastornos más diagnosticados son la depresión y el TLP” (entrevista 1).

“Sí que pueden sufrir, pues, depresiones recurrentes, trastornos de la personalidad” (entrevista 2).

“Lo que más se repite es TLP, por lo general, trastorno límite de la personalidad” (entrevista 3).

“El trastorno de estrés postraumático, sin duda. Creo que el TLP (...) se diagnostica así tal cual, sin que haya sido superviviente o no” (entrevista 5).

“Depresión, el TLP lo he visto más cuando había un trauma complejo o una violencia machista en casa o violencia sexual” (entrevista 6, traducción propia).

“(...) suele acabar teniendo depresión, trastorno por estrés postraumático, pero mujeres que igual antes ya tenían cierto diagnóstico, pues muchas veces yo he visto que hay muchas mujeres que acaban teniendo TLP” (entrevista 7).

“Creo que los principales son (menciona otros), la depresión, todo lo que tiene que ver relacionado con eso, con la depresión” (entrevista 8).

Otros diagnósticos también pueden estar presentes, según las profesionales entrevistadas como el clúster B, la bipolaridad, los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos obsesivos compulsivos y, por último, aunque no esté directamente relacionada con la salud mental, la fibromialgia.

“(...) y el clúster B, clarísimamente” (entrevista 3).

“(...) o el trastorno de bipolaridad, que tiene que ver con la emocionalidad, con el sostén en las emociones, o no controlarlas” (entrevista 4).

“Ansiedad y fibromialgia” (entrevista 6, traducción propia).

“Cualquier mujer que haya sufrido violencia de género: ansiedad y depresión y ciertas, ideas obsesivas, compulsivas” (entrevista 7).

“Creo que los principales son (...) la ansiedad, ataques de pánico” (entrevista 8).

8.2 El trastorno de salud mental como factor de vulnerabilidad a sufrir violencia de género

La mayor parte de las profesionales han comentado que los trastornos de salud mental influyen en la vulnerabilidad de las mujeres a ser víctimas de violencia de género, aunque cada una de ellas lo vincula con aspectos diferentes. Algunas expertas relacionan la salud mental con la dependencia que esta puede provocar en las mujeres, la cual las hace más vulnerables a caer o a mantener las situaciones de violencia.

“Acabo generando más dependencia de mi agresor, el cual utiliza esa herramienta para hacerte creer que tú también vales menos, lo utiliza también para hacerte también más débil” (entrevista 1).

“Una persona, al final, con un diagnóstico de salud mental o con una problemática de salud mental, pues al final sí es más vulnerable, está más expuesta a sufrir este tipo de violencias” (entrevista 3).

También, la salud mental puede ser relacionada con el estigma que tiene la sociedad sobre esta y la consecuencia que tiene esto en las mujeres, produciéndose un autoestigma y afectaciones en la autoestima de las mujeres.

“Esto pasa también por el estigma y el autoestigma. Luego, hay otro nivel de violencia, que salgas click que es hacerte creer que te estás volviendo loca. Cuando una persona tiene un trastorno en salud mental, inmediatamente (...) creemos que puede ser imprevisible, ya no sabemos cómo va a actuar. Esto pasa mucho en salud mental, creer que el otro va a hacer algo muy loco y va a acabar con nuestra vida, pues no deja de ser estigma a través de criminalizar lo que hace” (entrevista 4).

Además, hay quien considera que la salud mental es un factor de vulnerabilidad más, pero sin destacar en su importancia con respecto a otros factores.

“Como cualquier otro eje de vulnerabilidad, supongo, de discriminación o de vulnerabilidad (...) cuando hay una vulnerabilidad de sufrimiento mental, está dificultando cómo te vinculas con el mundo y también está marcando cómo el

mundo te lee. Entonces, sabemos que las dinámicas de violencia también facilitan que las personas que agreden... como que lancen el dardo allí donde hace falta y un diagnóstico de salud mental facilita saber por dónde coger esto” (entrevista 6, traducción propia).

“Si tienes un trastorno mental hace que tengas una mayor dependencia emocional hacia otras personas, que dependas del cuidado de otras personas o que necesites ese apoyo constante, esa reafirmación de otras personas. Sí que puede hacer que seas más vulnerable a la hora de poder caer en este tipo de situaciones porque al final que vayas a ser víctima de violencia de género no te lo dicen desde un principio. Si estás en una situación en la que necesitas eso, al final vas a ser más vulnerable a caer en eso” (entrevista 8).

Por otro lado, se pone de manifiesto que el sufrir problemas de salud mental puede favorecer el consumo, lo que podría dificultar a las mujeres la identificación de la violencia de género que están sufriendo y de las vías de escape de esta situación.

“Pues creo que se vuelven mucho más vulnerables, dependiendo del grado del problema que tengan y de la dependencia que tengan a otras personas, su propia independencia, su propio autoconcepto de ellas mismas, muchas de ellas acaban teniendo mucha dependencia emocional de sus parejas, entrando a relaciones codependientes, también relacionado con las adicciones, mucho más fácilmente que otras de las mujeres. Además, acaban teniendo muchas dificultades de identificar qué está pasando y que eso es violencia y el cómo salir de ahí porque están muy atadas a la pareja” (entrevista 7).

Por último, se comenta que cuando las mujeres presentan depresiones o tristezas importantes, se convierten en víctimas más propicias y de fácil acceso para los agresores.

“Sí, porque son víctimas fáciles para violencia de género, son mujeres que se dejan llevar, que pueden, incluso, en cuanto las apartas un poquito de lo que es la vida normalizada, ya estás provocando que su situación empeore y que su salud mental entre en declive, claramente. O sea que, son mujeres vulnerables ya de por sí y son doblemente vulnerables” (entrevista 2).

A pesar de este consenso mayoritario sobre la relación directa entre el tener problemas de salud mental y sufrir violencia por parte de la pareja, una de las profesionales experta comenta que no se puede justificar la violencia de género a través de los problemas de salud mental.

“En mi opinión: ninguna. O sea, creo que es muy fácil justificar que una mujer sea superviviente violencia por el hecho de que tenga un problema de salud mental, pero no” (entrevista 5).

8.3 Señales para detectar los problemas de salud mental en mujeres que sufren violencia y presentan adicciones

Las expertas consultadas manifiestan una diversidad de opiniones a este aspecto. Así, algunas de ellas consideran que una de las señales más claras se encuentra en el tipo de mirada que tiene la mujer,

“descompensada, una mirada que no parpadea o que parpadea poco, esas miradas que te atraviesan” (entrevista 4).

El tipo de adicción que presentan las mujeres es otra de las señales que llevan a pensar en la presencia de problemas de salud mental, especialmente la adicción a los medicamentos, ya que si abusa de ello es porque hay dolor y sufrimiento.

“Para mi (...) una persona que está consumiendo ansiolíticos cada día para mitigar dolores físicos, dolores crónicos y sufrimiento, para mi esto es un problema de salud mental, no necesitamos más. Hay una persona que está sufriendo. Entonces, yo creo que una persona que está sufriendo violencia y consumiendo, tiene un problema de salud mental, no hay más señales” (entrevista 6, traducción propia).

Además, otra de las señales que muchas expertas han puesto de manifiesto es el hecho de que la mujer tenga dificultades para identificar la violencia y romper con el ciclo y el hecho de identificarse y definirse a sí misma con los insultos propiciados por el agresor.

“(...) te tienes que convencer a ti misma de que lo que estás viviendo es normal y no lo es. La mayoría, vienen con su patología de depresión, porque creen que ellas

son mujeres deprimidas, que no tienen capacidad de hacer nada, que realmente son tontas...” (entrevista 2).

“Las dificultades de identificar la violencia y romper ese ciclo de la violencia, creo que sería una de las señales de que tiene cualquier tipo de problema de salud mental” (entrevista 7).

Las profesionales expertas también señalan otros indicadores como la clinofilia que es la apetencia constante de querer estar en la cama, aspecto que está muy relacionada con el consumo y con la salud mental; la sensación de catastrofismo; la personalización y la autorreferenciación, es decir, sentir que todo lo dicho por los profesionales es por y para ti, tenga o no tenga relación contigo; el ser realista, que quizás está relacionado con la personalización y la autorreferenciación; y, por último, la manera de relacionarse y expresarse.

“En su manera de relacionarse es su manera de expresarse, también afecta un poco en cómo tienes los pies en la tierra” (entrevista 1).

“Luego también hay una sintomatología, sobre todo en mujeres, que es muy clave (...) que es la clinofilia. Esto es muy de drogas, cuando se está saliendo de las drogas: no se consumen drogas, pero se consume cama. Y en salud mental igual. Todo el tema tiene que ver con los estados de ánimo. Esta sensación, también de catastrofismo. Se personalizan muchísimo las cosas, todo para mí, hay una cosa autorreferencial todo el rato” (entrevista 4).

Sin embargo, también hay profesionales expertas que consideran que no hay señales que puedan indicar la existencia de un problema de salud mental que no se haya detectado, ya que, para ellas, siempre que hay violencia de género y consumo, hay también problemas de salud mental.

“Creo que, por ejemplo, si tiene una adicción a estas últimas sustancias (benzodiacepinas o tranquilizantes), probablemente tenga algún tipo de problema de salud mental” (entrevista 7).

“Claro, la salud mental evidentemente, se ve afectada tanto por ser superviviente de violencia como por ser consumidora de sustancias” (entrevista 5).

8.4 Relación entre la violencia de género, la adicción y los problemas de salud mental

Todas las profesionales entrevistadas comentan que los casos que presentan violencia, adicciones y problemas de salud mental son muy heterogéneos y que la relación entre esas tres variables no se da de la misma manera en todas las mujeres. Algunas expertas creen que un factor puede facilitar la aparición de los otros, que una cosa pueda llevar a otra, pero que no siempre sucede así.

“Pueden ser las dos cosas: desencadenantes y alimentarse. Una mujer que ha traído un aprendizaje en su vida o que ha vivido el maltrato ya en su familia y ha aprendido que esto se puede normalizar, ya es víctima, y esa violencia de género desencadena el consumo. (...) Otras veces, simplemente la persona se encuentra de golpe con un maltratador y tiene que aguantar eso (...), acude al médico porque considera que está enferma” (entrevista 2).

“En mi opinión las tres cosas están interconectadas, ni una es causa-efecto de otra, sino que simplemente se relacionan entre sí. Hay que tener una visión holística de la persona” (entrevista 5).

“Creo que es importante ver la relación (...) no como una cadena de cosas donde una te lleva a la otra, sino como un engranaje mucho más complejo y siempre dentro un sistema y de un contexto (...) no es tanto una causa-efecto, sino un engranaje complejo donde tenemos que ver dónde te coloca cada eje y con qué vulnerabilidad, en qué lugar” (entrevista 6, traducción propia).

Para algunas profesionales, si tuvieran que poner un orden en los factores, considerarían que aparece antes la violencia que los problemas de adicción y de salud mental. De esta manera, algunas entrevistadas entienden la relación entre los dos factores como uno desencadenante de otro a la vez que creen que se influyen y se alimentan mutuamente.

“(...) una mujer que en principio no ha tenido una adicción, ha acabado con un hombre que sí tiene y que la ha metido en ese mundo y ha acabado con problemas de adicción. Esas relaciones suelen ser de violencia de género y suele haber ciertas

dinámicas de violencia muy claras. (...) Entonces, en ese sentido, (...) la violencia de género va un poco antes que los problemas de adicción” (entrevista 7).

Sin embargo, hay otras profesionales que creen que no se deben separar estos factores y que hay que mirarlos de una manera holística y teniendo en cuenta todos los aspectos que inciden en la vida de estas mujeres.

“Es importante entender a las personas no como bloques, sino factores de privilegio o de opresión, y cuantos más ejes de opresión, más complicada se hace la vida (...) las mujeres que están en situación de más violencia, el consumo se dispara y por consiguiente (...) la salud mental” (entrevista 3).

“Un elemento predictor para desencadenar una enfermedad mental” a la vez que “la salud mental también nos puede llevar a consumir sustancias” (entrevista 4).

8.5 Las adicciones en las mujeres víctimas de violencia de género

En cuanto a los momentos y lugares de consumo, la gran mayoría de las entrevistadas han señalado que el consumo de sustancias en las mujeres víctimas de violencia de género se lleva a cabo en casa, mayoritariamente, y cuando estas se encuentran solas. Algunas de ellas han comentado que esto se debe al estigma que tiene la sociedad sobre la mujer consumidora, por lo que, para evitar ese estigma social, consumen en lugares privados y solas.

“Generalmente (las víctimas de violencia de género) solo tienen un espacio que es la casa. Generalmente el consumo lo hacen solas” (entrevista 2).

“Su consumo acaba siendo clandestinos, solitario, pero por una cuestión de: si consumo en casa sola, nadie me reprochará, recriminará el qué. Esto es algo que sucede, se consume en solitario, pero por tal de evitar el reproche” (entrevista 4).

“En su mayoría, las mujeres consumen en su casa, ocultando el consumo. Entonces creo que eso significa que la mujer tiene más estigma, lo que van a intentar hacer es ocultar el consumo. Consumen solas, sin duda” (entrevista 5).

“Me imagino y basándome en las mujeres que he tenido que consumían, ha sido en casa, ha sido en casa en momentos de quedarse solas” (entrevista 6, traducción propia).

“En el caso de que no haya un consumo por parte de la pareja, ahí es cuando la mujer puede consumir sola, consume ella sola para poder calmar todo eso que está pasando sin que su pareja lo sepa, porque eso también puede llevar consecuencias de violencia hacia ella” (entrevista 7).

“Yo creo que, si están dentro de la relación, la mayoría de las mujeres lo harían cuando se queden solas, cuando esa persona no está, para evitar la represalia que pueda tener sobre ellas” (entrevista 8).

Algunas profesionales también indican que cuando las mujeres consumen, lo hacen por la incitación del agresor a ello, es decir, es el agresor quién suministra y se encarga de que la mujer consuma.

“Normalmente lo que he ido observando es... normalmente el agresor, muchas veces hace que la mujer consuma para tener mayor control sobre ella” (entrevista 1).

“Cuando he estado trabajando en calle ahí he visto que las mujeres consumen con sus parejas, o sea, consumen frecuentemente con sus parejas, son sus parejas las que se encargan de que ellas consuman, entre comillas” (entrevista 7).

Asimismo, algunas expertas ponen de manifiesto que depende de la sustancia que se consuma, donde el alcohol es más fácil consumirlo en casa, mientras que la cocaína suele hacerse más en grupo;

“Si hacemos estas partes por sustancias, la mujer alcohólica consume sola en casa porque no tiene que dar explicaciones. Pero a lo mejor la mujer con una sustancia como es la cocaína, pues lo hace más en lugares... es que es verdad que hasta los entornos de consumo son espacios cedidos a hombres a nivel histórico” (entrevista 3).

“Creo que tiene que ver con la sustancia, no con las mujeres. Es decir, consumir alcohol es más fácil consumirlo en casa, yo me emborracho y me duermo en un sofá, pero emborracharse en un bar... corres un riesgo y un peligro, emborracharse sola en un bar es peligroso. Y hay otras sustancias que invitan más a ser consumidas en grupo, por ejemplo, fumar cocaína base” (entrevista 4).

La relación con la sustancia y con el agresor también puede incidir en el tipo de consumo.

“Es diferente de la relación que tenga la mujer con la sustancia y la mujer y la relación que tenga también con el agresor” (entrevista 1).

Casi todas las profesionales entrevistadas comentaron que el momento de explosión de la violencia, y por tanto en el que la mujer sufre la agresión, es cuando más se intensifica el consumo de sustancias buscando poder calmarse y evadirse de las situaciones de violencia.

“En los grupos de adicciones he observado que había mujeres que consumían, sobre todo después de la agresión, después de la explosión” (entrevista 1).

“Puede ser que, en el momento de explosión, para apaciguar o atenuar lo que es la explosión” (entrevista 2).

“Donde más frecuencia hay diría que durante y después. Durante porque genera una vulnerabilización, entonces el agresor aprovecha esta vulnerabilización” (entrevista 4).

“En el de agresión, de hecho, hay muchas mujeres que, en mi investigación, que afirman que, después de ser agredidas, el querer consumir, las ganas de querer consumir aumentaban o habían aumentado, incluso hacían uso de otras drogas que no era su principal, para hacer frente a esas agresiones” (entrevista 5).

“Me cuadran momentos después de la agresión, son momentos donde hay mucha necesidad de disociación, aunque a lo mejor, a veces no llega a ser una disociación...” (entrevista 6, traducción propia).

“Y en todo el momento más feo y más oscuro, pues lo mismo, pero no para celebrar, sino para abstraerse de eso y siguiendo su conducta y su adicción” (entrevista 7).

También es muy señalado el momento de la luna de miel, donde el consumo se lleva a cabo con el agresor y donde este intenta recuperar a la víctima y hacerle olvidar todos los episodios de violencia.

“Pues te diría, así de entradas en la fase de explosión, pero los agresores utilizan mucho la fase de luna de miel cuando eres consumidora” (entrevista 3).

“Donde más frecuencia hay diría que durante y después. Después, porque hay que aliviar esa pena” (entrevista 4).

“En el momento de la luna de miel suele pasar que al final, pues si la pareja consume, consumen juntos y es un momento de disfrutar juntos” (entrevista 7).

Una de las expertas también hace alusión a la fase de acumulación de la tensión en la que podía darse esta intensificación del consumo debido al choque de realidad,

“de repente vuelve a ser la persona que tú creías que no iba a volver a ser porque te había prometido que no iba a volver” (entrevista 8).

8.6 Factores de riesgo en las mujeres víctimas de violencia de género, con adicciones y problemas de salud mental

Los factores de riesgo mayormente señalados por las expertas son: la dependencia económica al agresor, los hijos, el no tener redes de apoyo (ya sean familiares o amistades) y el acceso a las instituciones, ya que comentan que este acceso es muy complicado y dificulta la salida de la mujer de estas situaciones.

“(…) la familia, la red familiar, la soledad, los hijos, la dependencia económica al agresor” (entrevista 1).

“Los hijos, quizás, o sea, el hecho de que tengas unas responsabilidades, te debas a alguien, tengas que salvar a alguien y no te puedas salvar tú. Y luego, las instituciones, que ya podría ayudarme la institución, y tampoco o a lo mejor te pone muchas pegas” (entrevista 2).

“Y los hijos, a veces son un factor de riesgo porque... más que un factor de riesgo es un elemento de retención, un elemento de retención a las parejas, a las relaciones” (entrevista 4).

“No tener apoyo familiar o social. Si no hay un sistema que cubra las necesidades de las mujeres víctimas de violencia de género con salud mental y consumo de drogas, el factor de riesgo es la sociedad y el sistema” (entrevista 5).

“La violencia vicaria, que se empieza a establecer la dinámica de violencia vicaria, si es pareja o expareja. Hay un factor de riesgo que es el acceso a los recursos. La fragmentación de los servicios: no puedo ser una mujer que consume porque o soy una mujer consumidora o una víctima de violencia de género. Y si tengo un trastorno de salud mental, soy otra persona, pero no soy las tres” (entrevista 6, traducción propia).

“La falta de red de apoyo de familiares y amigos, es algo que vemos en tanto en personas con adicciones como problemas de salud mental por ser víctimas de violencia de género. La dependencia económica por parte de las mujeres al agresor. Y los hijos, pues creo que son los dos factores” (entrevista 7).

Otros de los factores de riesgo señalados, aunque con menor frecuencia, han sido: el entorno sociocultural en el que vivimos, es decir, una sociedad patriarcal; el tener problemas o dificultades en la detección de estas situaciones, es decir, en identificar que se está viviendo una situación de violencia de género; y el tener dependencia emocional del agresor.

“El patriarcado (...)” (entrevista 1).

“La dependencia económica” (entrevista 4).

“La dependencia, dependencia emocional. También, la dificultad de detectar estas cosas, porque al final, cuando tienes una adicción, si ya de por sí es difícil identificar que tienes esa adicción y te vuelcas a llevar a cabo un tratamiento y desprenderte de ello, si tienes un problema de salud mental más” (entrevista 7).

“Yo creo que el más importante es el contexto sociocultural en el que naces. Al final las mujeres sin recursos económicos o formativos que te permitan conocer qué es esa realidad, que hay millones de mujeres que lo sufren, por qué pasa, qué es la violencia de género, saber acerca de la misma, conocer acerca de la salud mental, de protegerla, herramientas para ayudarte a tener una salud más estable” (entrevista 8).

Además, algunas de las cuestiones que también han puesto de manifiesto las profesionales que inciden en el riesgo de presentar violencia, adicciones y problemas de

salud mental, son: la incomprensión o la intolerancia de la familia a la separación, ser mujer, tener una discapacidad, ser una mujer transexual, tener dificultades en el acceso a la vivienda o no tener vivienda y la cronificación de la violencia.

“También puede ser la intolerancia o la incomprensión de la familia” (entrevista 2).

“El hecho de ser mujer es un factor de riesgo, el hecho de ser una mujer trans... lo que hablábamos antes con la teoría feminista interseccional todos los factores opresores que pueda tener una persona, son factores de riesgo” (entrevista 3).

“Todo el tema de la vivienda también es un factor de riesgo. Problemas de salud mental, también genera muchísima vulnerabilidad, discapacidades, que, al fin y al cabo, se acaban trasladando a una violencia económica” (entrevista 4).

“Cronificación, cronificación de la violencia” (entrevista 6, traducción propia).

8.7 Factores de protección en las mujeres víctimas de violencia de género, con adicciones y problemas de salud mental

Los factores de protección más señalados por las profesionales entrevistadas han sido: el acceso y el hecho de estar en un recurso que atienda correctamente a los tres factores, de manera que se pueda dar una buena atención a las necesidades, el tener una red tanto familiar como de amistades, y el tener una buena educación, la cual te ayuda a reconocer estas situaciones y a poder prevenir la cronificación de la violencia, por ejemplo.

“La red familiar, los centros de acogida para mujeres supervivientes de violencia machista y todos los centros que están especializados para mujeres con salud mental. Pero sobre todo tener red de apoyo” (entrevista 1).

“Un buen acompañamiento terapéutico y tener amigas, es fundamental” (entrevista 4).

“Tener apoyo familiar o social, un círculo amplio o grupos de auto apoyo. Yo diría educación a la sociedad, prevención, campañas de sensibilización y un sistema que reconozca las necesidades reales de las mujeres” (entrevista 5).

“(...) teniendo adicciones y problemas de salud mental, el formar parte de algún recurso o estar dentro de algún proyecto que las ayude a detectar esto y poder ir poco a poco saliendo de esa situación. No solo el pertenecer, sino el acceso que puedan tener a esos recursos. Uno de los factores de protección puede ser su formación y su educación” (entrevista 7).

Otros factores que las expertas han indicado, aunque con menor frecuencia que los anteriores, son: tener una buena situación laboral, tener hijos, tener unos recursos económicos buenos y estables, una adecuada prevención, la resiliencia o la agencia personal de la mujer y todo lo que forma parte de los ejes de privilegio, desde la teoría feminista interseccional.

“Pues en este caso justamente lo opuesto, en vez de lo que estuviera en el eje de opresión, lo que está en el eje de privilegio” (entrevista 3).

“(...) la agencia personal, que es la capacidad que tenemos las personas de poder tomar decisiones de manera informada, asesorada” (entrevista 4).

“(...) hacer una prevención adecuada sobre la violencia de género, no solo enfocada a las mujeres, sino también enfocada a los hombres” (entrevista 5).

“Recursos económicos, pero no para caer o no, pero sí en el acceso a la recuperación que tendrás después o al salir” (entrevista 6, traducción propia).

“Y los hijos, pues creo que son los dos factores. Y su situación laboral. Yo creo que un factor de protección también muy importante de por sí es la resiliencia de cada persona” (entrevista 7).

8.8 El tratamiento institucional de las mujeres que sufren violencia de género, adicciones y problemas de salud mental

Todas las profesionales entrevistadas señalan que el tratamiento de los tres factores simultáneamente es lo mejor y lo más efectivo.

“Creo que hay que abordarlos a la vez, creo que tienes que hacer una base con los tres y de ahí para arriba, pero con los tres juntos” (entrevista 2).

“De manera simultánea. Además, otro de los hallazgos de mi tesis doctoral es que la fragmentación de la atención no está funcionando” (entrevista 4).

“Creo que es muy complicado hacer esta fragmentación. No creo que sea una cuestión de establecer un orden, un qué primero y qué después, sino que se puede integrar todo en el proceso (...)” (entrevista 6, traducción propia).

“dependerá el caso, hay casos en los que (...) el riesgo es bajo, pues creo que es más fácil poder trabajar todas las cosas simultáneamente” (entrevista 7).

“Yo considero que lo mejor sería primero tratar individualmente cada problema, cada situación, y después, cuando estás avanzada en el proceso terapéutico, se puede llevar a cabo un proceso total en el cual puedas hacer ver que realmente pueden estar relacionadas las tres situaciones que está viendo” (entrevista 8).

Por un lado, algunas de ellas, indican que la violencia de género debe ser lo primero que se trate al intervenir, mientras que, por otro lado, otras aducen que la adicción es el primer punto a trabajar. En cualquier caso, se aborde primero la violencia o la adicción, todas ellas consideran que, después, deben trabajarse las tres problemáticas de manera conjunta.

“Yo creo que el consumo hay que intentar que sea lo primero, porque dejar el consumo te daría la claridad mental, pero, tiene que ir todo junto. Y es que una mujer una vez deja de consumir, se empieza a empoderar, va a tener más opciones sociales externas” (entrevista 2).

“(...) si antes no hay diagnóstico de salud mental, la violencia es el punto número uno. Si la mujer es capaz de conectar con las consecuencias que ha generado en su vida la violencia de género, creo que puede conectar y puede entender muchas cosas que ha sucedido en su vida, como puede ser el consumo. Yo le daría un plus a la violencia porque al final creo que es el primer eje que aparece en la vida de todas las mujeres” (entrevista 5).

“Lo primero, cuando sales de un hogar y una casa donde hay violencia de género, es la protección de esa mujer, tenga lo que tenga. Creo que en primer lugar es eso, y ya todo lo demás, sin dejar de ser menos importantes” (entrevista 7).

Además, hay quien pone de manifiesto que esta intervención debe darse tanto de manera individual como colectiva, habiendo asuntos que deben abordarse primero de manera individual en las terapias para poder compartirlas, más tarde, con el resto del grupo.

“Las terapias psicológicas hay que trabajar más en de manera individual y en los grupos, de manera individual y colectiva” (entrevista 1).

8.9 La existencia de un patrón de conducta en las mujeres víctimas de violencia de género, con adicciones y problemas de salud mental

Las profesionales entrevistadas muestran una diversidad de criterios ante esta cuestión. Algunas de ellas indican que no hay ningún patrón diferenciado, mientras que hay otras que sí que argumentan su existencia, aunque los patrones expuestos son igualmente diversos.

“Sí, el patrón es el ciclo de la violencia y el ciclo del consumo” (entrevista 1).

“No, creo que hay diversidad de patrones. Hay cosas que se repiten, porque en drogas las cosas se repiten. Yo nunca hablo de perfiles” (entrevista 4).

“No, de ningún tipo, no” (entrevista 5).

Los patrones mencionados por las expertas entrevistadas son: el ciclo de la violencia y el ciclo del consumo, el ser víctima de abuso sexual infantil, la cronificación de la violencia y el hecho de estar en situación de pobreza o de calle.

“Sí, el patrón es el ciclo de la violencia y el ciclo del consumo” (entrevista 1).

“Yo en casi todas puedo ver que ha habido ASI, abuso sexual infantil” (entrevista 3).

“La cronificación sí que marca un cierto patrón” (entrevista 6, traducción propia).

“C creo que habría un patrón sobre todo en la parte de pobreza y de situación de calle, ahí lo he visto mucho más porque en los otros casos” (entrevista 7).

8.10 Papel de la salud mental en la respuesta de las mujeres víctima de violencia de género ante la adicción

La mayoría de las profesionales entrevistadas indican que la salud mental tiene un papel muy relevante en cómo las mujeres víctimas de violencia de género se enfrentan al consumo de sustancias.

“Diría que el 100%. Creo que juega un papel fundamental, porque si tú tienes alguna voz, continuamente hablándote, diciéndote, no vales nada y, concretamente, consumes y esa voz se para, pues obviamente voy a consumir cada día para parar esa voz” (entrevista 1).

“Es muy importante, juega un papel muy importante... A lo mejor, dando estas pautas para que mejore en salud mental pueda mejorar, también, por repercusión, el resto de las cosas. Pero es que es un paquete muy importante y difícil de separar” (entrevista 2).

“Creo que afecta mucho más la violencia que la salud mental. Pero claro, la violencia tiene consecuencias en la salud mental” (entrevista 5).

“Creo que es esencial, realmente la salud mental, conocerse a uno mismo, conocer qué es lo que te está sucediendo, ser consciente de lo que estoy viviendo, que hay muchas otras personas que pasan por lo mismo, conocer las herramientas que tienes para poder juzgarlo, ayuda mucho a sobrellevarlo” (entrevista 8).

Una de las expertas, al profundizar en este aspecto señaló que los problemas de salud mental normalizan el consumo debido a la hostilidad de los espacios donde se consume.

“Creo que cuando una mujer tiene salud mental se perdonan más las violencias y en drogas se normalizan, se naturalizan las violencias y se naturalizan porque los espacios de consumo son hostiles” (entrevista 4).

También consideran que tener problemas de salud mental puede complicar el tratamiento que deba hacer la mujer y el mantenimiento de este.

“Creo que hay alguna cosa de la continuidad del proceso, de la posibilidad de integración y continuidad del proceso que es más complejo” (entrevista 6, traducción propia).

“Yo creo que complica mucho más que esa adicción pueda tratarse, al final estas mujeres acaban estando mucho más aisladas por su pareja, acaban perdiendo esas redes de apoyo, si formaban parte de algún recurso, acaban no formando parte porque no se les permite porque hay amenazas de por medio (...). Entonces, incluso se puede intensificar el consumo” (entrevista 8).

Asimismo, una de las profesionales entrevistadas mencionó que la manera de enfrentar esta adicción es desde el estigma, desde el autoestigma, ya que es así como la sociedad enfrenta el consumo de las mujeres.

“Sí que hay una parte que creo que es importante que las mujeres tengan (...) conciencia de la problemática para saber cómo enfrentarse en base a como son. Entonces, la autoestigmatización, pues lo enfrentan igual que lo que lo enfrenta el resto de la sociedad: desde el estigma. Y eso dificulta (...)” (entrevista 3).

9. Discusión sobre los resultados:

La presencia de diagnósticos de salud mental en las mujeres víctimas de violencia de género es algo comúnmente aceptado por las profesionales entrevistadas en el presente estudio y que encuentra un fiel reflejo en investigaciones previas. Ambas perspectivas comentan la alta presencia de trastornos como el trastorno de estrés postraumático, el trastorno límite de la personalidad y la depresión. Estudios previos remarcan el suicidio y el abuso de sustancias como secuelas a nivel de salud mental de las mujeres víctimas de violencia de género (Labra, 2014). Por su lado, las expertas entrevistadas, amplían la lista de posibles diagnósticos, aludiendo a la presencia de: el clúster B, el trastorno bipolar, los trastornos de conducta alimentaria, los trastornos obsesivos compulsivos y la fibromialgia.

En relación con la consideración de la salud mental como factor de vulnerabilidad a sufrir violencia de género, es preciso comentar que la literatura tiende a enfocar la dirección de esta relación en cómo afecta la violencia de género a la salud mental y no

al revés. Sin embargo, uno de los factores que favorecen la violencia de género es la dependencia emocional la cual está relacionada con la salud mental. Por lo que este enfoque no es compartido por las profesionales entrevistadas, quienes señalan que los problemas de salud mental favorecen y afectan a la vulnerabilidad de las mujeres a ser víctimas de violencia de género. A su vez, las expertas afirman que la salud mental puede estar relacionada con el estigma que tiene la sociedad al respecto y que sufren las mujeres, afectando a su autoestima y produciéndose un autoestigma. Además, resaltan la dificultad en la detección e identificación de las situaciones de violencia, lo cual puede deberse a los problemas de salud mental, lo que podría favorecer, también, el consumo.

En cuanto a la relación entre la violencia de género, la adicción y los problemas de salud mental, son varios los estudios que ponen de manifiesto que estos son tres factores que están relacionados. Labra (2014) y Spora Sinergies SCCL (2020) expresan que la violencia de género incide en la salud mental de las víctimas, afectando de manera más frecuente a los problemas de adicciones, según Spora Sinergies SCCL. Por otro lado, tanto Tirado-Muñoz et al. (2015) como el análisis llevado a cabo por la OMS en 2013 (2021) demuestran que la adicción en las mujeres víctimas de violencia de género es más común que en aquellas mujeres que no son víctimas de violencia de género. Asimismo, los resultados del presente estudio confirman esta relación estableciendo diferencias en función de los casos. En algunos, la violencia de género es el primer factor que se da, y por tanto, favorece la aparición de los otros dos, mientras que en otras ocasiones esta diferenciación no es posible, siendo necesario tener una mirada holística para valorar cómo se configura esta relación en la vida de cada mujer.

Acerca del consumo de las víctimas de violencia de género, la literatura se divide entre la intensificación del consumo en las etapas de la explosión y de la luna de miel dentro del ciclo de la violencia de género. Walker (1989), por ejemplo, entiende que este consumo es consecuencia de la violencia, para poder afrontar la violencia y sentir alivio y desconexión de la situación, pero también lo expone como un método de control sobre la víctima por parte del agresor. Esto se corresponde a lo mencionado por los resultados obtenidos, dado que las profesionales entrevistadas han identificado ambos momentos del ciclo como aquellos en los que más consumo hay. Además, cabe mencionar, que se

hace alusión a la fase de tensión, debido al choque con la realidad que sufre la mujer y a la necesidad de hacerle frente.

Asimismo, la mujer consumidora sufre un estigma por su adicción, lo que le lleva a consumir fuera de la mirada de los demás, en solitario y en espacios privados. Esto ha sido confirmado por este estudio y por otros previos, como el de Sánchez (2009) o Fundación EMET Arco Iris (2020). En el caso de que el agresor consuma, también se ha confirmado que es el agresor el que incita o favorece el consumo, con la finalidad de tener un mayor control y poder sobre la mujer (Walker, 1989).

Respecto a los factores de riesgo de consumo de las mujeres consumidoras, los mayormente detectados son la baja autoestima y las situaciones de depresión y de soledad, (Navarro, 2000, citado en Arostegi y Urbano, 2004), la falta de apoyo social o un ambiente conflictivo o abusivo que puede derivar en un problema de salud mental y una situación de inestabilidad económica y el fácil acceso a las sustancias (Salamanca, 2024). Estos factores también han sido confirmados por los resultados de este estudio a pesar de que a las profesionales expertas se les preguntó por los factores de riesgo de las mujeres víctimas de violencia de género, con adicciones y problemas de salud mental. Algunas de estas situaciones extraídas de este estudio coinciden con las expresadas por la literatura, ya que como hemos visto, estas tres variables están muy relacionadas. Algunos ejemplos de estos factores son: la dependencia económica al agresor, la falta de redes de apoyo (sean familiares o amistades) y la dependencia emocional.

Asimismo, los resultados de este estudio han permitido identificar nuevos factores de riesgo no recogidos por estudios previos como: los hijos (los cuales también han identificado como factor de protección), el difícil acceso a las instituciones y recursos, la sociedad patriarcal, los problemas o las dificultades para identificar estas situaciones, la incompreensión o la intolerancia de la familia y de las amistades a la separación, el hecho de ser mujer, tener una discapacidad, ser una mujer transexual, tener dificultades en el acceso a la vivienda o no tener vivienda y la cronificación de la violencia.

En definitiva, los resultados obtenidos en este estudio coinciden en gran medida con los hallazgos en otros estudios. Sin embargo, a diferencia de los estudios previos, mencionados a lo largo del trabajo, que han analizado la relación entre dos de los tres

factores, en este estudio ha abordado la interrelación entre los tres, proporcionando una visión más amplia. Esto puede sugerir la necesidad de estudios adicionales y futuros que exploren esta interrelación para una mejor comprensión del fenómeno.

10. Conclusiones:

A lo largo de este trabajo se ha analizado la interrelación entre la violencia de género, el consumo de sustancias y los problemas de salud mental desde una perspectiva de género, con el objetivo de conocer cuál y cómo es esta relación. Se ha explorado cómo es la interacción entre estos tres factores para obtener una visión más completa de este hecho, lo que resulta fundamental para poder llevar a cabo una buena intervención y abordaje con este colectivo.

Los resultados de este estudio confirman que existe una relación importante entre la violencia de género y la salud mental, produciéndose una clara afectación en el bienestar psicológico de las víctimas. Estos hallazgos coinciden y van en la misma línea que las investigaciones previas como son los de: Paloma Labra (2014), Guerrero-Vaca et al. (2021), Leonore Walker (1989), Golding (1999), entre otros. Se concluye que las principales consecuencias de la violencia de género en la salud mental son, mayoritariamente, trastornos como la depresión, el Trastorno de Estrés Postraumático y el Trastorno Límite de la Personalidad. Además, este estudio ha identificado cuál es el impacto específico que se produce en la víctima que ya tenía un diagnóstico previo de salud mental antes de experimentar la violencia. En estos casos, lo que se aprecia en este estudio es que los problemas de salud mental no solo se intensifican o agravan, sino que, en algunos casos, se pueden llegar a cronificar.

Gracias al análisis llevado a cabo en este trabajo, se ha podido profundizar acerca de la relación entre la violencia de género y el consumo de sustancias, pudiendo identificar momentos y espacios en los que se produce este consumo. La Fundación EMET Arco Iris (2020) señala que las mujeres consumidoras, debido al estigma que enfrentan, tienden a consumir en solitario y en espacios privados para evitar la mirada pública. Uno de los motivos por los cuales las mujeres consumidoras siguen estando tan estigmatizadas es por la creencia de que al consumir no pueden desarrollar de una manera idónea el rol impuesto de la sociedad únicamente por el hecho de ser mujer.

Este estudio ha permitido identificar los espacios y momentos en los que el consumo de sustancias se intensifica como consecuencia de los episodios de violencia de género. Los hallazgos indican que el lugar donde consumen las mujeres víctimas de violencia de género es en casa y, normalmente, cuando están solas. Si especificamos el momento en el que se produce este consumo y lo relacionamos con el ciclo de la violencia, se han determinado dos fases clave, las cuales tienen motivos diferentes. En primer lugar, durante la fase de explosión, se produce una intensificación del consumo por parte de la mujer víctima, como una estrategia de afrontamiento para poder sobrellevar la violencia sufrida, es decir, como un mecanismo de evasión ante el malestar psicológico y emocional. En segundo lugar, en la fase de la luna de miel, las mujeres víctimas de violencia de género suelen consumir en compañía del agresor, quien, en muchos casos, es el que suministra a la mujer la sustancia. De esta manera, el agresor tiene un mayor control sobre la víctima y favorece la dependencia a la vez que genera una falsa esperanza de que los episodios violentos no vuelvan a repetirse.

Asimismo, el estudio ha permitido identificar diversos factores de riesgo y de protección para las mujeres víctimas de violencia de género, con problemas de salud mental y con adicciones. Es importante mencionar que la literatura existente aborda estos factores de manera aislada, ya sea en relación con una de las tres variables o con dos de ellas. Sin embargo, este estudio ha identificado la interrelación entre los tres factores. Tal y como expone Navarro (2000, citado en Arostegi y Urbano, 2004), la baja autoestima junto con situaciones de depresión y soledad, son los factores de riesgo más notables e importantes en mujeres consumidoras. Además, también se destaca la falta de apoyo social o un ambiente conflictivo o abusivo como elementos que podrían favorecer la aparición o el agravamiento de los problemas de salud mental, una situación de inestabilidad económica y el fácil acceso a las sustancias (Salamanca, 2024).

Se observa, a través de este estudio, que las mujeres víctimas de violencia de género, con adicción y problemática de salud mental comparten los mismos factores de riesgo anteriormente mencionados. Sin embargo, también se identifican otros factores como la dependencia económica y emocional al agresor. De esta manera, la falta de autonomía económica y los vínculos emocionales complejos que generan las situaciones de violencia de género, dificultan que la mujer decida no seguir en estas situaciones.

Además, otros elementos clave son la dificultad en el acceso a los recursos o a las instituciones especializadas, las dificultades para detectar estas situaciones y la cronificación de la violencia. Es importante mencionar que existe un factor especialmente relevante, ya que es considerado como factor de riesgo y como factor de protección a la vez: los hijos. Por un lado, pueden favorecer que la mujer tome la decisión de abandonar la relación, las sustancias y tratarse los problemas de salud mental. Por otro lado, pueden favorecer que la mujer intensifique el consumo para afrontar las situaciones ocasionando la permanencia de la mujer por miedo a no poder hacer frente a la independencia económica o a su plena custodia. Además de este factor de protección, pueden resaltarse otros elementos que favorezcan la salida de estas situaciones, como son tener redes de apoyo, tener ingresos propios para poder ser una mujer independiente, entre otros. Es importante recordar que la existencia de estos factores, tanto de riesgo como de protección, no determinan de manera absoluta la permanencia o la salida de la mujer de esta situación, sino que actúan como elementos que pueden influir en su toma de decisiones.

En el presente trabajo se ha evaluado, también, la percepción de distintos profesionales sobre la interrelación entre los tres factores analizados. Tras el análisis, podemos destacar una clara y estrecha relación entre la violencia de género, el consumo de sustancias y la salud mental, las cuales hay que ver y entender desde una perspectiva holística. De esta manera, tal y como se ha comentado en el apartado anterior, la fragmentación en la atención a estas mujeres dificulta su acceso a los recursos y a los tratamientos necesarios. Por ello, se concluye la necesidad de una intervención integral que garantice una atención coordinada entre los diferentes recursos y profesionales implicados para ofrecer una solución más efectiva y más ajustada a las necesidades de las mujeres.

A pesar de los hallazgos obtenidos, este estudio presenta una serie de limitaciones que debemos tener en cuenta. En primer lugar, una de las principales limitaciones ha sido la imposibilidad de entrevistar directamente a mujeres víctimas de violencia de género con consumo de sustancias y problemas de salud mental. Inicialmente, este era el enfoque de la investigación, ya que habría permitido un análisis más detallado y profundo de la realidad. Es por ello por lo que el estudio se ha basado

en fuentes secundarias, en las profesionales expertas de los diferentes ámbitos. En segundo lugar, se ha encontrado una notable dificultad para hallar información específica que abordara los tres factores analizados de manera conjunta. Estas limitaciones exponen la necesidad de investigar acerca de esta problemática que permita una mayor comprensión.

A partir de las limitaciones identificadas anteriormente, surgen diversas líneas de investigación futuras que ayuden a la comprensión de la interrelación entre estas tres variables. Sería interesante que se realizaran estudios donde las mujeres estén incluidas, de manera que puedan reflejar mejor las experiencias. Esta participación podría hacerse o bien siguiendo una metodología cualitativa, como la desarrollada en este estudio, o bien una cuantitativa. Asimismo, sería relevante realizar estudios más amplios que el presente para poder medir y estudiar mejor esta interrelación. Finalmente, podría evaluarse la eficacia de los recursos disponibles y mejorar la fragmentación de estos, con el objetivo de mejorar la atención a estas mujeres.

Este estudio aporta una visión más completa de la interrelación entre la violencia de género, las adicciones y la salud mental, enfatizando la intervención integral y holística y con perspectiva de género. Los hallazgos obtenidos reflejan que abordar estos factores de manera aislada y fragmentada puede llevar a intervenciones ineficaces. Comprender estos factores de manera conjunta permitirá mejorar la atención a las mujeres en situaciones de vulnerabilidad, de manera que se promoverán, por ejemplo, estrategias de prevención más eficaces e intervenciones que respondan a las necesidades reales. Asimismo, estos resultados pueden servir como base para futuras investigaciones, las cuales puedan garantizar unas respuestas más justas y efectivas y una mejor calidad de vida de las mujeres que se enfrentan a estas problemáticas.

11. Bibliografía:

Alcázar Córcoles, M.Á. & Gómez-Jarabo, G. (2001). Aspectos psicológicos de la violencia de género. Una propuesta de intervención. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 1(2), 33-49. <https://www.masterforense.com/pdf/2001/2001art10.pdf>

Ares, A. (2023). Mujer, adicción y violencia de género. *MLS Psychology Research*, 6 (2), 23-48. <https://www.mlsjournals.com/Psychology-Research-Journal/article/view/1276/2349>

Arostegi, E. & Urbano, A. (2004). *La mujer drogodependiente: especificidad de género y factores asociados*. Bilbao, España: Universidad de Deusto. https://bibliodrogas.gob.cl/biblioteca/documentos/ESTADISTICAS_ES_5271.PDF

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 395 (9314), 11331-1336. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08336-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08336-8)

Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito. (s.f.). *Clasificación de las drogas y sus efectos en el tránsito*. Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito. <https://www.conaset.cl/alcohol-y-conduccion/clasificacion-de-las-drogas-y-sus-efectos-en-el-transito/>

Comunicación Poder Judicial. (20 de marzo de 2024). *Las 194.658 víctimas de la violencia de género de 2023, 533 mujeres cada día, suponen un aumento del diez por ciento con respecto al año anterior*. Poder Judicial España. <https://goo.su/Bu6ut>

Consejo General del Poder Judicial. (s.f.). *La Orden de Protección*. Poder Judicial España. <https://www.poderjudicial.es/cgpi/es/Temas/Violencia-domestica-y-de-genero/La-orden-de-proteccion/>

Convenio del Consejo de Europa sobre la prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011.

Ratificado por España el 10 de abril de 2014. *BOE* núm. 137, de 6 de junio de 2014.
<https://rm.coe.int/1680462543>

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2024). *Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), 1995-2024*. Ministerio de Sanidad.
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2024_Informe_EDADES.pdf

De Piñar, A. (2022). *La violencia de género en la pareja, su manifestación y las consecuencias a largo plazo en mujeres y sus descendientes* (Tesis doctoral). Universidad de Granada. <https://digibug.ugr.es/handle/10481/72864>

Dirección General de Coordinación y Estudios. (2024). *Sistema de seguimiento integral en los casos de Violencia de Género*. Ministerio del Interior. <https://goo.su/Xzo5CKM>

Fundación EMET Arco Iris. (2020). Tratamiento de mujeres con adicciones y otras patologías en Comunidad Terapéutica: el porqué de un tratamiento específico para mujeres. *Revista española de drogodependencias*, 45(2), 64-72.
<https://roderic.uv.es/rest/api/core/bitstreams/e398d8cd-4667-407d-8845-8e4ff2b382f1/content>

Guerrero-Vaca, D.J. *et al.* (2021). Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia. Una revisión. *Dominio de las Ciencias*, 7(3), 667-688.
<http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i3.1960>

Labra Valerdi, P. (2014). *La salud mental en mujeres supervivientes de violencia de género: una realidad chilena* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid.
<https://hdl.handle.net/20.500.14352/25782>

La Moncloa. (27 de marzo de 2024). *El gasto público en Educación en 2022 superó los 63.380 millones de euros, un 6% más que en 2021*. La Moncloa. <https://lc.cx/zOJqfk>

Laguna Hermida, S. y Gómez García, L. (coord.) (2019): *Manual de victimología*. Madrid: Dykinson.
https://www.academia.edu/36519900/Manual_de_Victimolog%C3%ADa_Susana_Laguna_Hermida

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado, de 29 de diciembre de 2004, núm. 313.

Ministerio de Igualdad. (15 de febrero de 2024). *La violencia de género y la violencia sexual contra las mujeres suponen un coste estimado de 5.000 millones de euros, un 0'37% del PIB.* Ministerio de Igualdad. <https://www.igualdad.gob.es/comunicacion/notasprensa/la-violencia-de-genero-y-la-violencia-sexual-contra-las-mujeres-suponen-un-coste-estimado-de-5-000-millones-de-euros-un-037-del-pib/>

Ministerio de Sanidad, Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). (2024). *Datos sobre alcohol y otras drogas.* Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad. <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/l/edades/datos-sobre-alcohol-y-otras-drogas>

Naciones Unidas. (1993). *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer.* Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución 48/104. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/eliminationvaw.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen.* Organización Mundial de la Salud. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43431/9275324220_spa.pdf

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

OMS. (8 de marzo de 2021). *Violencia contra la mujer.* <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es>

Organización Mundial de la Salud. (3 de junio de 2022). *Por qué la salud mental debe ser una prioridad al adoptar medidas relacionadas con el cambio climático.* Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news/item/03-06-2022-why-mental-health-is-a-priority-for-action-on-climate-change>

Pérez del Río, F. (2011). *Estudios sobre adicciones: perfiles de drogodependientes y eficacia del tratamiento en Proyecto Hombre Burgos.* Diputación Provincial de Burgos.

Proyecto Hombre Salamanca. (s.f.). *información sobre Droga*. Proyecto Hombre Salamanca. <https://proyectohombresalamanca.es/informacion-sobre-droga/>

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., [versión 23.7 en línea]. <https://www.rae.es/dpd/adicción> [Consulta: 26/09/2024].

Rhodes, N.R. & Baranoff, E.C. (1998). Why do battered women stay?: three decades of research. *Aggression and Violent Behavior*, 4, 391-406. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(97\)00025-6](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(97)00025-6)

Romo- Avilés, N. et al. (2003). Sobre el malestar y la prescripción: un estudio sobre los usos de psicofármacos por las mujeres. *Revista Española de Drogodependencias*, 28 (4), 372-379. https://red.aesed.com/descargas/revistas/v28n4_5.pdf

Ruiz, M. & Vairo, M.C. (2008). Trastorno límite de la Personalidad. Reino de mujeres, tierra sin hombres. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 19(81). 303-308. <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/issue/view/121>

Salamanca, A. (2024). *Violencia de género y consumo de sustancias: análisis de la interseccionalidad* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid. <https://docta.ucm.es/entities/publication/52abb921-9728-4f7b-966b-1ab1fd8964bf>

Sánchez, L. (2008). *Guía informativa: drogas y género. Plan de Atención Integral a la Salud de la Mujer de Galicia*. Xunta de Galicia, Servizo Galego de Saúde. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=514033>

Sánchez Pardo, L. (2009). *Género y drogas. Guía informativa*. Diputación de Alicante. Área de Igualdad y Juventud. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/GuiaGenero_Drogas.pdf

Santandreu, M. & Ferrer, V. A. (2014). *Eficacia de un tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia de género*. *Psicología conductual*, 22(2). 239-256. <https://goo.su/QbVL40>

Spora Sinergies SCCL. (2020). *L'atenció a les dones en situació de violència masclista i consum problemàtic de substàncies i/o problemes de salut mental des dels recursos*

especialitzats (VM, XAD i SM): Informe de diagnosi. Sub direcció General de Drogodependències, Departament de Salut. <https://www.spora.ws/wp-content/uploads/2021/07/2020.-cat.-Estudi-VM-SM-i-drogues.pdf>

Subdirección General de Sensibilización, Prevención y Estudios de la Violencia de Género (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género). (2020). *Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019*. Ministerio de Igualdad. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/Macroencuesta_2019_estudio_investigacion.pdf

Tirado-Muñoz, J. et al. (2015). Intervención grupal para reducir la violencia de género entre consumidoras de drogas. Resultados de un estudio piloto en un centro comunitario de tratamiento de adicciones. *Adicciones*, 27(3). 168-178. <https://doi.org/10.20882/adicciones.703>

Torres-Soto, J.F. et al. (2019). Inventario PID-5, perfil dimensional del DSM-5 para orientar el diagnóstico y las necesidades terapéuticas en los trastornos de personalidad. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 35(1). 47-57. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.35.1.333191>

Walker, L. E. A. (1989). *The Battered Woman Syndrome, Third Edition*. Springer Publishing Company. <https://books.google.es/books?id=PV4UamL2E9EC&lpg=PP1&hl=es&pg=PP1#v=onepage&q&f=false>

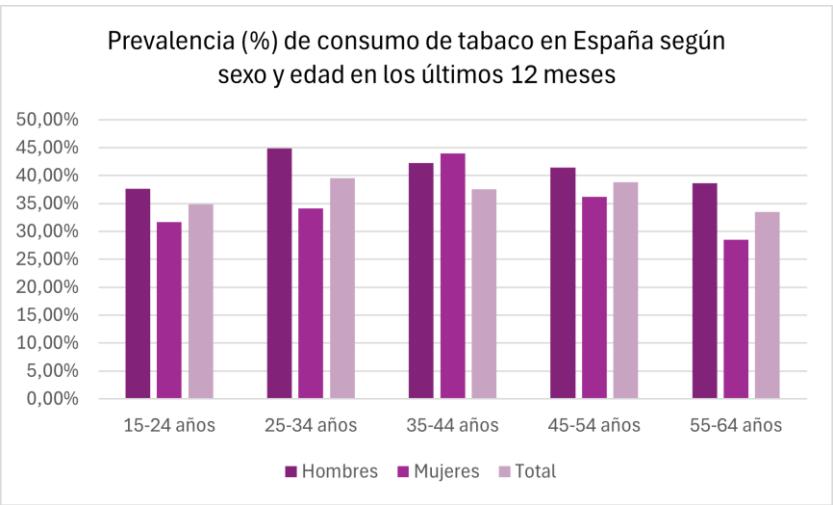
12. Anexos:

Anexo 1: Gráficos sobre la prevalencia de consumo de las mujeres en los últimos 12 meses

Gráfico 4. Consumo de tabaco en los últimos 12 meses

En cuanto al consumo de tabaco, vemos que las mujeres de entre 45 y 54 años son las más consumidoras, a diferencia de los hombres que los más consumidores se encuentran entre los 25 y los 34 años (gráfico 4). En comparación con la prevalencia de consumo de alcohol, la prevalencia de consumo del tabaco es mucho menor, ya que el porcentaje más alto de este último (36,2%) es casi la mitad de la primera (74,9%). En todos los grupos de edades los hombres tienen un mayor consumo del que tienen las mujeres, pero en el que hay más diferencia es el grupo de 25 a 34 años, ya que los hombres tienen una prevalencia del 44,9% y las mujeres del 34,1%.

Gráfico 4. Consumo de tabaco en los últimos 12 meses



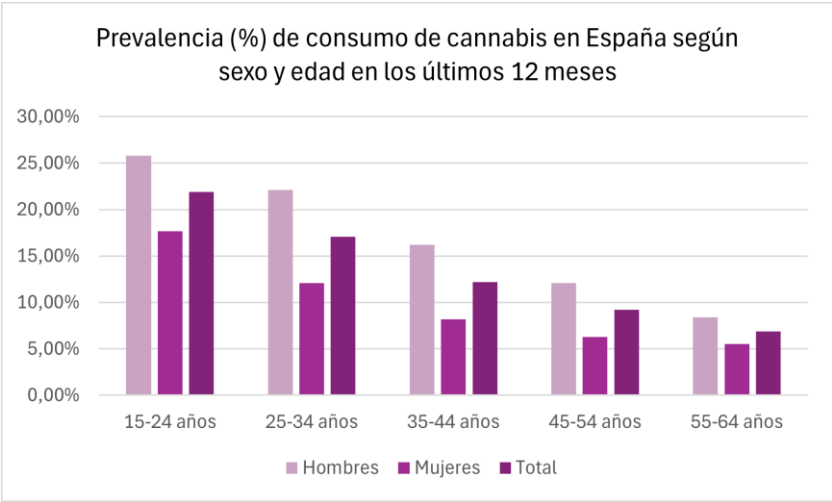
Fuente: Adaptado de OEDA, Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en Población General en España (EDADES) (2024).

Gráfico 5. Consumo de cannabis en los últimos 12 meses

La prevalencia del consumo de cannabis es bastante mayor en los hombres que en las mujeres, siendo la máxima en ellos un 25,8% y un 17,7% en ellas (gráfico 5). Ambas cifras se encuentran en el grupo de edad de 15 a 24 años. La tendencia en ambos sexos es de reducción del consumo a medida que aumenta la edad. Si tenemos en cuenta el

porcentaje total de la prevalencia de consumo de cannabis en todas las edades, de 15 a 64 años) hay casi un 7% de diferencia entre ambos sexos, teniendo las mujeres una cifra inferior (9,2%) a los hombres (16%).

Gráfico 5. Consumo de cannabis en los últimos 12 meses

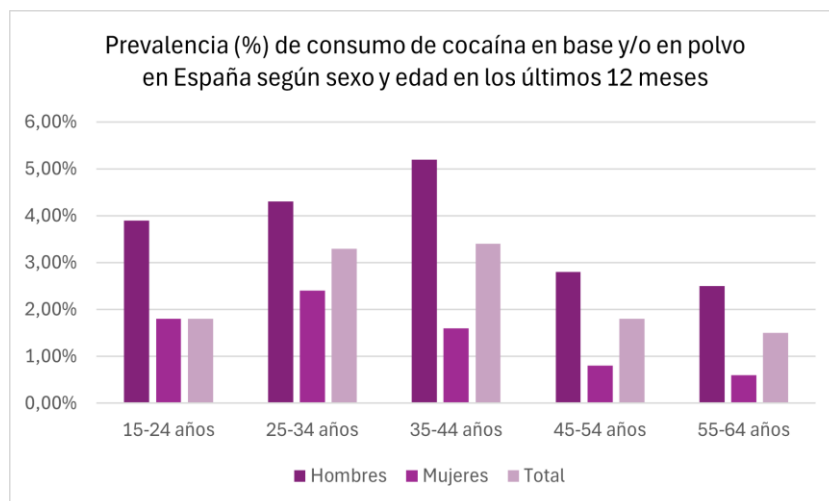


Fuente: Adaptado de OEDA, Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en Población General en España (EDADES) (2024).

Gráfico 6. Consumo de cocaína en base y/o en polvo en los últimos 12 meses

El consumo de cocaína ya sea en base y/o en polvo en los últimos 12 meses tiene una prevalencia de un 2,5%, siendo superior en los hombres (3,7%) respecto de las mujeres (1,3%). De hecho, los hombres tienen un consumo mucho mayor que las mujeres en los diferentes grupos de edades (gráfico 6). El grupo donde hay más diferencia en el consumo de las mujeres respecto al de los hombres es el de 45 a 54 años, ya que los hombres tienen una prevalencia del 5,2% mientras que las mujeres tienen un 1,6%.

Gráfico 6. Consumo de cocaína en base y/o en polvo en los últimos 12 meses

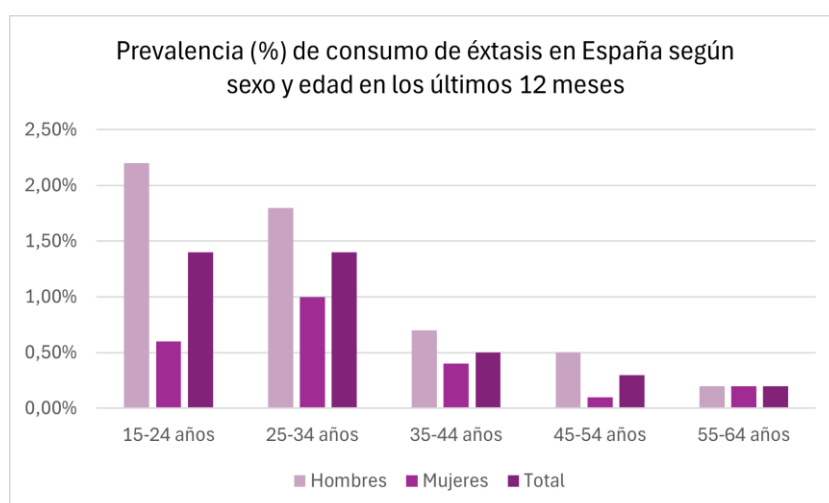


Fuente: Adaptado de OEDA, Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en Población General en España (EDADES) (2024).

Gráfico 7. Consumo de éxtasis en los últimos 12 meses

En cuanto a la prevalencia del consumo de éxtasis en los últimos 12 meses en España. El consumo de mujeres es muy inferior al de los hombres, excepto en las edades de 55 a 64 años, donde ambos sexos representan el 0,2%. Además, la prevalencia tiende a disminuir a medida que aumentan los años, aunque dos de los grupos (el de 25-34 años y el de 55-64 años) son en los que hay un aumento de la prevalencia y hacen que la tendencia no sea lineal (gráfico 7).

Gráfico 7. Consumo de éxtasis en los últimos 12 meses



Fuente: Adaptado de OEDA, Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en Población General en España (EDADES) (2024).

Anexo 2: Hechos del TLP explicado por el DSM-5

El DSM-5 propone 9 hechos diferentes de los cuales tienen que darse mínimo 5 de ellos para poder diagnosticar a una persona con TLP (Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5, 2014). Estos son los siguientes:

1. En primer lugar, la persona tiene que hacer esfuerzos desesperados con la finalidad de evitar el desamparo real o imaginado. Para este primer hecho no se tendrán en cuenta ni el comportamiento suicida ni el de automutilación, ya que forman parte del criterio número 5.
2. En segundo lugar, tiene que haber un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas, las cuales se caracterizan por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. En tercer lugar, la persona sufre una alteración de la identidad, es decir, hay una inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. En cuarto lugar, una impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente lesivas como pueden ser: el sexo, las drogas, los gastos, la conducción temeraria, etc. Además, como en el primer criterio, no se incluyen ni el comportamiento suicida ni el de automutilación, ya que se incluyen en el siguiente punto.
5. En quinto lugar, la persona tiene que tener un comportamiento, una actitud o amenazas recurrente de suicidio o de comportamiento de automutilación.
6. En sexto lugar, tiene que haber inestabilidad afectiva debido a una reactividad notable del estado de ánimo, por ejemplo, debido a episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad (normalmente duran unas horas, rara vez, más de unos días).
7. En séptimo lugar, hay una sensación crónica de vacío en la persona.
8. En octavo lugar, se producen enfados inapropiados e intensos o dificultad para controlar la ira, como, por ejemplo, la exhibición frecuente de genio, el enfado contante o las peleas físicas recurrentes.
9. En noveno y último lugar, que existan ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Anexo 3: Entrevistas transcritas

Entrevista 1: Antonio Jesús, educador e integrador social de Espai Ariadna

Laura: Buenas tardes, mi nombre es Laura André y soy estudiante del doble grado de Trabajo Social y Criminología en la Universidad Pontificia de Comillas de Madrid. Actualmente, estoy realizando mi Trabajo de Fin de Grado de Criminología sobre la relación entre violencia de género, el consumo de sustancias y la salud mental. Me gustaría hacerte algunas preguntas porque tu experiencia en el área de la violencia de género y el consumo de sustancias puede aportarme información valiosa. La entrevista, si estás de acuerdo, podríamos grabarla para facilitar el análisis posterior. Por último, quiero mencionar que toda la información se tratará con confidencialidad y, si lo prefieres, tu identidad puede mantenerse anónima.

Antonio: De acuerdo.

L: Antes de empezar con las preguntas, propiamente, puedes presentarte un poco si quieres.

A: Pues nada, soy Antonio Jesús Núñez Rivera, tengo 28 años y soy educador social, integrador y tengo un máster de adicciones. Actualmente trabajo en Espai Ariadna, que es un servicio para mujeres supervivientes de violencia machista y con problemática de adicción. Tengo experiencia en varios colectivos, pero sobre todo muy enfocada en personas sin hogar y salud mental y violencia de género y drogadicción.

L: Perfecto, pues vamos con las preguntas. Según tu experiencia, ¿hay diferencias entre los diagnósticos en salud mental de las mujeres víctimas de violencia de género? Es decir, una vez sufrida la violencia de género, ¿afecta esta de manera diferente a la salud mental?

A: Obvio, obvio, o sea sí. Porque creo, bueno lo he podido observar, ¿no? En plan el sufrir violencia de género a digamos que rompe, ¿no?, esa salud mental y muchas veces acaban diagnosticándole a estas mujeres después de salir de estas relaciones, que bueno... Me explico, les suelen diagnosticar... Por ejemplo, ahora mucha gente, a muchas mujeres con TLP (Trastorno Límite de la Personalidad) después de haber salido de una

relación tóxica y muchas de esas personas, esas mujeres no tienen por qué tener ese diagnóstico, es más bien por culpa de la relación que han tenido, ¿no? Yo lo veo así.

L: Y siguiendo un poco con esta pregunta, ¿hay diferencias en cuanto a salud mental dependiendo de si la mujer tenía o no diagnóstico previo a la violencia?

A: Sí, sí se nota porque cuando nos llegan las mujeres con salud mental ya diagnosticada anteriormente a las violencias que han sufrido, esta salud, o sea, este diagnóstico... Bueno, esta salud mental se agrava más todavía. Entonces, suelen tener más deficiencia a nivel cognitivo, más trastornos cognitivos, o sea, que afectan... que hace que sea agudice.

L: O sea, has comentado que a muchas ahora se les está diagnosticando TLP, pero, ¿este es el trastorno por excelencia o hay un diagnóstico más común?

A: Yo diría que por excelencia es la depresión y el TLP, el trastorno límite de personalidad, o sea, en el momento en el que, o sea, tú piensa que vienen de relaciones super tóxicas donde tienen tanto las emociones, los sentimientos, totalmente reprimidos y para mí el TLP es como una manera también ¿no? de sacar esa ira, de explotar y de pasar de cero a cien porque también es la conducta que han ido aprendiendo a lo largo de la relación. En plan, esos altibajos de ahora estoy bien y no sabe cómo, no sé cómo va a actuar mi agresor conmigo, entonces tengo que estar moviéndome siempre en estos picos, que acabas instaurándose ese comportamiento y después el médico te dice: ah, tienes TLP. No cariño, tienes TLP no. Hay que trabajar un poquito más, pero sí, sí, yo creo que lo que más diagnostican ahora a las mujeres es TLP.

L: Vale, y dándole un poco la vuelta a lo que hemos estado hablando hasta ahora, ¿en qué medida los trastornos de salud mental influyen en la vulnerabilidad de las mujeres a ser víctimas de violencia de género?

A: Vale, diría la dependencia emocional, sobre todo ¿no? O sea, cuando tú tienes una persona que tiene salud mental o un deterioro de su salud mental, va muy relacionado, digamos también con la autoestima... estoy depresiva, estoy triste, la autoestima se ve mermada. Entonces acabo generando más dependencia de mi agresor. También, el agresor utiliza, digamos, esa herramienta para hacerte creer que tú también vales menos y así tú también acabas... Es que es complicado, ¿vale? Claro, yo lo veo mucho en mi

mente, pero... El agresor utiliza esa herramienta de la salud mental para hacer también más débil, entonces tú te acabas creyendo también que tienes ese problema de salud mental.

L: Y, desde tu experiencia, ¿qué señales indican que una mujer víctima de violencia de género y con adicción puede tener también problemas de salud mental?

A: O sea, ¿qué con relación tienen?

L: No, ¿qué síntomas o qué cosas te hacen pensar: esta mujer tiene problemas de salud mental?

A: Uau. A ver... bueno, yo a la hora de hablar con esa persona, yo lo noto, no sé por qué, pero se nota ¿no? En plan su manera de relacionarse es su manera de expresarse, es su mirada. Yo lo noto mucho en la mirada, sé cuándo tiene una enfermedad mental o cuando tiene un problema de salud mental, es decir, por ejemplo, cuando tienes una depresión a cuando tienes por ejemplo, una esquizofrenia, eso yo siempre lo he notado en la mirada, en tu manera de relacionarte, de expresarte. Y... bueno, en... también afecta un poco en cómo tienes los pies en la tierra, en plan... lo estoy comprando con una mujer que tenemos ahora, que es como vive, disociada. Pensábamos que vivía disociada, pero aparte de que vive disociada, también tiene una salud mental muy heavy. Entonces, como que no está aquí, parece como si fuese un ente. Entonces yo diría más o menos eso.

L: Y, en tu opinión, ¿cómo describirías la relación entre violencia de género? Consumo problemático, distancias y problemas de salud mental en las mujeres. ¿O sea, crees que estos factores se alimentan mutuamente? ¿Crees que uno de esos factores es desencadenante de otros?

A: Yo creo que puede ser desencadenante, pero a la vez también están relacionados porque una mujer que consume tiene un consumo excesivo y problemático, puede desarrollar un problema de salud mental. Está relacionado, vamos, y a la vez al desarrollar un problema de salud mental también puede generar un problema de tener relaciones tóxicas y depender de un agresor. Es que, claro, yo lo veo super relacionado. Una mujer que tiene salud mental puede consumir y puede también tener relaciones problemáticas. O sea, yo creo que está todo relacionado, la el consumir hace que sí

tengas más probabilidades de que tengas problemas de salud mental. Pero, al fin y al cabo, creo que está todo relacionado, porque una mujer con salud mental puede consumir, puede agravar esa salud mental y puede crear dependencia del agresor. Pero una mujer que no tiene problemas, solo mental, también se los puede crear y una mujer que entra en una relación tóxica también puede crearse un problema de salud mental solo por el hecho de tener una relación tóxica. Es complicado... (entre risas)

L: Sí, un poco. Y, desde tu experiencia, ¿cuáles son los momentos o los espacios en los que las mujeres víctimas de violencia de género consumen? ¿O sea, hay espacios claves?

A: Vale, bueno, mira, esto lo veo mucho, por ejemplo, en los grupos de adicciones de Espai Ariadna. Es diferente de la relación que tenga la mujer con la sustancia y la mujer y la relación que tenga también con el agresor. También el momento vital es, es diferente, pero normalmente lo que he ido observando es... normalmente el agresor, muchas veces hace que la mujer que la mujer consuma para tener mayor control sobre ella, es decir, el agresor quiere conseguir algo de esta mujer, la obliga a que consuma, así es mucho más fácil acceder. Por ejemplo, en plan quiero conseguir sexo, pues la drogo para que esta mujer sea mucho más fácil a la hora de yo conseguir lo que quiero como agresor. Y también después de sufrir las agresiones. Una vez que ya ha sufrido la agresión, la paliza o el maltrato o el gas lighting, es muy típico que la mujer acabe consumiendo para evadirse del problema y sentirse un poco más comprendida por ella misma. Yo creo que son esos puntos más... bueno, y también en la luna de miel, en el ciclo de la violencia en la luna de miel, también es típico después de una agresión viene la luna de miel y ahí es típico también depende de en qué relaciones tóxicas el consumo con la mujer y hago las promesas típicas, de que no va a volver a pasar, no sé cuánto, pero tiene que estar la droga de por medio para hacer que eso sea más creíble.

L: Entonces, ¿tú crees que este consumo lo suelen hacer solas o acompañadas? O, ¿depende un poco del momento?

A: Depende del momento, del contexto, del momento vital, de en qué etapa de la relación esté y depende también de en qué etapa del ciclo esté, porque no es lo mismo estar, cómo he dicho antes, si estoy en la luna de miel, la luna de miel siempre es con el

agresor, pues ahí consumirá con el agresor. En la explosión, ha discutido con el agresor, entonces, ahí, normalmente, la mujer suele consumir sola.

L: Y, ¿existen momentos específicos (antes, durante o después de episodios de violencia de género) en los que el consumo de sustancias se intensifique? Entiendo que después de la explosión es cuando más consumo hay.

A: Sí, claro que depende, es lo que te dicho, o sea, depende de las mujeres. Depende de la relación que tenga con el agresor, porque ya te digo, en los grupos de adicciones he observado que había mujeres que consumían, sobre todo después de la agresión, después de la explosión, y había otras que no, que consumían en la luna de miel. Entonces es que depende de la relación y del ciclo que tengas. El ciclo de la violencia, pues dentro, el ciclo del consumo.

L: Y, ¿cuáles son los mayores, o más comunes, factores de riesgo que tienen las mujeres víctimas de violencia de género con adicciones y problemas de salud mental?

A: Uau. Vale, voy a empezar desde lo más amplio a lo más individual. El patriarcado: el hecho de que te hacen... eres una mujer lamentablemente nacida en este mundo entonces pues eso también influye muchísimo. El Patriarcado recoge todo lo que es como te han hecho creer que tienen que ser las relaciones, hasta qué punto tiene que aguantar que una bofetada es porque te quiere, ¿no? que el amor duele... todo eso. Es que es complicado, ¿eh? Vale, la familia. O sea, pierden la red familiar. La soledad, al fin y al cabo, ¿no? Acabas dependiendo de esta persona porque no tengo a nadie más. O sea, la pérdida de la familia y también la pérdida de sí mismas, o sea, se anulan como persona. Bueno, la anulan como persona. La dependencia hacia el agresor y la dependencia hacia la sustancia. Yo diría que son los principales... y también en el caso de mujeres que tienen hijos, yo diría: los hijos. En plan, muchas mujeres aguantan también porque no pueden darle una mejor vida a esos hijos entre comillas, que se resume sobre todo en la libertad económica. Esa violencia, esa violencia económica que hace el agresor hacia la mujer y la mujer, pues se lo acaba creyendo.

L: ¿Y crees que existen factores de protección que puedan reducir esta probabilidad de que una mujer víctima de violencia de género y con consumo tenga problemas de salud mental?

A: Sí, la red de la familia. Los centros de acogida, por ejemplo, para mujeres supervivientes de violencia machista y el SESMA (se dice así en Cataluña, claro, ahí no sé), que están especializados o el SARA o el CIS, que están especializados para mujeres con salud mental. Yo diría que eso, pero sobre todo tener red de apoyo.

L: ¿Y crees que es importante tratar la violencia de género, las adicciones y los problemas de salud mental de manera simultánea o crees que es mejor tratar primero uno y después otro? Y, ¿por qué?

A: Es que son intersecciones, o sea es una interseccionalidad. Las atraviesa todo, las tres a la vez, por lo mismo. Pero yo creo que hay que trabajarlo por separado, pero a la vez también junto, por ejemplo, en Espai Ariadna hacemos los grupos: trabajamos violencia, adicción y empoderamiento. Pero a la vez se están correlacionando entre sí porque en el de adicción siempre acaba saliendo la violencia, en el de violencia siempre acaba saliendo a la adicción y en todos acaba saliendo el empoderamiento. Entonces creo que de manera individual hay que trabajarlo también... Las terapias psicológicas hay que trabajarlo más en de manera individual y en los grupos, de manera individual y colectivo. Es que está todo relacionado, al fin y al cabo.

L: Y, ¿crees que existe un patrón en las mujeres que sufren violencia de género y tienen problemas de salud mental y consumo de sustancias?

A: Sí, diría que sí. El ciclo de la violencia, el ciclo del consumo por eso llama ciclo porque está científicamente comprobado, que pasa en todas las mujeres que sufren violencia de género. No sé si existe un ciclo como tal en las mujeres, que sí que sufren, que tienen en salud mental, pero yo creo que sí, que está totalmente... que es un ciclo. Que es cíclico, siempre se repite en todas las mujeres y todos los agresores, al fin y al cabo, es que son iguales, hacen siempre lo mismo.

L: ¿Qué papel crees que tiene la salud mental en la forma en que las mujeres víctimas enfrentan el consumo?

A: Vale, diría que el 100 por 100, o sea... Vale, te voy a poner un ejemplo de una chica que tengo ahora. Lleva escuchando voces desde que inició el consumo. Trabajando nos hemos dado cuenta de que esa voz es la voz de su padre, que la maltrataba desde pequeña, diciéndole no vales, diciéndole cosas negativas. Entonces ella consume para

callar esa voz. Entonces creo que juega un papel fundamental, porque si tú tienes alguna voz, continuamente hablándote, diciéndote, no vales nada, no vales nada, no vales nada y, concretamente, te metes una raya de coca y esa voz se para, pues obviamente yo voy a consumir cada día una raya de coca para parar esa voz. Entonces creo que está totalmente relacionado.

L: Pues muchas gracias, Antonio por tu tiempo y por responderme a estas preguntas.

Entrevista 2: Carmen Martínez, trabajadora social del CSM del Hospital Ramón y Cajal

Laura: Buenos días, mi nombre es Laura André y soy estudiante del doble grado de Trabajo Social y Criminología en la Universidad Pontificia de Comillas de Madrid. Actualmente, estoy realizando mi Trabajo de Fin de Grado de Criminología sobre la relación entre violencia de género, el consumo de sustancias y la salud mental. Me gustaría hacerte algunas preguntas porque tu experiencia en el área de la salud mental puede aportarme información valiosa. La entrevista, si estás de acuerdo, podríamos grabarla para facilitar el análisis posterior. Por último, quiero mencionar que toda la información se tratará con confidencialidad y, si lo prefieres, tu identidad puede mantenerse anónima.

Carmen: Vale, sí, yo doy mi consentimiento para grabar y... Soy Carmen Martínez Mena, trabajadora social del centro de salud mental de Ciudad Lineal y llevo justo en este centro seis años y medio. Aquí tratamos temas de todo tipo, porque la salud mental también viene por repercusión de otras muchas patologías y otras muchas circunstancias sociales.

L: Perfecto. Según tu experiencia, ¿hay diferencias en los diagnósticos de salud mental en las mujeres víctimas de violencia de género? Es decir, una vez sufrida la violencia de género, ¿afecta esta de manera diferente a la salud mental?

C: Pues sí, la verdad es que... bueno, yo soy de las personas que están en contra de que las mujeres víctimas de violencia de género, solo por esto, entren en salud mental, ¿vale? Aunque los protocolos, casi siempre, los da un psicólogo, un psiquiatra, en urgencias, pero a mí me preocupa porque esto luego afecta mucho a los temas legales sobre los

hijos, sobre cuando hay luego un, hay que hacer un juicio... Entonces, realmente, tiene que ver, pues claro, todo lo que tiene que ver con la violencia de género con la contención que hay en las casas o con la situación que hay en las casas, sí repercute en la salud mental. Pero no en la salud mental propiamente dicha, sino, bueno, en la situaciones de los sentimientos, de cómo se encuentra la gente. En principio, pues, se puede provocar una depresión, lógicamente, pero bueno, eso le puede pasar a cualquiera. Sí, todas las circunstancias que tienen que ver con la violencia de género, pues, tienen que ver con que tu personalidad no se está desarrollando como tú quieres o con la libertad, no se está respetando tu autonomía como persona, y claro, esas cosas al final sí repercuten en la salud mental, por lo menos temporalmente, ¿vale? Luego, lo que pasa es que todo el tema psicológico se mantiene mucho como trauma, podría ser luego un trauma, y depende de las mujeres, de la educación que hayan tenido, sus antecedentes, en el tiempo que tarda en recuperarse. Pero sí, sí, que puede repercutir, no para toda la vida, pero sí que puede repercutir importantemente.

L: Y siguiendo un poco con la pregunta anterior, ¿hay diferencias en cuanto a salud mental dependiendo de si la mujer tenía o no diagnóstico previo a la violencia?

C: Bueno, eso realmente no está demostrado y yo en el tiempo que llevo aquí, mi experiencia, no. Pero sí es verdad que las mujeres vulnerables, por cualquier cosa, incluso por salud mental, son más proclives a tener, a sufrir violencia de género, eso sí es verdad. O sea, son mujeres que están dentro del campo igual que las embarazadas, o las que tienen un grado de discapacidad, son mujeres que sí que entran más. ¿Por qué? pues porque ya tienen un, vienen ya con una situación de poco empoderamiento y entonces sí que es posible que esto derive, o sea, lo que ya tenía antes, se empeore con esta situación. Sí, bueno, la verdad que yo casi lo veo más en el entorno de la educación y de la resiliencia de las personas, más que nada. Pero sí, sí, puede tener que ver, claro, no se puede descartar nunca nada.

L: Y, ¿cuál dirías que es el principal diagnóstico que presentan las mujeres víctimas de violencia de género?

C: Pues yo creo que, normalmente, depresiones recurrentes. Como diagnóstico, depresiones recurrentes, nunca llegan a lo que es el diagnóstico de esquizofrenia o tal,

porque esos son diagnósticos ya de salud mental como pacientes tales. Sí que mujeres que tengan esquizofrenia pueden sufrir violencia de género, perfectamente, pero no tiene que ver, o sea, la violencia de género con una enfermedad o una patología pura de salud mental. Sí que pueden sufrir, pues, depresiones recurrentes, trastornos de la personalidad u otras patologías que tienen más facilidad para recuperarse, pero que sí que tienen que ver con su relación con la sociedad y cómo se desarrolla su vida dentro de la comunidad. Y eso, claro, si, por ejemplo, un trastorno de la personalidad o una depresión recurrente te va dejando poquito a poco vulnerable y vas saliendo de lo que es, vas entrando en exclusión social, que eso sí que sería una repercusión, claramente.

L: Y, dándole un poco la vuelta a lo que hemos estado comentando hasta ahora, ¿en qué medida los trastornos de salud mental influyen en la vulnerabilidad de las mujeres a sufrir violencia de género?

C: Pues depende de trastorno de salud mental pero, en principio, cuando son patologías que te mantienen bastante depresiva o con tristeza importante, sí, sí, porque son víctimas fáciles para violencia de género, son mujeres que se dejan llevar, que pueden, incluso, en cuanto las apartas un poquito de lo que es la vida normalizada, en cuanto las apartas un poquito, pues ya estás provocando que su situación empeore y que su salud mental entre en declive, claramente. O sea que, son mujeres vulnerables ya de por sí y son doblemente vulnerables. O sea que sí, que sí que afecta.

L: Y, basándote en tu experiencia, ¿qué señales indican que una mujer víctima de violencia de género pueda, también, tener problemas de salud mental?

C: A ver, de momento ya te voy a decir una cosa: a mi no me gusta mezclar la violencia de género con la salud mental, ¿vale?, en principio. A ver, por ejemplo, un caso, te pongo un ejemplo. Aquí viene una señora que... era una chica colombiana que había sufrido... o sea, venía diciendo, lo que ella expresaba por su boca era que había perdido al memoria, que no se podía relacionar con la gente bien y tal, por eso la vio la psiquiatra y me la mandó a mí. Cuando yo al vi aquí, ella en ningún momento dijo que sufría violencia de género, o sea, quiero decirte, hay un punto importante que es que muchas mujeres no son conscientes de que esto le viene porque están sufriendo violencia de género, o sea, no tienen esta conciencia. Entonces, ¿qué es lo que pasa?: que ellas

somatizan toda esa situación en enfermedades, ¿vale? Puede ser, pues esto: salud mental, una depresión, o pueden ser dolores corporales o pueden ser otras miles de cosas. Por eso siempre decimos que la atención primaria es muy importante que tenga siempre la vista puesta en estas circunstancias. Entonces, esta señora vino diciendo que se le había olvidado cómo hablar, que se había vuelto tonta, vamos, que era una mujer que en su país había trabajado en la banca y que aquí en España no trabajaba en nada porque no era capaz, que ya prácticamente te hablaba poco, no veía las palabras claramente, los significados de las palabras. Y, entonces, ahí, rascando, rascando, ya pudimos ver cuál era su entorno. El entorno era un entorno muy muy coercitivo y ella no lo sabía, no era consciente, o sea, la persona con la que vivía solo la dejaba venir a salud mental. ¿Por qué? porque, al fin y al cabo, eso como que apoya, como que apoya un poco el hecho de que los maltratadores digan: no es que esta mujer no está bien. Por eso, a mí, me da mucho miedo mezclar la violencia de género con la salud mental. No quiero que nadie se pueda apoyar en esto para demostrar nada que no es. Entonces, por ejemplo, esta mujer, lo que te digo, venía mal, venía contándonos la pérdida de la memoria, como una especie de deterioro orgánico que realmente no tenía, tenía 35 años, no era lógico. Y tras hablar mucho con ella vimos que no, que no, que lo que estaba pasando es que había una situación de violencia en su casa. No era física, claro, cuando no es física pues la gente no la, no la valora, en fin. Aunque hemos avanzado mucho en esto, no la valora como violencia y sí que existe porque, además, la violencia emocional es una violencia que se mantiene en el tiempo, la psicológica, se mantiene, es mucho más duradera, te deja mucha más huella. Pues, por ejemplo, mujeres que vienen aquí y que se les ponga alguien detrás, o respirar, o un olor, les trae... entonces se recupera el trauma, que es como se trabaja aquí. Entonces, ya digo, que yo en principio no quisiera mezclar, ¿vale? Pero sí que es una pescadilla que se muerde la cola, que es: vulnerabilidad, una situación complicada y, al final, la salud mental se ve repercutida. ¿Por qué? Sobre todo, porque te tienes que convencer a ti misma de que lo que estás viviendo es normal y no lo es. Entonces, alguien tiene que sacarte de ahí, ¿vale? Entonces es el tema, es por lo que pasa. O sea, te tienes que convencer de que aunque a gente te diga que eso no es normal, para ti tiene que ser normal porque es donde vives todos los días. Entonces, sí que es verdad que puede afectar a lo que es la percepción de cómo es la vida o de qué cosa es buena y de qué cosa es mala. O sea, el tema de la justicia o de

lo ético, de lo moral, sí que afecta mucho porque te hace dudar. Y, entonces, al final tienes que convencerte de que... y, además, tienes que convencerte no solo de eso, sino de que además tú tienes la culpa de que ese maltratador sea un maltratador. Por eso es una pescadilla, es un círculo vicioso del que es muy difícil salir, ya lo sabéis, porque a veces... esta chica que te he contado, la hemos sacado después de un año y medio, salió del maltratador, pero a los seis meses quería volver con él, porque hay una especie de paternalismo que... por ejemplo, una mujer con mucha depresión, que socialmente... una depresión recurrente, vamos a poner que sea una patología de salud mental, una depresión recurrente, está solita y llega una persona y parece que le da cariño, pues me quedo con este. Le maltrata pero sigue siendo la única persona que le da cariño. Es por eso por lo que es muy importante ver 360 del entorno de la persona. Y te digo que ellas no son conscientes, la mayoría, vienen con su patología de depresión, porque creen que ellas son mujeres deprimidas, que no tienen capacidad de hacer nada, que realmente son tontas... que no es que se lo digan, que es que es verdad. Y entonces, creerse todo esto sí que afecta a la salud mental, claro. Pero ya te digo, que a mí me preocupa el hecho de que se mezcle por las repercusiones legales que puede tener luego.

L: Y, en tu opinión, ¿cómo describirías la relación entre violencia de género, consumo problemático de sustancias y problemas de salud mental? O sea, ¿crees que estos factores se alimentan mutuamente o que uno es el desencadenante de otros?

C: A ver, pueden ser las dos cosas: desencadenantes y alimentarse. Mira, una mujer que ha traído un aprendizaje en su vida o que ha vivido el maltrato ya en su familia, ¿vale?, y ha aprendido que esto se puede normalizar, ya es víctima, y entonces ya, esa violencia de género, desencadena pues, a lo mejor: ¿qué hago yo para salir de esta situación para salir, aunque sea un ratito? Pues alguna sustancia a lo mejor me viene bien. Yo fíjate, me acuerdo que en los años 60/70 había un medicamento que se llamaba Optalidon que muchas mujeres se levantaban por la mañana con el Optalidon, ¡eh! En los años 60/70 que era... bueno, se retiró ¡eh! O sea, era una pura droga, pura, pura, y se compraba en la farmacia. Esto era lo que después ha sido... ¡ai no me acuerdo al medicamento de la depresión, que hay... que después, muchas mujeres han ido al médico a pedir. Bueno, todo esto, ¿quién lo desencadena?: una situación vital que no es la que yo quería, mis expectativas no se cumplieron. Entonces, aquí en este caso es desencadenante. O sea,

yo a una vida que yo creía que tenía, no tengo y entonces, con tal de vivir el día a día y de terminar el día lo mejor posible, o por lo menos, que yo tenga un minuto de paz. En el caso de que una mujer ya venga de haber normalizado, en una infancia en una casa con maltrato y tal, pues llega a una vida igual que esa, pero, sus expectativas, por muy pequeñas que sean, pues no se cumplen, entonces, necesita, entonces es desencadenante. Otras veces, pues, no. Simplemente que la persona se encuentra de golpe con un maltratador y tiene que aguantar eso. Entonces, a veces, para aguantar eso, acude uno al médico porque considera que está enfermo. Entonces, sí que pueden ser las dos cosas. También, ten en cuenta que para tener relación con las drogas, por ejemplo, con las drogas habituales (cocaína, heroína, etc), tienes que haber tenido anteriormente ya un conocimiento. Una mujer que no ha tenido nunca relación con las drogas no desencadena en esa situación, porque tiene que ir a buscarla, tiene que conocer el sitio, entonces es muy raro. O sea, si ya vengo de un mundo en el que existía esto y sé cómo localizarlo, sí que esto puede empeorar. O sea, yo puedo intentar abusar más de sustancias para vivir un poquito mejor, en lo poquito que pueda. Cuando no he venido de eso, no es desencadenante. Ahí lo que es, es que simplemente se produce el choque de: ¿qué es esto?, ¿qué hago aquí?, pero tengo que quedarme y ¿cómo sobrevivo en todo esto? Entonces ahí sí, pues, viene la depresión y, a lo mejor, pues el médico te manda una medicación y puedes abusar de ella, pero no como... simplemente por salir de esa situación. O sea que podría pasar, pero vamos, las mujeres que toman droga, ya vienen del mundo de la droga anterior a la relación de violencia de género. Generalmente, pues empeora la situación seguro. Y las que no, pues buscan un poco una salida, ¿vale? Entonces, pues bueno... es que la violencia de género es tan amplia, tan amplia, los casos son tan amplios que: somos todo tipo de mujeres, todo tipo de mujeres, que te cruzas en el mundo con un maltratador y ahí tu vida se va adaptando a esa situación. Yo conozco mujeres, por ejemplo, muchas mujeres con estudios superiores que no han podido separarse porque sus familias no las han aconsejado que se vayan, por el tema social de lo que significa separarte. Otras veces es por un tema de economía, vivo... este señor ha hecho que yo dependa de él, como le pasaba a esta chica que te contaba antes. Si me voy de aquí, me voy sin nada, me voy con lo puesto y eso da miedo. Por eso a veces buscan otra vez, lo que te decía, buscan al maltratador para conseguir este poquito, porque vivir en la calle no es fácil. Si tengo hijos ya... imposible.

Entonces, a veces, funciona así, a veces es desencadenante, pero has tenido que tener... o sea, el desencadenante, has tenido relación, pero no has querido usarla y viene por otra vía y cuando has tenido relación anteriormente pues conoces la vía y la utilizas más, claro.

L: Y, ¿crees que hay momentos o espacios concretos en los que las mujeres víctimas de violencia de género consuman más?

C: A ver, yo creo que las mujeres víctimas de violencia de género tienen muy poquitos espacios, empezando por ahí. O sea, generalmente solo tienen un espacio que es la casa. Ahí, la mayoría de las mujeres víctimas de violencia de género, en España, no son consumidoras, no, no. Es decir, pueden tomar las medicaciones que le da el médico, porque estoy muy deprimida, estoy muy triste, le cuentan esta milonga y pues... ahí sí, pero el espacio único suele ser... porque el espacio laboral, o sea, porque podríamos tener también el espacio laboral como el otro único espacio que podríamos tener... en el espacio laboral, depende de cuál sea el espacio y tú intentas normalizar al máximo para que nadie se dé cuenta de lo que está pasando. Entonces, ahí, si eres consumidora, lo vas a hacer fuera del espacio laboral, antes de llegar, por lo menos, y si no lo eres, pues no lo vas a hacer. Pero los espacios en violencia de género son muy pequeños, o sea, no podemos decir: espacio de amigos. Generalmente la violencia de género te limita los amigos, solamente ves a los amigos que esa persona quiere que tú veas. El espacio familiar también se quita, y tampoco podrías tomar nada porque ahí estaría gente que tú... al menos lo que te he dicho antes, al menos que tú ya seas consumidora o que tu contexto de vida hayan sido consumidores, hermanos o amigos, en este contexto. Pero, generalmente, ellas tienen pocos espacios donde hacerlo y todo se hace dentro de la casa porque es el momento donde no hay nadie y en el que tú puedes ser y hacer un poquito lo que tú quieras, aunque tampoco es eso, pero bueno, un poquito así.

L: Entonces, ¿crees que las mujeres víctimas de violencia de género suelen consumir solas o acompañadas?

C: No, no, generalmente solas, solas, solas. O sea, las mujeres víctimas de violencia de género son muy solitarias. Y si hablamos de una consumidora habitual, una chica consumidora habitual... es que los consumidores tienen momentos de crisis pero afecta

tanto a hombres como a mujeres. Yo la violencia de género la separaría totalmente de todo lo que pueda justificar eso y una sería el consumo. Entonces, si eres una consumidora anterior y te has casado con un maltratador y os vais a consumir juntos o te va a obligar a consumir, él, que es otro tipo de maltrato, pero en una pareja que sea consumidora aun más. Yo por ejemplo, aquí tuve una chica que la obligaban a consumir, la obligaba él a consumir, pues no sé, porque quería que compartiese eso con ella. Pero luego, ella había sido consumidora anteriormente. O sea, no es que hubiese empezado en la relación, sino que ya venía ya del consumo. Entonces, si hubiera querido dejarlo no hubiera podido porque tenía esta pared y como tampoco podía salir de ese contexto era muy difícil. Entonces, depende, si se está con una pareja consumidora, pues posiblemente que haya consumo para compartir esto o yo que sé qué, estas cabezas no sabes cómo funcionan, las de los maltratadores. Pero, sino, tú vas a consumir, por ejemplo tomarte una pastillita, de esas que te hagan un poco descansar, lo vas a hacer dentro de tu casa y en el ámbito privado. Porque ten en cuenta que la violencia de género sigue estando... cuando ya la violencia de género sale al ámbito público, échate a temblar, ahí ya, cuando el marido te maltrata en el exterior, tú ya estás casi en riesgo vital. O sea, ello sucede dentro de la casa, en general.

L: Y, ¿crees que hay momentos específicos (antes, durante o después) de la violencia en el que se intensifique el consumo?

C: Sí, puede ser, puede ser que en el momento de explosión, bueno, si conoces el círculo de la violencia de género...

L: Sí.

C: vale, pues puede ser que en el momento de explosión, porque tú, para salir de ahí necesitas apoyos. Los apoyos, generalmente, no pueden venir de otras personas que estén en este ambiente, porque no te darían confianza. Para ti la confianza es alguien que esté fuera, que demuestre que es fuerte, que va a poder ayudarte a salir, que te va a dar la mano y va a poder tirar de ti del agujero. Entonces, puede que en el momento de explosión, dentro de la casa, puede ser que sí. El momento de explosión, ya sabes que las mujeres víctimas de violencia de género controlan de maravilla el momento de explosión, o sea saben lo que va a pasar cuando pasa, entre otras cosas, y cómo va a

acabar. Entonces, es verdad que si ha pasado algo en la casa durante el tiempo que hayan estado ellas fuera o solas o no han estado con la pareja y saben que va a repercutir, sí es posible que se utilice para apaciguar o atenuar lo que es la explosión, es posible.

L: Y, ¿cuáles crees que son los mayores, o los más comunes, factores de riesgo que tienen las mujeres víctimas de violencia de género con adicciones y con problemática de salud mental?

C: Pues, pueden ser: el maltrato en sí, también los hijos, quizás, o sea, el hecho de que tengas unas responsabilidades y no sepas cómo... o sea, te debas a alguien, tengas que salvar a alguien y no te puedas salvar tú, y no te pueda salvar nadie, puede ser que sea eso. Y, factores de riesgo, también puede ser la intolerancia o la incomprensión de la familia, cuando tú vas o pides ayuda de la manera que puedes, eso también puede ser. Y luego, las instituciones, que ya podríamos decir fuera de la familia o fuera de todo, podría ayudarme la institución, y tampoco o a lo mejor te pone muchas pegas... en esos momentos de mucha depresión o de no ver que salgo, eso serían los factores de riesgo que más ayudarían al consumo.

L: Y, dándole la vuelta, ¿cuáles crees que son los factores de protección que reducen la probabilidad de ser víctima de violencia de género con consumo problemático de sustancias y de salud mental?

C: Los factores de protección en violencia de género tienen que ser personas externas a la violencia, con capacidad de darte la tranquilidad de que esas personas pueden darte confianza, compartir contigo esto que está pasando. Entonces, serían espacios seguros, por ejemplo, este despacho, es un espacio seguro. O los recursos de violencia de género son espacios seguros. Y esos serían los sitios en los que tú podrías tranquilamente, sin consumir nada si es que fueras consumidora... te pongo por antemano que no creo que se pueda mezclar la violencia de género y el consumo, pero en el caso de que se mezclara... serían sitios fuera del entorno de la violencia de género. Estos son espacios seguros donde tú no necesitarías consumir para contar o para sentirte bien. Ten en cuenta que todo el tiempo de la violencia de género, todo el espacio, es inseguro, o sea, se necesitan manos, ayudas, medicación o lo que sea para seguir adelante y para tirar para adelante.

L: Y, ¿crees que es importante tratar la violencia de género, las adicciones y los problemas de salud mental de manera simultánea o crees que es mejor abordar primero uno y después el resto? Y, ¿Por qué?

C: No, creo que hay que abordarlos a la vez, es mi opinión. Creo que sí, creo que tienes que hacer una base con los tres y de ahí para arriba, pero con los tres juntos. Porque si tú tienes un factor de que es una persona consumidora y empiezas a dejar el consumo, es posible que mejore su situación de violencia de género, podría ser, aunque yo no creo porque seguirá estando con el maltratador. Podría repercutir en el hecho de que a lo mejor sea más consciente o sea capaz de encontrar alguna opción fuera más creíble, podría ser. Pero claro, seguiría siendo vulnerable, o sea habría que apoyar para dejar el consumo con... potenciarla como persona y ofrecerle, fuera, algunos recursos. Entonces, posiblemente, si fuera, por ejemplo, si no dejas de consumir pero te empoderas, podría ser, pero tienes el consumo que te va a hacer caer. Entonces, yo creo que el consumo hay que intentar que sea lo primero, porque dejar el consumo sería la opción que te daría la claridad mental, pero, tiene que ir todo junto. Y es que de hecho, una mujer una vez deja de consumir, se empieza a empoderar, va a tener más opciones sociales externas y entonces, habría que verlo todo un poco junto. Pero vamos, el consumo habría que eliminarlo lo primerísimo e intentar desde ahí tirar.

L: ¿Y crees que existe un patrón en las mujeres que he sufren violencia de género y que tienen problemas de salud mental y de consumo?

C: Desde luego, desde luego que si existe el consumo ya hay un problema de salud mental claro y ya hay un problema de vulnerabilidad que te va a llevar a la violencia de género. Definitivamente, sí, es un patrón clarísimo. O sea, puede haber mujeres que consuman y sean muy potentes, yo no las he visto, pero puede ser que haya. Pero ya el consumo te hace vulnerable y, a la vista de un maltratador, te tiene en sus manos. A parte, el consumo es algo que puede ser una moneda de cambio para mantenerte dentro de la violencia de género. O sea que sí, que sí, es un punto clave: mujer vulnerable, consumidora y, ya, maltrato, seguramente. No solamente en violencia de género, maltratos generales, de la sociedad.

L: Y, por último, ¿qué papel crees que juega la salud mental en la forma en que las mujeres víctimas de violencia de género enfrentan o responden al consumo?

C: Es muy importante, o sea, juega un papel muy importante la salud mental. A partir de, por ejemplo, que recibas los cuidados de un profesional, psiquiatra, psicólogo, quien sea de salud mental. Una vez... primero hay que detectarlo, o sea, que existe un problema de salud mental, ha venido por varias cosas, pero está ahí. Si yo trato el problema de salud mental, puede ser que el resto de las cosas, también.... pero a la vez, como hemos dicho antes, tiene que saber, pero es verdad que el problema de salud mental hay que verlo y hay que intentar atajarlo dándole unas opciones... es que es tan complicado separarlo todo... pero, a lo mejor, dando estas pautas para que mejore en salud mental pueda mejorar, también, por repercusión, el resto de las cosas. Pero es que es un paquete muy importante y muy difícil de separar. Ahora ya te digo, la mayoría de las mujeres que yo he visto aquí de violencia de género no son consumidoras, por lo menos de lo que se llama droga, sí de medicaciones pero no de lo que se llama en sí droga. Sí que se pueden hacer adictas, por supuesto, a medicamentos de tipo relajantes y de descansar, por supuestísimo, pero es que es lo único que tienen. O sea, en el fondo son adictas. Y el problema de muchas mujeres es que no saben que esta adicción les ha venido por haber tenido una situación que no entienden y que no son capaces ellas solas de sostener eso.

L: Perfecto, muchas gracias.

C: Bueno, gracias a ti.

Entrevista 3: Alba Sedano, trabajadora social de Espai Ariadna

Laura: Buenos días, mi nombre es Laura André y soy estudiante del doble grado de Trabajo Social y Criminología en la Universidad Pontificia de Comillas de Madrid. Actualmente, estoy realizando mi Trabajo de Fin de Grado de Criminología sobre la relación entre violencia de género, el consumo de sustancias y la salud mental. Me gustaría hacerte algunas preguntas porque tu experiencia en el área de la violencia de género y la patología dual puede aportarme información valiosa. La entrevista, si estás de acuerdo, podríamos grabarla para facilitar el análisis posterior. Por último, quiero

mencionar que toda la información se tratará con confidencialidad y, si lo prefieres, tu identidad puede mantenerse anónima.

Alba: Vale, genial, sí, no hace falta que mantengas la identidad anónima.

L: Bueno, antes de empezar con las preguntas, si quieres, puedes presentarte un poco y explicar un poco quién eres o a qué te dedicas, qué has estudiado.

A: Vale. Bueno, yo soy Alba Sedano Mateo, soy trabajadora social. Llevo trabajando en el área de feminismo e igualdad desde hace 8/9 años, 8 años ya. Soy integradora social, tengo estudios de Psicología, y los roles principales son de trabajadores social. He estado relacionada con el ámbito de la intervención desde la igualdad, desde mis inicios y luego, aparte también, pues tengo especialización en el área sobre todo de consumo problemático de sustancias y pues por lo consiguiente también, pues de la patología dual, de la salud mental, de cómo interfiere la salud mental con el consumo problemático de sustancias. Luego, aparte, estoy haciendo proyectos de investigación justo sobre salud mental y violencia y soy docente adjunta de la Universidad de Barcelona. Así como titular (entre risas).

L: Según tu experiencia, ¿hay diferencias entre los diagnósticos en salud mental de las mujeres víctimas de violencia de género? Es decir, una vez sufrida la violencia de género ¿afecta esta diferente a la salud mental?

A: Sí, o sea, yo creo que habría que distinguir entre lo que se diagnostica y lo que la mujer sufre. O sea, sí que es verdad que yo creo que hay que ser cauteloso con el tema de los diagnósticos, porque yo creo que hay como una intervención que sobrepatologiza y sobrediagnóstica, por lo general. También porque históricamente las mujeres pues tenemos como diagnósticos muy asociados a lo que se dice... a lo que históricamente es pues las histéricas tal que en este caso se puede relacionar con el clúster B, que esto sí ves... la mayoría de las mujeres están diagnosticadas por el clúster B que tiene que ver con toda esta parte de histrionismo, de tal. Entonces, sí que hay una relación evidente del impacto que tiene la violencia machista... Y con esto quiero decir que, por lo general, las mujeres supervivientes a violencia machista están acogidas con nosotras en Espai Ariadna vienen por una relación de violencia machista, pero por lo general son mujeres que han recibido bueno, como todas las mujeres que estamos dentro del sistema patriarcal, pero ellas con una problemática más agudizada de violencia machista en su

historia de vida. Entonces, al final, el impacto de la violencia machista no es solamente en el último episodio o lo que detona que sean acogidas dentro del circuito de violencia, sino que casi todas, por no decir todas, han sufrido violencia machista en la infancia, tanto de partes progenitoras como familiares. Entonces es evidente, hay un impacto en la salud mental de ellas, sí.

L: Y siguiendo un poco con la pregunta anterior, ¿hay diferencias en cuanto a salud mental dependiendo de si la mujer tenía o no diagnóstico previo a la violencia?

A: Claro, es que es lo que te digo. Por lo general, o sea, yo creo que hay una relación directa entre salud mental y violencia machista, en cuanto a agravante, a indicadores de agravante. Sí que es verdad que nosotras por lo general, trabajamos con sintomatología asociada, es decir, ya no tanto como desde el diagnóstico, diagnosticar de no sobrediagnosticar, que es algo que dentro del área de salud mental, pues está como súper en el día a día y nosotras trabajamos con sintomatología asociada, entonces a ver. Sí que es evidente que hay una relación entre violencia y que al final la violencia agudiza toda esta sintomatología. ¿Sabes? Entonces yo creo que al final la salud mental viéndola desde una manera holística, desde una manera genérica, pues tiene muchos factores que son, pues al final un diagnóstico es multifactorial, tiene una parte de factor social, una parte de factor genético, una parte de... entonces evidentemente la incidencia de la violencia en estos indicadores multifactoriales es evidente. Yo creo que sí, sí.

L: Y, ¿cuál crees que es el principal diagnóstico que presentan las mujeres víctimas de violencia de género, según tu experiencia?

A: Por lo general, lo que más se repite es TLP, por lo general, trastorno límite de la personalidad y clúster B, clarísimamente, sobre todo cuando está asociado a violencias. Y claro es que al final todo esto, yo creo que tiene que ver un poco con el segmentar las problemáticas, como poner en bloques las problemáticas en vez de ver la interrelación que tienen entre todas ellas. Entonces es como, las mujer que ha habido violencia, tal no sé cuánto trastorno límite de la personalidad... cosa que tampoco, o sea, no soy clínica, que esto que lo quiero dejar claro que al final es un poco en base a mi experiencia de acompañamiento a estas mujeres, pero que al final me refiero que no quiero yo ahora decir que si una profesional sanitaria, valora que una mujer tiene, un trastorno límite de

personalidad o rasgos clúster b, pues no lo sea. Pero sí que creo que se acota mucho y que por lo general esto es lo que más... lo que más nos encontramos.

L: Mhm, y dándole un poco la vuelta a lo que hemos estado hablando hasta ahora, ¿en qué medida los trastornos de salud mental influyen en la vulnerabilidad de las mujeres a sufrir violencia de género?

A: Claro, yo creo que al final una mujer, eh... una persona, al final, con un diagnóstico de salud mental o con una problemática de salud mental, pues al final sí es más vulnerable, está más expuesta a sufrir este tipo de violencias. Pero esto también... hay una parte... Los agresores, para esto, de repente tienen un radar, ¿sabes?, histórico que es como... al final hay una parte de elección de la víctima y yo creo que tener estas estés no estés tema es aumentar el final, pues evidentemente agudiza igual que las mujeres consumidoras, en este caso que quiero decir que Espai Ariadna me sacas, trabajamos con patología dual y trabajamos con salud mental, pero que al final no somos servicio específico de adicciones. Entonces, pues esto, no hay mujer adicta y que haya tenido un problema de adicciones grave o que tenga un problema de salud mental grave que se pueda desligar de la violencia machista. El paraguas de la violencia machista nos abarca a todas, incluso a las que estamos vistas a nivel social desde una parte, pues más de salud mental normativa, por así decirlo, pues no quieras pensar las mujeres que están en otro lugar o que son vistas desde ahí. Sí, hay un impacto directo clarísimo, además.

L: Y, en tu opinión, ¿cómo describirías la relación que hay entre la violencia de género, el consumo problemático de sustancias y los problemas de salud mental? ¿Crees que uno de estos factores es el desencadenante de otros?

A: Claro, esto es un poco: “¿quién fue antes, el huevo o la gallina?” porque al final yo toda mi práctica de trabajo la baso en las bases de las teorías feministas interseccionales. Entonces, entender que las personas, desde una parte teórica holística, de entender las personas, lo que explicaba antes, no como bloques, sino con factores de privilegio/ factores opresores. Entonces, al final estos factores dependen del punto vital en que se encuentre la estabilización, del acceso a la vivienda... ¿puedes hacer una relación directa entre tener derecho al acceso a la vivienda y la problemática de sustancias? pues evidentemente, pues porque probablemente, si estoy en contexto de sin hogar, pues a

nivel de subsistencia voy a necesitar consumir más para no volverme loca, o me vuelvo más loca, o estoy más expuesta a situaciones de violencia. Entonces, ¿hasta qué punto esta parte puede ser cuantitativa? O sea, que evidentemente se pueden sacar números y estadísticas de todo, pero al final yo creo que es basarlo en ejes de privilegio u opresión. Y yo creo que la teoría feminista interseccional esto lo explica de manera muy clara, que aparte de salud mental, violencia, adicciones, también hay acceso a la vivienda, racialización, heteronormatividad o no. O sea, si soy una mujer trans, evidentemente voy a estar mucho más expuesta, entonces voy a tener la variable de violencia, adicciones, salud mental, transfobia, tatata... entonces, cuantos más ejes de opresión, pues más complicado se me va a hacer la vida. Es una realidad.

L: Desde tu experiencia, ¿cuáles crees que son los momentos o los espacios en los que las mujeres víctimas de violencia de género consumen?

A: Claro, a ver, puede pasar... que sea una persona y que, si está en una situación de violencia, casi siempre se agudice. Al final, Espai Ariadna nace en el 2013, a nivel histórico, sobre todo porque hay una promotora que es Marcela Mezzatesta, que es una psiquiatra, que para mi es una mujer muy sabia. Entonces, identifica la relación de que, ostras si las mujeres están en situación de más violencia, el consumo se dispara y por lo consiguiente, sin poder separar el consumo de la salud mental porque al final hay una relación directa por deterioro cognitivo, las mujeres entran en estado de peor salud mental. Entonces, están inmersas en una situación de violencia que hace que directamente se dispare el consumo si ya tengo esa problemática inicial. O, si no la tengo, porque también tenemos ahora a una mujer acogida que ella no tenía problemática inicial de consumo de sustancias, pero pues estoy en una relación de violencia, mi agresor es el que me proporciona la sustancia y entonces, pues evidentemente, yo estoy mucho más expuesta. De hecho sí que nos encontramos, trabajando enfocadas a la abstinencia que muchas veces en muchos casos, supongo que pudiste incluso ver alguno cuando estuviste aquí de prácticas, que cuando retiras la variable violencia, de repente el consumo... no desaparece de un plumazo, pero es como ostras, es consumidora crónica, pero de repente estoy en un espacio de calma y libre de violencia y... pues es muchísimo más trabajable estar enfocada a la abstinencia; desde el empoderamiento, desde encontrar objetivos vitales desde otro lugar, desde crear una red diferente. Y de

repente, todo empieza a rodar, pues a lo mejor la violencia, es lo que ponía el palo a la rueda.

L: Y ¿crees que este consumo lo suelen hacer más solas o acompañadas?

A: Claro, es que ahí, yo tengo como dos categorías: la mujer estigmatizada por ser consumidora, es decir, por ejemplo depende de las... yo creo que ahí habría que contemplar la los diferentes tipos de sustancia, es decir, si yo por ejemplo, soy una mujer alcohólica, voy a consumir en casa, porque si consumo en espacios, pues un entorno más social, vistos como hombres, pues me va a caer el estigma, me va a sexualizar... entonces sí que es verdad que haciendo estas partes por sustancias la mujer alcohólica consume sola en casa, porque no tiene que dar, no sé cuánto. Pero a lo mejor pues la mujer, bien con la sustancia más como es la cocaína, pues lo hace más en lugares... es que es verdad que hasta los entornos de consumo están... son espacios super cedidos a hombres a nivel histórico. Entonces, eso me hace que cuando realmente hay una problemática, lo hagas sola. O eso también me hace... yo creo que es importante hablar aquí todo el tema de la anestesia emocional. Si yo sé, si hay una violencia física y se que Manolo va a venir de trabajar y yo soy consumidora, pues yo me voy a poner antes de que Manolo llegue de trabajar para poder estar anestesiada para la situación de violencia. Entonces bueno, hay una parte de eso, de mujeres consumidoras no ser vistas a nivel de estigma y otra parte de anestesia emocional, que las dos llevan al consumo en soledad, por lo general.

L: Y ¿crees que hay un momentos específicos, ya sea antes, durante o después de los episodios de violencia en los que el consumo de sustancias se intensifique?

A: Mmm, claro, pensando en el ciclo de la violencia... pues te diría, así de entradas en la fase de explosión, ¿no?, porque al final, pues por todo el tema de anestesia emocional, pues probablemente por la fase de explosión, pero es que los agresores se utilizan mucho la fase de luna de miel cuando eres consumidora. En la fase de Luna de miel, donde estoy romantizando, donde estoy intentando otra vez volver a entrar en este ciclo de violencia si sé que es consumidora... pero es que da igual: si sé que te gustan las margaritas, te compraré un ramo de margaritas; si sé que te gusta la ropa roja, te voy a comprar un jersey rojo; si sé que te gusta la coca, pues te voy a ofrecer coca, entonces esto forma parte. Y luego, una vez... pero claro, depende de cómo sea el patrón de

violencia, los ciclos pueden durar incluso horas: podemos pasar de una fase de romantización, de una fase de enamoramiento, de romantización, donde te estoy proporcionando, haciendo propuesta de sustancia, de “venga, cari, que va a ser solo una raya”, y de aquí media hora está la fase de explosión. Es decir, que depende de cómo sea el patrón de la relación de violencia, se puede dar como de manera muy rápida. Pero yo diría fase luna de miel por todo el tema este de romantizar sustancia y yo diría fase de explosión, seguro.

L: Y, ¿cuáles crees que son los mayores, o los más comunes, factores de riesgo que tienen las mujeres víctimas de violencia de género con adicciones y con problemática de salud mental?

A: Mmmm, factores de riesgo... otras, pues no sé. Ahora mismo yo te diría, pues el hecho de ser mujer, básicamente, el hecho de mostrar una necesidad al agresor, pues esto, ¿no? pues si el agresor sabe que soy adicta y ahí lo tengo, y no puedo separarlo, esto... y a nivel de salud mental, pues esto: si él identifica, sobre todo, o sea, hay como 2 tipos de agresor: está en cobra y está el otro que nunca me acuerdo del nombre (se refiere al tipo pitbull, desarrollado por Leonore Walker). Pero bueno, sobre todo el tipo de agresor cobra, va a aprovechar toda la identificación de necesidades que tenga de mí como factor de riesgo. Entonces, el hecho de ser mujer es un factor de riesgo, el hecho de ser consumidora es un factor de riesgo, el hecho de ser una mujer trans... es lo que hablábamos antes, ¿no? que con la teoría feminista interseccional, todos los factores opresores que pueda tener una persona, son factores de riesgo. Pero claro, también puedes estar en una situación de sin hogar, estar ejerciendo trabajo sexual... ¿no?

L: Y, dándole la vuelta, ¿cuáles crees que son los factores de protección que reducen la probabilidad de ser víctima de violencia de género con consumo problemático de sustancias y de salud mental?

A: Pues en este caso justamente lo opuesto, lo que estaría en el eje de opresión, en vez de lo que estuviera en el eje de opresión, lo que está en el eje de privilegio. Será lo mismo que sea una mujer... (¿cómo se dice neuronormativa? neronormativa/neurodivergente. creo que es, ¿no? lo que sería como dentro de que no tengo problemas de salud mental) ¿que soy neuronormativa o neuroptototípica? pues es un factor de protección, que en

vez de negra soy blanca, pues es un factor de protección, que en vez de tránsito y cis, factor de protección, que soy catalana en vez de murciana, pues en este caso estoy en este territorio, será factor de protección, que tengo n hogar en vez de que no lo tengo o que estoy en proceso de desahucio es otro factor y así. Así, con todos los ejes de opresión.

L: Y, ¿crees que es importante tratar la violencia de género, las adicciones y los problemas de salud mental de manera simultánea o crees que es mejor abordar primero uno y después el resto? Y, ¿Por qué?

A: Claro, o sea, yo creo que teniendo por base lo que explicaba inicialmente de que tiene que haber una intervención de manera genérica, pues es evidente que se tienen que trabajar de manera simultánea. A ver, yo también entiendo, que al final es un desgaste a nivel de profesionales porque es mucha coordinación, es decir, yo puedo venir aquí, que las mujeres sean acogidas en violencia y tratar simplemente la violencia haciendo que el otro no va conmigo o puedo realmente tener una intervención donde me tengo que coordinar con la trabajadora social del CESMA, del hospital... lo que tenga que tener una intervención con el resto de profesionales para entender tanto todas las disciplinas como todas las intervenciones que necesite la persona. ¿Lo fácil y rápido o lo complejo y efectivo? Es como si vas al final a tu doctora de cabecera, le dices: mira que tengo un problema de violencia machista en el hogar y te dicen: vale, pues ten señora, le doy un blíster de 10 diazepam y se va a tomar 2 diazepam al día. O puedes decir: ostras, pues vamos a mirar esto, vamos a abordar esto. Entonces esto tiene que ver con la violencia institucional, también, esto tiene que ver con la estructura, con cómo está estructurada la sociedad, esto tiene que ver con el capitalismo, esto tiene que ver con las rueda rápida de buscar soluciones, pero que al final no se pueden separar las problemáticas, al final es un gasto de profesionales, de dinero, de tal que deja de tener sentido. Yo creo que bajo mi punto de vista

L: ¿Y crees que existe un patrón en las mujeres que he sufren violencia de género y que tienen problemas de salud mental y de consumo?

A: Sí, yo con casi todas puedo ver que ha habido ASI, abuso sexual infantil, entonces claro, al final... o sea, yo creo que esto tiene que ver un poco con los periodos iniciales

de desarrollo cognitivo. Cuando al final la capa prefrontal, es que me tengo que poner sin querer en una parte más clínica, donde se está desarrollando la capa, tiene que ver con el cortisol, tiene que ver con el con el desarrollo neuronal, tiene que ver con toda la parte de la cava prefrontal que se desarrolla hasta los 25 años. Entonces, si previamente a estas situaciones estoy en... tiene que ver con que mi madre se ha consumido alcohol o no desde la parte gestacional... O sea, si a nivel clínico voy echando moneditas a la máquina, pues me va a tocar la lotería. Entonces, al final llegan mujeres con 50 años al servicio, que si estiras del hilo... claro, es que $1+1=2$, ¿sabes? entonces, claro que tiene que ver, claro que tiene que ver.

L: Y, por último, ¿qué papel crees que juega la salud mental en la forma en que las mujeres víctimas de violencia de género enfrentan o responden al consumo?

A: Claro, pues al final, pues desde una visión estigmatizada, ¿cómo se dice? ¿autoestigmatizada?, tenía un sentido, o sea, había un término que hablaba sobre esto. Claro, si a mí siempre me han dicho que tengo TLP, que tengo TLP, pues entonces yo, ¿qué voy a hacer? Pues enfrentar los problemas en base a que tengo TLP. O que soy bipolar, que soy bipolar y que soy bipolar, pues entonces sí que hay una parte que creo que es importante que las mujeres tengan, bueno las personas en general, tengan conciencia de la problemática para saber cómo enfrentarse en base a como son. Entonces, la autoestigmatización, pues lo enfrentan, pues igual que lo que lo enfrenta el resto de la sociedad: desde el estigma. Y eso dificulta, aparte de todo lo que tú ya tienes, lo que ya de por sí son dificultades propias, pues hace más compleja aún la sensación de ser merecedora, de la sensación de objetivos vitales, la sensación...

L: Pues muchas gracias, Alba.

A: ¿Sí? Pues espero que te sirva.

Entrevista 4: Alicia Salamanca, experta en violencia de género, salud mental y adicciones

Laura: Buenos días, mi nombre es Laura André y soy estudiante del doble grado de Trabajo Social y Criminología en la Universidad Pontificia de Comillas de Madrid. Actualmente, estoy realizando mi Trabajo de Fin de Grado de Criminología sobre la

relación entre violencia de género, el consumo de sustancias y la salud mental. Me gustaría hacerte algunas preguntas porque tu experiencia en el área de la violencia de género y la patología dual puede aportarme información valiosa. La entrevista, si estás de acuerdo, podríamos grabarla para facilitar el análisis posterior. Por último, quiero mencionar que toda la información se tratará con confidencialidad y, si lo prefieres, tu identidad puede mantenerse anónima.

Alicia: De acuerdo, no es necesario mantenerme el anonimato para que sea publicado y totalmente de acuerdo con lo que se ha dicho.

L: Bueno, antes de empezar con las preguntas, si quieres, puedes presentarte un poco y explicar un poco quién eres o a qué te dedicas, qué has estudiado.

A: Pues soy Alicia Salamanca Fernández, soy trabajadora social de formación, especializada en máster en violencia de género y máster en adicciones. Tengo una trayectoria laboral de unos 20 años (me siento muy vieja cuando digo esto) y he trabajado principalmente en adicciones, en salud mental y en violencias. Soy doctora *cum laude* por la Universidad Complutense de Madrid y mi tesis doctoral la defendí el año pasado. Se titula: Violencia de género y consumo de sustancias: análisis de la interseccionalidad. Hice una intersección, bueno, prácticamente el eje principal que estás estudiando, que estás investigando tú actualmente. Soy, bueno, he trabajado en servicios como Espai Ariadna, siendo la directora, Aloges (es un Servicio Sustitutorio del Hogar para mujeres con trastorno mental en situación de violencias machistas y con hijos/as a cargo), también en la dirección, y actualmente estoy como directora en un Barnahus. Barnahus es un servicio para abordar la violencia sexual en la infancia y adolescencia, en nuestro caso principalmente tenemos muchas chicas adolescentes que han sobrevivido a múltiples violencias sexuales.

L: Según tu experiencia, ¿hay diferencias entre los diagnósticos en salud mental de las mujeres víctimas de violencia de género? Es decir, una vez sufrida la violencia de género ¿afecta esta diferente a la salud mental?

A: Sí, totalmente de acuerdo. Hay evidencia sobre ello, es decir, hay una salud mental que está altamente patriarcalizada, y esto se debe a diferentes... cuando digo que hay evidencias sobre ello es porque tenemos infinidad de estudios de investigaciones. Por

ejemplo, la directora de mi tesis, Nuria Romo, ha investigado mucho acerca de esta afectación, porque hay algo que aparece que es la semiología del lenguaje, la semiología de las palabras, que es que las mujeres tenemos una capacidad diferencial de poder expresar toda la emocionalidad. Es decir, lloramos, pataleamos, y a su vez, hay ciertas emociones que nos están penalizadas: si expresamos la rabia, se nos está muy sancionado eso. Entonces pienso que cuando sale la rabia hay una alta expresividad de lo que a mí me está pasando, de mi angustia o de lo que sea. Eso se acaba patologizando y la patologización se acaba medicando y hemos llegado a un punto... bueno, lo tenemos en los últimos estudios EDADES, supongo que estás revisando, repasando datos... en los últimos estudios edades, nos dicen que la mayoría de las consumidoras de hipnosedantes y ahora, últimamente, también opiáceos, como el famoso tramadol, no son mujeres. También esto pasa... hay una escritora que seguramente la conozcas... es una doctora, es Carme Valls, es una doctora, una médica de Reus que una vez la escuché en una ponencia que decía que el Patriarcado nos quiere calladitas y tranquilas, por eso tomamos más pastillas que los hombres y porque nuestras enfermedades al fin y al cabo molestan, se consideran menos. Y volviendo a la pregunta inicial, sí, pienso que en el momento que hay violencia de género o un consumo de sustancias o sin consumo de sustancias, aparece una patologización de la cotidianidad.

L: Y siguiendo un poco con la pregunta anterior, ¿hay diferencias en cuanto a salud mental dependiendo de si la mujer tenía o no diagnóstico previo a la violencia?

A: Sí, es más, suele haber unos ejes o unos parámetros muy concretos para las mujeres, por ejemplo, el TLP o el trastorno de bipolaridad, que tiene que ver con la emocionalidad, con el sostén en las emociones, o no controlarlas... aparecen en mi tesis doctoral, de 116 mujeres que entrevisté, todas ellas consumidoras de la ciudad de Barcelona, ninguna tenía un trastorno narcisista, ninguna. Ni ellas tampoco conocían a otras amigas del CAS que tuvieran un trastorno narcisista, pero sí encontramos a hombres con este trastorno. En cambio, sí que encontramos a hombres medianamente, un número muy reducido, de trastorno límite de la personalidad y, que, a su vez, es un diagnóstico altamente habitado por mujeres. O sea, el TLP, la depresión, todo lo que tenga que ver con trastornos del ánimo son propios de las mujeres.

L: Entonces, ¿dirías que el TLP es el diagnóstico por excelencia de las mujeres víctimas de violencia de género?

A: Estrella, sí, diagnóstico estrella es el cajón de sastre. Cuando no tenemos qué diagnosticarnos, seguro que es límite. Es más, misma sintomatología en un hombre y misma sintomatología en una mujer, me refiero a impulsividad, trastorno de la alimentación, etc., él se diagnostica de trastorno narcisista y ella de TLP, con la misma sintomatología.

L: Y dándole un poco la vuelta a lo que hemos estado hablando hasta ahora, ¿en qué medida los trastornos de salud mental influyen en la vulnerabilidad de las mujeres a sufrir violencia de género?

A: Claro, esto pasa también por el estigma y el autoestigma. Aquí hay un... luego, también hay otro nivel de violencia, que salgas clicking que es hacerte creer que te estás volviendo loca. Encima, si además eso lo acompañamos y lo fundamentamos que hay un señor que es psiquiatra que utiliza su conocimiento para poner etiquetas y diagnosticar y categorizar, diría yo. Esto vulnerabiliza muchísimo a las personas, es decir, ya hay alguien que por lo pronto sabe más que tú, que dice que tú tienes esto. Esto vulnerabiliza mucho, genera muchísimas violencias y ya no estoy hablando de violencias físicas, sino de violencias psicológicas, que merma muchísimo la autoestima y la capacidad porque cuando una persona tiene un trastorno en salud mental, inmediatamente el ser humano hace como un despliegue en el sentido que creemos que puede ser imprevisible, ya no sabemos cómo va a actuar. Esto pasa mucho en salud mental, creer que el otro va a hacer algo muy loco y va a acabar con nuestra vida, pues no deja de ser estigma a través de la rotulación, de criminalizar lo que hace, no, si esto lo hace otra persona no se criminaliza, si lo hace alguien con un trastorno sí, se juzga muchísimo más. Y hay muchas maneras como desde establecer el estigma, no de este rotular, criminalizar, atribuir, prejuiciar, estereotipar, bueno, es que hay como muchos ítems. Josep Rovira tiene bastante escrito sobre el tema, sobre el estigma en drogas y en salud mental, y Gisela Hansen también, son dos personas de aquí de Cataluña que tienen como mucha, mucha trayectoria en cuanto al estigma y al estigma de género, que es el habitamos las mujeres. Y lo que se hace también en salud mental es que se infantiliza mucho a las mujeres con salud mental. Es más, el otro día leí en el periódico que una chica con síndrome de down, que

trabaja en el Palau de la Música, que lleva trabajando no sé cuántos años, pero que el Banco no le daba una tarjeta de crédito. O sea, yo sí te puedo traer la nómina, pero tú no me autorizas a una tarjeta de crédito porque tú crees que yo no tengo la capacidad para gestionar, pero sí puedo trabajar. Esto es un ejemplo más. Pues en salud mental pasa exactamente lo mismo, creer que la otra persona está discapacitada, además, es mujer, que ha sobrevivido a muchas cosas, está muy dañada... comenzamos a vulnerabilizar y sobre todo a infantilizar.

L: Y, desde tu experiencia, ¿qué señales indican que una mujer víctima de violencia de género y con adicciones, también podría estar teniendo problemas de salud mental?

A: Cuando llevas mucho tiempo trabajando en salud mental hay elementos que son clave. Uno es la mirada, una mirada descompensada es una mirada que no parpadea, o que parpadea poco, esas miradas que te atraviesan. Y existe una descompensación: la sintomatología, mayor irascibilidad, el sueño es un elemento fundamental, no se cumplen con las horas de sueño, no se duerme por la noche, pero eso duerme mucho por el día. Luego también hay una sintomatología, sobre todo en mujeres, que es muy clave, que no tanto está presente en los hombres, que es la clinofilia. La clinofilia es la apetencia constante de querer estar en la cama. Esto es muy de drogas, cuando se está saliendo de las drogas: no se consumen drogas, pero se consume cama. Y en salud mental igual. Todo el tema tiene que ver con los estados de ánimo, no con estar bueno, pues más voluble, dijéramos de ahora, contenta, ahora feliz, ahora soy una desgraciada, ahora... Esta sensación, también de catastrofismo. Se personalizan muchísimo las cosas, todo para mí, hay una cosa autorreferencial todo el rato, ui eso lo has dicho por mí, ui esto por qué lo has comentado esta cosa de... que aunque te intentes justificar, fundamentar, siempre va a estar ahí ese discurso de esto lo has comentado por mi o me quieres echar y como me quieres echar sé que...

L: Y, en tu opinión, ¿cómo describirías la relación que hay entre la violencia de género, el consumo problemático de sustancias y los problemas de salud mental? ¿Crees que uno de estos factores es el desencadenante de otros o que se alimentan entre ellos?

A: Hay factores predictores. Sí, no pienso que algo aparece antes, es decir, una mujer puede no consumir sustancias, pero inicia la relación con un tipo que sí las consume y se

inician en ese... bueno está más que estudiado que hombres y mujeres nos iniciamos en las drogas por motivos totalmente distintos y nos mantenemos en las drogas también por otros motivos totalmente diferenciales. Es más, el deseo es más diferencial, hombres y mujeres deseamos cosas muy distintas. Luego, en dependencias, pasa exactamente lo mismo y si hay factores predictores, también lo que sucede es que las mujeres que no usan drogas sí se relacionan con tipos que consumen, no, en cambio, un hombre que no consume drogas rara vez se relacionará o tendrá amigas consumidoras, salvo que quiera otra cosa de esas amigas consumidoras. En cambio las mujeres, ya no es que tengamos colegas que consumen y estamos con ellos mientras consumes, es que iniciamos relaciones, tenemos hijos con ellos, nos casamos con ellos, a pesar de que nosotras no consumimos. Esto es algo muy diferencial en drogas y género. Y luego, en cuanto a factores, claro en cuanto a salud mental, sí habría factores, porque el exceso de las drogas nos llevan a... bueno es un elemento predictor para desencadenar una enfermedad mental, una depresión. Algo también que sucede en adicciones, que está como muy ligado... a mi esto de la patología dual me cuesta un poco de entenderlo. Creo que las cosas no están ligadas entre sí o tan unidas como una patología dual, sino que en algún momento de la vida también pueden desligarse. Y algo también que veo es que además de las drogodependencias pueden ser un factor predictor de la salud mental, la salud mental también nos puede llevar a consumir sustancias porque las adicciones cuando se abandonan también generan una depresión muy importante. Es decir, hay un elemento de tu vida que desaparece. Yo conozco gente que ha dejado de fumar, amigas mías, pues lo han pasado fatal, dejar el tabaco... ¿por qué? Porque es una adicción que cuesta muchísimo, lo pasan realmente mal.

L: Desde tu experiencia, ¿cuáles crees que son los momentos o los espacios en los que las mujeres víctimas de violencia de género consumen?

A: Las mujeres se inician siempre acompañadas, rara vez... Yo no me he encontrado aún una mujer que diga: no, yo consumí heroína por primera vez en mi casa, fui a comprársela al camello y me la inyecté en casa. No esto no, yo no lo he visto nunca. En cambio, los hombres sí que experimentan más en solitario. Otra cosa que sucede es que las mujeres se inician en el consumo de manera grupal o social, pero luego su consumo acaba siendo clandestinos, solitario, pero por una cuestión de: si consumo en casa sola,

nadie me reprochará, recriminará el qué. Esto es algo que sucede, pero, es decir, se consume en solitario, pero por tal de evitar el reproche, evitar... más desde ahí.

L: Y ¿crees que este consumo lo suelen hacer más solas o acompañadas?

A: Bueno, es que no sabría decirte, depende... creo que tiene que ver con la sustancia, no con las mujeres. Es decir, consumir alcohol es más fácil consumirlo en casa, yo me emborracho y me duermo en un sofá y nadie me dice... pero emborracharse en un bar también es que corres un riesgo y un peligro, emborracharse sola en un bar es peligroso. También, creo que es un elemento también de protección que utilizan las mujeres. Y hay otras sustancias que invitan más a ser consumidas en grupo, por ejemplo, fumar cocaína base. Sí se puede fumar en solitario o consumir rayas, quizás más es en grupo. Creo que tiene que ver más con la sustancia y no tanto con el género o con el uso, quizás, que se hace de esa sustancia porque se puede contener un abuso de una sustancia, pero no un consumo problemático, es decir, ¿cuántos consumidores tenemos que de lunes a jueves no consumen nada, pero es que el martes ya están pensando a quién le van a comprar el viernes o de dónde se van a sacar el dinero para que viernes, sábado y domingo...? Pues hacen un abuso de esa sustancia, ya sea alcohol o cocaína, éxtasis o tina, sobre todo para los consumos de chemsex, en contextos de chemsex, que quizás tiene que ver, pues eso con la sustancia.

L: Y ¿crees que hay un momentos específicos, ya sea antes, durante o después de los episodios de violencia en los que el consumo de sustancias se intensifique?

A: Sí, creo que las drogas depresoras son las que más se consumen dentro de un ciclo violencia. A ver, algo que salió en mi tesis era que las mujeres tenían un consumo de drogas y de acuerdo al consumo que hacía la pareja actual ellas cambiaban de sustancia. Una cifra como bastante, un poco alta, de 67%, yo te diría. O sea, una cifra que es realmente alta, que hacían un cambio de sustancia de acuerdo a la pareja que tenía y como que esto les había pasado más a menudo a lo largo de la vida. Y yo creo que en procesos de violencia se tiende a consumir más sustancias depresoras, las mujeres elegimos más sustancias depresoras, alcohol, las benzos, el cannabis en un momento dado, la heroína.

L: Y ¿crees que este consumo se hace más antes, durante o después de episodios de violencia?

A: Durante y después, diría donde más frecuencia hay. Donde más frecuencia hay diría que durante y después. Durante porque genera una vulnerabilización, entonces el agresor aprovecha esta vulnerabilización y, después, porque hay que aliviar esa pena.

L: Y, ¿cuáles crees que son los mayores, o los más comunes, factores de riesgo que tienen las mujeres víctimas de violencia de género con adicciones y con problemática de salud mental?

A: La dependencia económica. Todo el tema de la vivienda, la vivienda también es un factor de riesgo. Problemas de salud mental, también genera muchísima vulnerabilidad, discapacidades, discapacidades que luego, al fin y al cabo se acaban trasladando a una violencia económica. ¿Quién puede subsistir en este momento con una prestación no contributiva de 470€? Si es que, ¿quién puede vivir de esa manera, con 400€ al mes? No sé, me parece terrorífico. Sí, serían estos y los hijos, los hijos a veces son un factor de riesgo porque... más que un factor de riesgo es un elemento de retención, un elemento de retención a las parejas, a las relaciones, pero por todo el compendio que te acabo de comentar: tema de vivienda, nivel económico, de salud... No estar bien de salud es muy limitante y las mujeres son conscientes.

L: Y, dándole la vuelta, ¿cuáles crees que son los factores de protección que reducen la probabilidad de ser víctima de violencia de género con consumo problemático de sustancias y de salud mental?

A: Un buen acompañamiento terapéutico y tener amigas, tener amigas es fundamental. Y yo, cuando he trabajado en violencia de género, tanto el servicio Aloges... que entiendo que esto forma parte de los procesos de violencia, el aislamiento y desencargar, las personas que ejercen violencia de que no haya otro tipo de... que no haya redes de soporte, de contención o de que no haya colchón, como le llamaba... Me he encontrado muy pocas mujeres con una red de amigas importante. Tener amigas es que es fundamental en esta vida. Y luego también, pues es un acompañamiento sin juicio, una maternidad no juzgada. Elementos de protección, pues una... iba a decir una resiliencia, pero es que la palabra resiliencia y empoderamiento me parece ya tan manoseada que

ya ha perdido como la esencia de... son dos palabras que he dejado de usarlas en mi vocabulario profesional. La agencia personal, sí. Más allá del empoderamiento, creo que es la agencia personal, que es la capacidad que tenemos las personas de poder tomar decisiones de manera informada, asesorada. Creo que las mujeres antes de tomar una decisión del tipo, dejar a tu pareja, al padre de tus hijos para ir a una casa de acogida, deben estar correctamente informadas, que creo que no lo están. Llegan a las casas de acogida que no saben ni donde van. Se esperan que sean como una prisión o que todo sea super feliciano y todas se quieren, se aman y esto no pasa porque todas son hijas sanas del patriarcado y se nos han enseñado entre las mujeres tenemos que competir y mucho.

L: Y, ¿crees que es importante tratar la violencia de género, las adicciones y los problemas de salud mental de manera simultánea o crees que es mejor abordar primero uno y después el resto? Y, ¿Por qué?

A: De manera simultánea. Además, otro de los hallazgos de mi tesis doctoral es que la fragmentación de la atención no está funcionando, porque ¿qué tenemos ahora? que la atención está totalmente fragmentada. Una mujer con salud mental, drogas y violencia, tendrá una psicóloga en el CESMA, una psicóloga en el CAS y otra en el SARA, por ejemplo, aquí en Barcelona. Y, entonces, tiene 3 tipos de psicóloga, con 3 terapias distintas en el mismo mes, con 3 indicaciones totalmente distintas. Entonces es como... no tiene... no cumple una lógica. Y bueno, se produce... hay muchos errores, se abandonan muchos tratamientos también por este motivo. Algo que está sucediendo aquí en Barcelona es que si en el test hay un consumo de drogas, se desvinculan, entonces sigue CAS, pero igualmente, CAS llega hasta dónde llega. Eso es lo que tenemos, no estoy de acuerdo con que se trabaje cada cosa... es como pequeñas setas. Aquí vengo a contra sobre esta seta, aquí... Yo también dejaría el tratamiento, seguro. Si 3 veces al mes tengo que ir a 3 terapias diferentes y dos de ellas no me miran mientras les hablo porque en el CAS y en salud mental, pues ya se sabe que hay una falta de atención, de empatía, de sostenibilidad, del duelo.

L: ¿Y crees que existe un patrón en las mujeres que he sufren violencia de género y que tienen problemas de salud mental y de consumo?

A: No, creo que hay diversidad de patrones. A ver, hay cosas que se repiten, evidentemente, pero porque en drogas las cosas se repiten en drogas las cosas son para repetición. Claro, yo me hago adicta a algo que lo hago muchas veces y que el efecto me viene ya, yo no me haré adicta a una sustancia que el efecto me viene en 2 días. Entonces, esta inmediatez que me genera la droga, pues haré que por repetición, pues yo desencadene una adicción y una necesidad, pero no creo que haya como un único perfil. Yo nunca hablo de perfiles, me parece totalmente erróneo, las mujeres somos ya en general bastante diversas, muy muy diversas. Tenemos motivaciones diferentes, nos iniciamos en las cosas de manera diferente y al mismo tiempo y diferenciarnos con los hombres y nos diferenciamos mucho entre nosotras. Entonces no... me cuesta entender que existe un patrón. Sí que es cierto que hay cosas que se cumplen y que se... pero porque también tienes que ser así, es decir, para determinar que una persona está viviendo violencia, quiere decir que alguien le ha agredido, alguien la machaca psicológicamente, es decir, tienes que tener... si hicieras un checklist, pues tienes que cumplir como unos checks. En adicción igual, para determinar que alguien tiene un trastorno por uso de sustancias hay que hacer un check, pero ese check no establece un patrón o me cuesta entender que establezca un patrón.

L: Y, por último, ¿qué papel crees que juega la salud mental en la forma en que las mujeres víctimas de violencia de género enfrentan o responden al consumo?

A: Pues... a ver, aquí hay dos cosas. Una: las mujeres son conscientes de que tienen un problema en el salud mental y entonces esto a veces hace regular el consumo de ojo, ojo, ojo, y yo mi medicación. Y además para eso somos como muy... de si yo tengo que tomar esta medicación, dejo de beber. Y ellas utilizan algo que se llama la reducción del daño, es decir, cómo yo puedo reducir al máximo este daño. Y luego, también, puede suceder que dentro del mismo proceso de descompensación pues se produzca un consumo abusivo, esto también puede pasar, que se dispare este consumo. A nivel de violencias, hay algo que se repite, en relación a la pregunta anterior, y es que, sobre todo en salud mental esto pasa muy a menudo y es la sensación de creer que están mereciendo la violencia que están sufriendo. Pero en consumo también pasa, es decir, en drogas es esta sensación de, como consumo droga como no cumplo con la cartilla de las mujeres, claro, esto es... mi droga, no entra en la cartilla nuestra, pero en otra cartilla,

en la cartilla de los tíos, en esa sí que entra, pero en la nuestra es como que... y la salud mental igual porque muchas de ellas no están diagnosticadas por una depresión, están diagnosticadas con TLP, que mezclado con las drogas eso es un coctel tremendísimo que les hace... bueno, que aterrizar es muy difícil, que no bajar también es muy difícil estabilizarse, centrarse... entonces claro, esto no entra en la cartilla tampoco. Esto es propio de otras personas. Y esto sí que puede tener como una afectación en cuanto a las violencias. Creo que el salud mental, cuando una mujer tiene salud mental se perdonan más las violencias y en drogas se normalizan, se naturalizan las violencias y se naturalizan porque los espacios de consumo son tan hostiles que que un tío me pego una hostia importa poco porque sobre todo en los mal llamados narcopisos... yo mi tesis llamo espacios de consumo no supervisado, en estos espacios de consumo no supervisado podemos... yo nunca he entrado en ninguno, pero, puedo imaginar el nivel de violencia que hay ahí hacia las mujeres. Es decir, si yo ahí consumo heroína y me desmayo, puede pasar cualquier cosa que yo no estoy controlando. En las mujeres que entrevisté me decían que siempre iban acompañadas de un hombre, a estos lugares, y un hombre de confianza, no otro que te has encontrado en la sala Boulevard, y entonces vas con alguien que... y a pesar de eso, también hay proposiciones indecentes. A él le ofrecen droga para así poder acceder a tu cuerpo, o sea, como... habitar ese tipo de violencias tiene que ser tan terrible y tan doloroso que, que alguien te pegue una hostia por la calle, porque considera que eres una yonqui de mierda, pues está como un buen naturalizado. Y es esta cosa que te comentaba anteriormente de, quizás sí que me lo merezco porque estoy ya habitando espacios, lugares y no estoy cumpliendo con el mandato de género de la mujer que me han dicho que tengo que ser.

L: Pues muchas gracias, Alicia.

A: Muy bien, pues muchas gracias, qué rápido.

Entrevista 5: Anabel Ramírez, trabajadora social, criminóloga y docente investigador de la Universidad Pontificia de Comillas

Laura: Buenos días, mi nombre es Laura André y soy estudiante del doble grado de Trabajo Social y Criminología en la Universidad Pontificia de Comillas de Madrid.

Actualmente, estoy realizando mi Trabajo de Fin de Grado de Criminología sobre la relación entre violencia de género, el consumo de sustancias y la salud mental. Me gustaría hacerte algunas preguntas porque tu experiencia en el área de la violencia de género y la patología dual puede aportarme información valiosa. La entrevista, si estás de acuerdo, podríamos grabarla para facilitar el análisis posterior. Por último, quiero mencionar que toda la información se tratará con confidencialidad y, si lo prefieres, tu identidad puede mantenerse anónima.

Alba: Vale, gracias.

L: Entonces, antes de empezar con las preguntas, propiamente, puedes presentarte un poco si así lo quieres.

A: Vale, nada, me llamo, Anabel, estudié criminología y trabajo social aquí en Comillas. Luego hice un máster en la Complutense sobre estudios avanzados en educación social y ahí conocí... o sea, hicieron como una jornada de puertas abiertas y conocí un recurso, una fundación que es Fundación Salud y Comunidad y empecé voluntaria en un centro de reducción del daño en Cañada Real. Bueno, empecé voluntaria y después me contrataron como monitora y luego como trabajadora social y estuve un total de 2 años hasta que, pues, eché para una beca para hacer el doctorado y me la concedieron. Y la cosa es que yo estaba viendo como que las mujeres tenían situaciones diferenciales en el consumo de drogas en dónde estaba trabajando y me intereso investigarlo. Entonces, actualmente estoy haciendo la tesis sobre el consumo de drogas en mujeres y la violencia.

L: Entonces, empezamos con las preguntas, según tu experiencia, ¿hay diferencias entre los diagnósticos en salud mental de las mujeres víctimas de violencia de género? Es decir, una vez sufrida la violencia de género ¿afecta esta diferente a la salud mental?

A: Vale, ¿qué entendemos por violencia de género?

L: Pues, la violencia que sufre la mujer como su pareja o expareja...

A: Por la pareja, vale. Yo creo que no, que siempre se las... se las diagnostica con trastorno de estrés postraumático. Sí o sí, y luego pues... bueno sí, a lo mejor hay otras cosas que sí que pueden diagnosticar, como ansiedad, depresión... un diagnóstico que se hace

mucho a mujeres es el trastorno límite de la personalidad que se ha visto como que un 85% o algo así en plan son mujeres y en hombres eso no existe, es como antisocial, entonces hay algunos diagnósticos que son únicamente para mujeres como el TLP, Entonces... sí como que hay algunos diagnósticos que están un poco más enfocados a las mujeres, pero no porque hayan sido víctimas de violencia, sino por el simple hecho de ser mujer, como el trastorno límite de la personalidad.

L: Y siguiendo un poco con la pregunta anterior, ¿crees que hay diferencias en cuanto a salud mental dependiendo de si la mujer tenía o no diagnóstico previo a la violencia?

A: Seguro que afecta de una manera totalmente distinta, pero sí que es verdad que creo que como que hay como que ahí se da una concurrencia no, o sea, como que al final el hecho de ser superviviente de violencia conlleva en sí salud mental. El trastorno de estrés postraumático, por ejemplo, sí que a lo mejor el hecho de haber sufrido más violencia puede incentivar un cambio o incluso aumentar la problemática en el diagnóstico que tenga. O sea, a lo mejor, una ansiedad puede derivar en una depresión o en otro diagnóstico, o sea en plan, en otro, en otra enfermedad mental.

L: Y, ¿crees que es el principal diagnóstico que presentan las mujeres víctimas de violencia de género es el TLP o crees que hay otros diagnósticos que sean muy comunes?

A: El trastorno de estrés postraumático, sin duda, creo que el TLP es pre, o sea, no es que sea previo, sino que simplemente se diagnostica así tal cual, sin que haya sido superviviente o no, pero el TEPT, sí o sí se las diagnostica una vez han sido supervivientes de violencia. Pero vamos que el TLP, yo te diría que está en todas las supervivientes ,previo... bueno en todas no, pero en la gran mayoría, vaya.

L: Mhm, y dándole un poco la vuelta a lo que hemos estado hablando hasta ahora, ¿en qué medida los trastornos de salud mental influyen en la vulnerabilidad de las mujeres a sufrir violencia de género?

A: En mi opinión: ninguna. O sea, creo que es muy fácil justificar que una mujer sea superviviente violencia por el hecho de que tenga un problema de salud mental, pero no creo que... no es que tío, en plan da igual, creo que todas sufrimos violencia en esta sociedad y da igual que tengas salud mental o no, creo que no afecta simplemente, o sea, afecta el patriarcado no afecta la salud mental de la mujer. ¿Puede ser más

vulnerable? Hombre, a lo mejor en cuanto a otro tipo de enfermedades, como puede ser la discapacidad, ¿sabes? en plan problemas más el relacionados con el desarrollo, pero en cuanto a salud mental yo creo que no.

L: Y desde tu experiencia, ¿qué señales indican que una mujer víctima de violencia de género y con adicciones podría también tener problemas de salud mental?

A: Al 100 por 100, o sea, de hecho... pero por el trauma. Entonces, si tú tienes trauma, puedes diagnosticar evidentemente trastorno de estrés postraumático y la intervención que tú hagas con una mujer tiene que ser basada en el trauma. Con esas dos realidades conjuntas, tienen que ser en el trauma, porque al final una cosa como que alimenta la otra y viceversa, o sea, no es causa y efecto, es simplemente que están las dos... entonces, claro, la salud mental evidentemente, se ve afectada tanto por ser superviviente de violencia como por ser consumidora de sustancias. Pero creo que no se debería focalizar la intervención desde la salud mental, sino desde la violencia. O sea, porque al final, afrontas la violencia pues, o con medicación, en caso de ser salud mental, o con el consumo de drogas en caso de tener una adicción. Entonces creo que hay que darle la vuelta a la tortilla, o sea, se trabaja mucho desde el diagnóstico de salud mental y no, o sea, desde mi punto de vista debería, o sea, hay que darle la vuelta. Entonces, trabajar el trauma y ¿el trauma a qué se debe? A ser víctima de violencia de género, entonces trabajar desde ahí.

L: Y, en tu opinión, ¿cómo describirías la relación que hay entre la violencia de género, el consumo problemático de sustancias y los problemas de salud mental? ¿Crees que uno de estos factores es consecuencia de otra?

A: No, o sea, es que todo está súper relacionado, o sea, es como una visión... o sea, si tú... el problema de las intervenciones que fracturan a la mujer en la fracción no, entonces, por un lado, tienes salud mental, por otro lado, tienes la atención a la violencia de género y por otro lado tienes la atención al consumo de sustancias. No, o sea, en mi opinión las tres cosas están interconectadas, ni una es causa-efecto de otra, sino que simplemente se relacionan entre sí. Entonces, si tú fraccionas, evidentemente vas a decir, Ah, pues la violencia, sí, seguro que la violencia de género tiene que ver con el

consumo de drogas. Sí, pero a lo mejor no... hay que tener una visión holística de la persona.

L: Y, ¿crees que es importante tratar la violencia de género, las adicciones y los problemas de salud mental de manera simultánea o crees que es mejor abordar primero uno y después el resto? Y, ¿Por qué?

A: Sí, de manera simultánea, pero también pienso que la violencia, o sea, al final, creo que la violencia... si antes no hay diagnóstico de salud mental, la violencia es el punto número uno. Entonces, okay, la violencia tiene muchas consecuencias: sociales, sanitarias, individuales, de relación, tal. Entonces creo que si tú le das la mayoría del peso a la violencia y a tratar la violencia, creo que la mujer va a ser... o sea, en empoderar.... Si la mujer es capaz de conectar con las consecuencias que ha generado en su vida la violencia de género, entendiendo que previo no había un diagnóstico de salud mental, la mujer creo que puede conectar y puede entender muchas cosas que ha sucedido en su vida, como puede ser el consumo de drogas. Entonces, sí, debe ser a la vez pero sí... yo creo en mi opinión, yo le daría un plus a la violencia porque al final creo que es el primer eje que aparece en la vida de todas las mujeres, y más en el... A ver, claro, porque luego sí que es verdad que, si una mujer no ha sufrido violencia, imagínate, no ha sufrido violencia de ninguna pareja, ¿considerarías violencia que una pareja le haya incitado al consumo de drogas y haya entrado en un círculo donde la violencia prima...? Entonces, como... o sea, es que todo está relacionado es que no puedes fraccionar, o sea, el problema es que el sistema fracciona las personas. Luego también hay muy poca coordinación entre salud mental, los recursos de violencia y el consumo de sustancias. Bueno, para empezar, lo primero de todo es que las mujeres que consumen drogas no pueden entrar a la red de violencia, o sea, tienen que estar abstinentes o se deben comprometer a empezar un tratamiento para llegar a la excelencia. Entonces, bueno, pues... ¿cómo vas a dejar de consumir si no conectas por qué consumes? si estás consumiendo porque eres víctima de violencia para intentar tapar todo lo que conlleva el trastorno de estrés postraumático, porque es una forma de gestionar el trauma y es una forma de gestionar la salud mental que tiene la mujer. No puedes coger y decir: no, deja de consumir. No, dame herramientas para que yo pueda

gestionar este consumo en base al trauma, el ser víctima de violencia... Esa es mi opinión.

L: Desde tu experiencia, ¿cuáles crees que son los momentos o los espacios en los que las mujeres víctimas de violencia de género consumen?

A: Dependiendo del perfil de mujer, pero vamos en su mayoría, las mujeres consumen en su casa, ocultando el consumo. Las mujeres tienden a consumir, encima, sustancias legales, sobre todo alcohol, benzodiacepinas y cannabis está aumentando ahora el consumo. Entonces creo que eso significa que la mujer tiene más estigma, entonces lo que van a intentar hacer es ocultar el consumo. A no ser que ya estén en un punto... o sea, yo pienso en las mujeres del centro de reducción del daño, o sea, en las usuarias, y ellas no esconden el consumo, pero porque están a otro nivel. Pero sí que es verdad que las mujeres que tienen un problema, por ejemplo, de consumo de alcohol, no se van a ir al bar a beber. Tú en tu cabeza cuando piensas de una persona alcohólica no piensas en una mujer en un bar, no, piensas en un hombre de 50 años, en el bar, con el carajillo. Entonces, bueno, o sea, las mujeres tienden a ocultar el consumo porque el estigma social es mucho más alto que en los hombres.

L: Y ¿crees que este consumo lo suelen hacer más solas o acompañadas?

A: Solas, sin duda, sin duda, sí.

L: Y ¿crees que hay un momentos específicos, ya sea antes, durante o después de los episodios de violencia en los que el consumo de sustancias se intensifique?

A: Sí, en el de agresión, o sea, de hecho, sí, hay muchas mujeres que, en mi investigación, hay bastantes mujeres que afirman que, después de ser agredidas, el querer consumir, las ganas de querer consumir, aumentaban o habían aumentado el consumo de algunas drogas, incluso hacían uso de otras drogas que no era su principal, para hacer frente a esas agresiones. Agresión, consumo.

L: Y, ¿cuáles crees que son los mayores, o los más comunes, factores de riesgo que tienen las mujeres víctimas de violencia de género con adicciones y con problemática de salud mental?

A: No tener apoyo familiar o social. Vale a ver, o sea, la cosa es que el sistema está mal. Entonces, no quiero decir factores de riesgo individuales porque bueno, pues al final soy trabajadora social y creo que lo individual está supeditado. Entonces, al final, si no hay un sistema que cubra las necesidades de las mujeres víctimas de violencia de género con salud mental y consumo de drogas, el factor de riesgo es la sociedad y el factor de riesgo es el sistema. Y aquí me quedo. Y, o sea, no tener una red de apoyo fuerte, donde la mujer pues... es que es da igual, es que, en verdad, creo que aunque tenga una red de apoyo fuerte, familiar o social, cuando entras en plan, en ese triángulo es muy difícil que simplemente el apoyo familiar sea como un factor de protección, ¿sabes? O sea, creo que es está supeditado a un problema social, o sea, el factor de riesgo a la sociedad y la atención.

L: Y, dándole la vuelta, ¿cuáles crees que son los factores de protección que reducen la probabilidad de ser víctima de violencia de género con consumo problemático de sustancias y de salud mental?

A: Pues mira un factor de protección, sería hacer una prevención adecuada sobre la violencia de género, no solo enfocada a las mujeres, sino también enfocada a los hombres porque se nos mete mucho en la cabeza lo de la red flags no en plan de señales de alerta. Bueno, en vez de enseñarnos a nosotros a protegernos porque no enseñas a los hombres que no agredan. Factor de protección, pues sería una educación igual para todos, un sistema que reconociese las necesidades específicas de las mujeres que consumen drogas que son supervivientes de violencia y que además tienen salud mental. Luego, tener apoyo familiar o social, un círculo amplio o grupos de auto apoyo, incluso... ¿qué más? Pues no estar en espacios donde el consumo de drogas pueda ser algo no naturalizado porque al final el consumo de alcohol está normalizado, entonces... y las mujeres tienden al consumo de alcohol entonces no sirve de nada. Yo diría educación a la sociedad, prevención, campañas de sensibilización y un sistema que reconozca las necesidades reales de las mujeres.

L: ¿Y crees que existe un patrón en las mujeres que he sufren violencia de género y que tienen problemas de salud mental y de consumo?

A: No, de ningún tipo, no.

L: Y, por último, ¿qué papel crees que juega la salud mental en la forma en que las mujeres víctimas de violencia de género enfrentan o responden al consumo?

A: Ni idea, no lo sé porque habrá muchas que ni siquiera sepan que la tienen. No lo sé, no tengo ni idea. Es que creo que al final es que yo, que sé, creo que afecta mucho más la violencia que la salud mental. Pero claro, la violencia tiene consecuencias en la salud mental. Es que no sé, es que me parece todo tan... no sé, creo que no juega ningún papel importante, a no ser que... O sea, es que se entiende mucho como patologizar problemáticas sociales, o sea, de... me explico, como tú eres una mujer, que ha sido superviviente de violencia de género, y entonces, pues te detectan trastorno de estrés postraumático. Sí, genial, pero ¿qué se hace desde la sociedad para que esa mujer salga adelante? Entiéndeme, como que vuelva a conectar con ella misma, que se aumente la autoestima, que no sé qué, no sé cuánto... o sea, de repente tienes un diagnóstico de salud mental y ¿qué respuesta te da el sistema ante ese trastorno? Pues medicación, incluso, que sigue siendo droga. O sea, que sigues perpetuando que esa mujer se medique para hacer frente a algo, al trauma que es que tú eso lo puedes trabajar con ella. Pero no, evidentemente, es mucho más fácil darte 4 diazepam para que tú duermas por las noches, para que seas una persona funcional, para que no conectes con el trauma y seguir perturbando el ciclo de la violencia. O sea, si una mujer que es víctima y que además consume drogas, vamos a poner benzodiacepinas, en este caso, porque tiene un trastorno de salud mental, ¿cómo es mujer no va a revictimizarse, si tú no le estás explicando, no la estás empoderando? Simplemente la estás medicando para que esté tranquilita, para que siga siendo una persona funcional y te da igual que vuelva a caer otra vez en el ciclo de la violencia. Y luego que la protección que da el Estado, el Estado no empodera a las mujeres, el Estado lo único que hace es sobreprotegerlas y al final las mujeres a si mismas adquieren un rol de víctima que es como que: no, como el Estado responde por ti... es que está fatal todo, en conclusión. En conclusión: está fatal todo

L: Pues ya está, muchas gracias, Anabel.

Entrevista 6: Laia Argimon, psicóloga experta en psicoterapia y acompañamiento en el abordaje de la violencia machista

Laura: Bon dia, soc la Laura André i soc estudiant del doble grau de Treball Social i Criminologia a la Universitat Pontificia de Comillas de Madrid. Actualment, estic realitzant el meu Treball de Fi de Grau de Criminologia sobre la relació entre la violència de gènere, el consum de substàncies i la salut mental. M'agradaria fer-te algunes preguntes perquè la teva experiència a l'àrea de la violència de gènere pot aportar-me informació valuosa. L'entrevista, si hi estàs d'acord, podríem gravar-la per facilitar el anàlisis posterior. Per últim, volia mencionar que tota la informació es tractarà amb confidencialitat i, si ho prefereixes, la teva identitat es pot mantenir anònima.

Laia: Perfecte, sí que dono el meu consentiment perquè es pugui gravar l'entrevista i no em fa res que surti el meu nom.

Laura: Perfecte, abans de començar amb les preguntes pròpiament, pots presentar-te una mica, si vols.

Laia: Jo soc la Laia Argimon, soc psicòloga i estic especialitzada tant en violències masclistes i sexuals i llavors, dins l'especialització de les violències masclistes i sexuals, he treballat en diversos àmbits. He fet l'àmbit de la prevenció i de la sensibilització, llavors en aquest sentit, he treballat tant amb persones joves i amb l'alumnat, com fent acompanyament, també, a equips educatius, a fer transformació educativa amb perspectiva de gènere, a incorporar pedagogies feministes, formació i coeducació i a l'abordatge de violències. D'altra banda, també, faig acompanyaments psicoterapèutics amb violències masclistes i sexuals, tant amb dones o nois que la viuen com amb criatures que son filles de pares agressors, tot i que això en menor mesura i ara ja no. He fet acompanyament terapèutic tant en la privada com en la pública, que això potser és interessant a nivell d'anàlisis, per algunes cosetes. I després m'he anat formant en temes de processos restauratius en violències. Un poco este es el panorama, per tant: psicoteràpia i acompanyament en l'abordatge de violències, tant en empreses com en equips educatius...

Laura: La primera pregunta és, segons la teva experiència, si creus que hi ha diferències en salut mental de les dones que son víctimes de violència de gènere? És a dir, una

vegada ja han patit la violència, creus que aquesta afecta de manera diferent a la salut mental?

Laia: Clar, d'una banda és evident que la violència afecta a la salut mental, perquè la salut mental no és només l'absència de malaltia sinó que és com poder desenvolupar totes les teves àrees personals, sexuals, socials... amb llibertat i amb plenitud. Per tant, clar, la violència, seriosament afecta a la salut mental. A nivell de diagnòstics, crec que el que passa és que amb el que ens trobem son dones que tenen diagnòstic de salut mental, potser no és tant el que entem com a violència de gènere, però que està dins les violències patriarcal. Amb violència, concretament, de gènere, per exemple, dintre la parella que està molt cronificada trobem uns diagnòstics de fibromiàlgia, per exemple. Llavors, crec que sí, crec que hi ha diagnòstics que estan fets sense tenir present que hi ha un històric de violència. Per exemple, crec que els clàssics son, en violències masclistes o sexuals en la infància i l'adolescència: els TCAs i els trastorns límits de la personalitat, especialment cap a les noies, com que és un diagnòstic totalment generalitzat. I en el cas de dones adultes: fibromiàlgia, quan hi ha cronificació de la violència, i, evidentment, ansietat, depressió i tota aquesta amalgama de símptomes que s'unifiquen en un diagnòstic d'ansietat o depressió, quan en realitat son malestars de gènere o indicadors de violència de gènere.

Laura: I, seguint una mica amb aquesta primera pregunta, creus que hi ha diferències en salut mental depenent si la dona tenia o no previ diagnòstic a la violència?

Laia: O sigui, jo crec que tenir un diagnòstic de salut mental o tenir característiques independentment del diagnòstic de patiment mental, tenir característiques de patiment mental no et fa de per si més vulnerable a la violència. Crec que el que et fa vulnerable a la violència és que hi ha un sistema patriarcal que interpreta que tenir diferents característiques et fa vulnerable. Llavors, clar, sí que hi ha característiques de salut mental que d'alguna manera, si ens ho mirem amb una perspectiva interseccional, sí que ens fa vulnerables a la violència, però no és perquè sigui una qüestió intrínseca, no és des d'aquest relat de "com que tenies ja problemes, has caigut en la violència", crec que aquest no ha de ser el relat, crec que el relat és: què passa que quan hi ha una vulnerabilitat o un context de patiment mental et fa més propens a la violència. I després, també, no ens oblidem que, i aquí ara mateix no tinc estudis, o sigui, és des de la reflexió

més de la pràctica, és que patir violència en la infància i l'adolescència, també derivarà en diagnòstics, molt probablement, perquè vivim en un sistema que ho diagnostica tot. Llavors, des d'aquí és molt fàcil elaborar el relat de: haver viscut violència prèvia o tenir diagnòstics de patiment mental prèviament et fa vulnerable a la violència de gènere. Però no crec que aquest sigui el tema, sinó, quanta violència... ha de durar perquè al final hi hagi diagnòstic. I després també, estem ara focalitzant-nos en violència de gènere, però que hi ha malestares de gènere també. O sigui, que tenim una socialització de gènere que també té conseqüències en la salut mental. O sigui, evidentment que la socialització diferencial de gènere quan ens dificulta posar límits ens està vulnerabilitzant davant d'un sistema patriarcal. Cuanta ansiedad diagnosticada cuando son malestares de género.

Laura: I, enllaçant una mica el que deies a la primera pregunta, creus que el principal diagnòstic de les víctimes de violència de gènere és el TLP o creus que n'hi ha d'altres més comuns?

Laia: Si parlem de violència de gènere com està a la llei, la violència en el marc de la parella o la ex parella, crec que potser tiraria més cap a ansietat, depressió i fibromiàlgia. Potser també té a veure amb el fet de la cronificació de la violència i de com arriben aquests diagnòstics perquè crec que el TLP és més diagnosticat en les primeres etapes, o sigui, a partir dels 16 (anys), entre el 16 i els 20. Llavors, crec que té més relació amb el trauma complex i amb la violència sexual o masclista en la infància i l'adolescència. Igual que els TCAs, alguns TCAs. I en canvi, en violència en el marc de la parella i la ex parella, en persones adultes, en dones adultes, crec que he vist més ansietat, depressió i fibromiàlgia, com a diagnòstics. El TLP l'he vist més quan hi havia un trauma complex o violència masclista a casa o violència sexual. I, una puntualització, els trastorns psicòtics en violències sexuals, no en violències de gènere, però sí en infància i adolescència o en violència de gènere però en fills i filles. Aquest també és un diagnòstic que he vist prou.

Laura: I, donant-li una mica la volta, com creus que els trastorns de salut mental influeixen en la vulnerabilitat de les dones a patir o ser víctimes de violència de gènere?

Laia: Jo crec que com qualsevol altre eix, suposo, de discriminació o vulnerabilitat, a nivell de perspectiva interseccional. És a dir, quan hi ha una vulnerabilitat de patiment mental, clar, això està dificultant el com tu et vincles amb el món. I està també marcant

com el mon et llegeix. Llavors, sabem també que les dinàmiques de violència faciliten a les persones que agredeixen... com anar a llençar el dard allà on fa falta i, clar, un diagnòstic de patiment mental, facilita saber, segurament, per on agafar això. Per exemple, diagnòstics de patiment mental moltes vegades tenen una correlació més amb aïllament social. Si estàs més sol, tens menys possibilitats de sortir de les situacions de violència. O si tens o has desenvolupat, per la teva història de vida, un tipus d'aferrament que et fa necessitar molt la vinculació o agafar-te molt a la vinculació i a això li sumes l'aïllament social, tens més possibilitats de quedar-te atrapada en la teranyina aquesta. Jo crec que des d'aquí, a nivell de salut mental, aquest seria el factor de vulnerabilitat.

Laura: I, des de la teva experiència, quines són les senyals que poden indicar que una dona víctima de violència de gènere i amb consum actiu pot estar tenint problemes de salut mental?

Laia: Clar, es que per a mi la salut mental no passa només pel diagnòstic, és a dir, una persona que està consumint ansiolítics cada dia per mitigar dolors físics, dolors crònics i patiment mental, per mi això és un problema de salut mental, no necessitem res més. Hi ha una persona que està patint. Llavors, jo crec que si una persona està vivint violència i està consumint, té un problema de salut mental, no hi ha més senyals. Una altra cosa és si això necessàriament ha d'esta col·locat com una etiqueta diagnòstica, aquí pot ser diferent. O si estem parlant de, per exemple, els trastorns mentals com de l'espectre més psicòtic de pèrdua del contacte amb la realitat, llavors aquí seria un altre tema. Però una persona que està consumint ansiolítics cada dia... hi ha un problema de salut mental. Llavors, per mi, si viu violència i hi ha consum, hi ha un problema de salut mental. Una altra cosa seria si el consum fos recreatiu i tal... Sabem, de fet, que dones que viuen violència de gènere, dones adultes que viuen violència de gènere i que han viscut en situació de violència bastant cronificada, consumeixen ansiolítics i antidepressius a punta pala. I és el que dèiem abans, on van aquestes dones? A un servei de violència? Moltes vegades no, moltes vegades van a salut. Llavors, van a salut i van amb malestars físics, van amb mals de cap, d'esquena, amb coses així i per tant, comencen el consum d'ansiolítics i antidepressius. Llavors, clar, què tenim aquí? Quin és el problema? Que els indicadors de violència son molt inespecífics, o sigui, que una persona té mals de cap constant, mal d'esquena constant, mal de panxa constant, amb molt de cansament,

aplatanament mental o aplatanament emocional... clar, això son indicadors de violència. Llavors, quan veus aquests temes de salut mental, has de poder fer el link amb que pot estar patint violència. Ara bé, segur segur segur que si hi ha aquest panorama, hi ha violència en la parella o exparella? Segurament no perquè és mol específic. Ara, té números. Llavors, clar, senyals, és que clar, per mi les senyals, o sigui, si hi ha violència i hi ha consum, és una senyal que hi ha una problemàtica de salut mental, perquè la violència afecta a la salut mental independentment del diagnòstic, jo crec. Una altra de las senyals seria l'assistència constant a serveis, és a dir, això per a mi és una senyal claríssima de salut mental, a part dels consums.

Laura: Des de la teva opinió i des de la teva experiència, com descriuries la relació entre la violència de gènere, el consum i la salut mental? Creus que un és el desencadenant de l'altre? Creus que s'alimenten mútuament?

Laia: Violència de gènere i salut mental, claríssim, o sigui, la violència afecta a la salut mental, perquè com la salut mental no és només tenir trastorns que puguin estar al DSM o no és només tenir malalties... a més, sí que sabem, també, que hi ha simptomatologia que encaixa en diagnòstics de salut mental i de patiment mental que té a veure amb la violència: ansietat, depressió, fibromiàlgia (que no estaria en els diagnòstics de salut mental, però que...). I, després, en la infància i l'adolescència: seria el TLP, psicòtics en el cas de violència sexual i TCAs. Consum: amb dones adultes amb una situació de violència cronificada, jo crec que la majoria de consums tenen a veure amb antidepressius i ansiolítics, no tant amb drogues recreatives. Sí que és veritat que, també, que si anem de la violència cap al consum, la violència acaba, a vegades, generant el consum d'ansiolítics i consum d'antidepressius i alcohol. A més a més, el consum d'alcohol de les dones, per un tema de socialització de gènere i de sistema estructural, passa bastant desapercbut. És un consum que es manté molt menys evident i explícit que el consum de persones socialitzades com a homes i això fa, també, que acabin amb l'addicció o amb el consum abusiu. Si ho girem, les dones que consumeixen altres tipus de drogues, les dones que consumeixen drogues recreatives, estan desobeint un mandat de gènere fort, o sigui, no és el mateix un home consumidor que una dona consumidora, no es lo mismo el adicto a la coca que la adicta a la coca. I això és un factor més de discriminació. Per tant, les dones que son senyalades com a consumidoras tenen més papeletas d'aïllament

social i, per tant, en contextos de consum tenen més risc. Llavors, un altre cop, no crec que el risc estigui en el fet de consumir concretament, o sigui, per mi el risc no està aquí, per mi el risc segueix sent el sistema patriarcal que diu que per les dones consumidores el fet de consumir és un eix més de vulnerabilitat i un eix més de discriminació. I a més a més, sabem també que les dones consumidores o les dones que fan un consum abusiu d'alguna droga van menys als serveis de recuperació de consum i surten abans. I surten abans perquè se les reclama abans per fer les tasques de cures i se les visita menys, perquè la gent que les visita, el que la gent considera "el enfermo" son les dones. Llavors, clar, és més aïllament al final, i per tant, més aïllament és més risc normalment. La xarxa i la comunitat és super important. I això és un altre meló que se surt del tema, però és un bon nucli fort: violència masclista, consum i presó. I això té a veure amb la violència no amb, com que consumies, llavors has caigut en la violència i com consumies has anat a la presó, no no, és que la violència jo crec que és el nucli i a partir d'aquí es van desplegant tots els elements de risc: de consum... crec que és important veure la relació entre violència, consum i salut mental no com una cadena de coses, on una et porta a l'altre, sinó com un engranatge molt més complex i sempre dins d'un sistema i dins d'un context. O sigui, per què consumir et fa vulnerable? Perquè hi ha un context i un sistema, en un altre context i en un altre sistema el fet de consumir no et fa més vulnerable a la violència. Per tant, no és tant una causa-efecte, sinó un engranatge molt més complex on hem de veure cada eix a on et col·loca i amb quina vulnerabilitat, en quin lloc.

Laura: I, quins creus que son els espais o els moments on les dones víctimes de violència de gènere consumeixen?

Laia: No ho sé, això no tinc cap estudi, no tinc res... Ara fa temps que tinc menys dones grans perquè estic més a la privada... aquest és un tema interessant: no arriba el mateix com a psicoterapeuta privada especialitzada en violències treballant a un servei públic. I això ens hauria de fer pensar coses, però bueno, aquí ja... Però m'imagino i basant-me en les que he tingut que consumien ha sigut casa, ha sigut casa en els moments de quedar-se sola, evidentment, els ansiolítics i aquestes coses potser no tant, però el consum d'alcohol, en general el consum de les dones que viuen violència es produeix més a casa. I moments en el que estan soles, normalment. Algunes, així també, per dormir. Sí, jo crec que va per aquí... Estava pensant ara en dones més grans que passen

el moment de la jubilació de l'home, també, però crec que principalment és quan estan soles a casa.

Laura: I, dins el cicle de la violència de gènere, creus que hi ha moments específics on s'intensifiqui aquest consum?

Laia: Sí, la veritat és que no ho sabia dir. O sigui, estic ara intentant pensar, però tampoc crec que tingui com tantes persones que estiguessin en violència de gènere de parella i ex parella i que estiguessin consumint. Les que em venen, han estat després de la mort de l'agressor. No puc dir que sigui la majoria, sinó casos puntuals que recordo i d'aquí no podem extrapolar res. Però he tendit a veure això en dones després de la mort (del marit). Em quadren moments posteriors a l'explosió, també són moments en que hi ha molta necessitat de dissociació, encara que potser, a vegades, no arribi a ser una dissociació... Em quadra, però no t'ho sabia dir. No ho havia observat i sembla interessantíssim, ho buscaré. I això, recordo algunes després de la mort. No sabia dir res més.

Laura: Quins creus que són els factors de risc més comuns o més importants que tenen les dones víctimes de violència de gènere, amb consum i problemes de salut mental?

Laia: Cronificació, cronificació de la violència. Tant per l'alcohol com pel consum d'ansiolítics i antidepressius. I amb altres tipus de drogues més recreatives, en altres espais, crec que també o haver-la viscut en edats primerenques, o sigui, haver viscut violència sexual o violència masclista en la infància i l'adolescència, encara que no sigui violència de gènere en el marc de la parella i l'ex parella. O sigui, si parlem de violència en la parella o la ex parella, crec que la cronificació, tant quan és parella com quan és ex parella, és a dir, en el cas de violència vicària, hi ha molt consum d'ansiolític o antidepressius. I és un tipus de violència on la violència no acaba mai, vull dir, tant si hi ha assassinat de criatures, com si no, si estan vives, al final, no tenen contacte amb la mare, fruit de la violència. Jo crec que cronificació i violència vicària i que es comenci a establir la dinàmica de la violència vicària, si és parella o ex parella. Si és altres, doncs que s'hagi produït en edats primerenques. Estava pensant, no en el marc de la parella o la ex parella, sinó en alguns tipus d'agressions sexuals. Però no ho he vist tant, no he vist tant consum abusiu després per un tema de violència, tot i que pot haver-hi

evidentment. Hi ha un factor de risc que és l'accés als recursos, no només per les dones que consumeixen: dones que fan treball sexual, fora de les cases d'acollida perquè resulta que si fas treball sexual no tens dret a un recurs d'acollida (no ho posa en cap paper, però és una realitat). Evidentment, cases d'acollida o serveis de violència... clar aquí és tota la fragmentació dels serveis: no puc ser una dona que consumeix perquè o soc una dona consumidora o una víctima de violència de gènere. I si tinc un trastorn de salut mental, soc una altra persona que te un diagnòstic de patiment mental, però no soc les tres, mai soc les tres. Llavors, la fragmentació dels serveis és un percal. Llavors, això evidentment posa en risc perquè no hi ha un abordatge com realment holístic. Cases d'acollida, si consumeixes estàs fora i et quedes sense el recurs de salut mental o de consum i hi ha poc abordatge de la violència. I no només poc abordatge de la violència sinó poca perspectiva de gènere en l'abordatge del consum. O sigui, no tot el factor de risc del tema del consum o de l'abordatge té a veure amb la violència de gènere, moltes vegades té a veure amb coses molt més bàsiques de perspectiva de gènere. Quantes dones consumidores d'alcohol hi ha que té a veure amb el nivell de cures reproductives i la violència econòmica? Em mantinc amb que la cronificació és un factor de risc i en violència vicaria ho he vist molt, però al final, això, no deixa de ser el patriarcat. Que una persona estigui vivint violència masclista cronificada... està vivint violència masclista. Què interessant! Els factors de risc, al final no són bolets, ni son bolets ni son causa-efecte de coses, és mirar tot el context. Llavors, al final ser una dona consumidora, el risc, o ser una dona que fa un consum abusiu d'una substància, el risc està en l'accés als recursos i la dificultat d'accés als recursos està en com et mira el patriarcat, també com a dona consumidora o com a dona que té un trastorn de salut mental. I també, un altre meló, per a mi, és la cosa aquesta d'emmarcar-ho en violència de gènere en la parella o ex parella. Clar, sabem que la violència sexual en la infància i l'adolescència és un factor de risc per desenvolupar consum, salut mental... i el problema que tenim és per què això no ho tenim considerat com a violències patriarcal. O sigui, la ASI és violència patriarcal i les persones que han viscut maltractament en la infància, a casa, també tenen més risc. I aquest maltractament segueix sent violència patriarcal. Ara, son violència de gènere en la parella i ex parella, com diu la legislació? No. Son violències patriarcal. Sí. Normalment tot això que és violència, maltractament a casa...? també. I la violència vicaria també genera un nivell de dolor molt difícil de sostenir. I no ho hem comentat,

però jo crec que un problema de salut mental greu relacionat amb la violència de gènere cronificada és el suïcidi, no hi ha diagnòstic, no hi ha res i llavors no son feminicidis. Per a mi, i seguint amb el fil que és molt guai que això no sigui una entrevista, sinó sigui una conversa perquè hi ha coses que estic podent pensar gràcies al que em dius tu, és que hi ha un tema que no està tant en si et passa o no et passa, sinó quin és l'accés als recursos per poder sortir. Perquè si ho mirem des d'aquest punt de vista, el factor socioeconòmic és un factor de protecció, i em sembla un rotllo haver de dir això, però crec que el capitalisme és un factor de risc. Al final, estem parlant de com son vistes aquestes dones i quin accés tenen als recursos de recuperació i de sortida. Els fills també ho son, no per res, sinó perquè et col·loca en el risc de patir violència vicaria. O sigui, pocs casos he vist de dones que tenen fills i que no viuen violència vicaria. El que passa és que com la violència vicaria estem en el... considerem que son els casos més extrems i no som capaces de detectar com a societat com la subtileza dels primers moments... llavors, em sap molt de greu, però et col·loca en un lloc d'encolatge de la violència que condiciona tot, o sigui, et condiciona com pots sortir o no de la violència i et posa, també, en risc de la violència institucional. Sí que és veritat que la percepció de les dones, el relat de la majoria de les dones és que és un factor de protecció i crec que ho hem d'escoltar perquè també és real. Si jo em miro el sistema i em miro la institució, crec que és un factor de risc. Si miro el relat de les dones, sí que moltes relaten que fan el pas de sortir de la violència... el relat és que surten de la violència per les criatures. També és veritat que crec que aquest relat jo l'he escoltat més en el moment de plantejar-se la separació, no és el relat que jo he escoltat de les dones que ja s'han separat i ja han trencat la fantasia de quan se separessin acabaria al violència. És un moment molt dur el de saber que allò era una ficció i que separar-te no acaba amb la violència. Si mirem tots els instruments institucionals que hi ha per exercir violència institucional sobre els dones que son mares, aquí ho setim. El SAP, estarà prohibit i tot el que tu vulguis, però està en el relat social, en l'imaginari, en els informes allà coladet, perquè la paraula està prohibida... ens condiciona l'accés d'una casa d'acollida. El factor de risc no son les criatures, sinó és com tenim muntat el sistema per que el fet de tenir criatures sigui una dificultat en aquest sentit. Però constitueix un mecanisme de mantenir la violència per molts mecanismes: via econòmica, via institucional, a nivell de contacte... figures com punts de trobada, coordinadors de parentalitat...

Laura: I quins creus que son els factors de protecció que poden reduir el fet de ser víctima de violència de gènere, amb consum i amb problemàtica de salut mental?

Laia: Crec que la xarxa sí és un factor de protecció. O sigui, crec que la comunitat sí és un factor de protecció. Evidentment, cap factor de protecció evita la possibilitat de, però sí crec que és un factor de protecció. Recursos econòmics, però no a caure o no caure, no considero que sigui un factor de protecció en el fet de viure violència o en el fet de consumir, però sí en l'accés que tindràs a la recuperació que tindràs després o a la sortida. Xarxa, comunitat... i em sap molt de greu dir això perquè també crec que és una cosa molt de context, però una base segura, és a dir, que la violència s'hagi produït o s'hagi iniciat en un moment de la vida concret i que no hi hagi una història de trauma complex. I això també sap molt de greu, però tenim un tema amb què passa amb les violències que es donen en la infància i l'adolescència o les persones que arriben a serveis de violència per violència de gènere però on hi ha un trauma complex. Clar, es que els serveis no estan per això perquè quan arriben als serveis ja son un "apagafuegos", ja és un anem a abordar la punta de l'iceberg del tema i qui aborda el trauma complex. Llavors, crec que la violència masclista com aparegui i que sigui molt dolorosa, que afecti a la teva salut mental sense treure-li res, però que tu tinguis una base segura crec que ajuda.

Laura: Hem parlat una mica abans sobre la fragmentació dels tres factors i de l'abordatge, però creus que és millor o més important tractar les tres problemàtiques alhora o creus que és millor abordar-les una a una?

Laia: Crec que en els processos és molt difícil fer aquesta fragmentació. Sí que crec que quan tu estàs sota consum fer un abordatge de la violència en sí és molt difícil. Quan tu estàs aplanada emocionalment i físicament per la violència o pel consum d'ansiolítics... és que l'aplanament emocional fa molt difícil un abordatge de la violència. Ara, no penso que sigui una qüestió d'establir un ordre, un què primer i què després, o sigui, sinó que penso que es pot integrar tot en el procés perquè és molt difícil fragmentar un procés. No soc molt partidària de primer una cosa i després una altra, entre altres coses perquè en l'abordatge del consum hi ha d'haver el que et porti... no soc una especialista en... he treballat poc amb consums i a més, ha estat molt amb joves, però hi ha d'haver un abordatge del consum que té a veure amb què mitiguem amb això? També en una

autolesió, què estem mitigant? Llavors, això et porta a la violència. Per tant, no crec que sigui una qüestió d'una cosa o l'altra, sí que és veritat que crec que hi ha moments per fer un... i que una persona que està consumint per mitigar un dolor, el que t'està dient és que això és molt dolorós i que de moment no s'hi pot entrar. I crec que amb això també hem de ser molt respectuoses, o sigui, t'està dient que és molt dolorós i que no s'hi pot entrar o és molt difícil entra-hi, així que crec que hem de ser molt respectuoses amb això també, però penso que un abordatge més holístic seria el millor.

Laura: I, creus que hi ha o existeix un patró dins les dones que pateixen violència de gènere, amb consum i amb problemes de salut mental?

Laia: Un patró comú... jo les dones que m'he trobat més consumidores d'alcohol o d'ansiolítics o antidepressius eren dones grans (quan dic grans vull dir adultes, no més de 65 i tal, que també, és un altre percal, a nivell de risc)... això em porta a pensar que la cronificació sí que marca un cert patró. Però no he identificat altres coses, per exemple: tot son dones que treballen dins de casa. No, no ho he vist en tots els casos això, però sí que em porta a pensar que hi ha algo en la cronificació. De fet, la depressió té molt a veure amb aguantar, al final una persona amb depressió és una persona que està sostenint molt de dolor. Per tant, hi ha algo en quant de temps he estat jo sostenint aquesta situació que fa que al final entri en criteris diagnòstics per una depressió o en un consum adictiu de substàncies. Però no et sabia dir això com un altre patró. Si parlem d'alcohol, ansiolítics i antidepressius, sí que potser, podria dir (no vull que es mal interpreti), però dones sincrètiques, de sincretisme de gènere, però potser dones que s'identifiquen més amb el rol tradicional, tot i que siguin sincrètiques. I una cosa que em semblaria important ara que dic això, i que no tinc ni idea ni ho he observat, és la relació entre sincreció i gènere. O sigui, em gènere molta curiositat saber si quan hi ha més sincretisme, hi ha més consum, que no ho sé.

Laura: I, per últim, quin creus que és el paper que juga la salut mental en la forma en que les dones que son víctimes de violència de gènere responen al consum?

Laia: És que clar, des del punt de vista que he intentat mantenir des del principi de l'entrevista que és que la violència és un problema de salut mental, o sigui... no t'ho sé dir molt bé, però crec que hi ha alguna cosa de la continuïtat del procés, de la possibilitat

d'integració i continuïtat del procés, que és més complex. Sí, alguna cosa de la integració, de la violència viscuda perquè al final estàs consumint per evitar i per tant hi ha tota l'estona aquest mecanisme evitatiu, que potser és diferent quan no hi ha consum. Hi ha mecanisme evitatiu, però és diferent. I després, la gestió del risc, clar, a nivell de procés de recuperació, la gestió del risc de vegades és un altre... gestió del risc que a vegades passa per gestió del risc de suïcidi, si hi ha molt ansiolític... quan hi ha un diagnòstic de salut mental, tot comença a explicar-se des del trastorn, des del diagnòstic i et perds tot el context de la persona que tens davant. És veritat que passa més amb uns diagnòstics que amb d'altres, és a dir, per exemple, quan hi ha un trastorn psicòtic, tot, de cop i volta, és perquè està psicotitzada. Potser no. Quan hi ha un diagnòstic de fibromiàlgia, quan hi ha un diagnòstic de depressió o d'ansietat, tot passa a formar part d'aquest diagnòstic i aquí et perds, o sigui, estàs perdent la persona, perquè només estàs veient el diagnòstic. Llavors, això, crec que no sé si canvia la resposta al consum, però el que està clar és que condiciona l'abordatge que tu fas del cas. I això passa amb més factors: quan tu tens una persona que consumeix i només estàs veient el consum, i ho expliques tot des del consum, t'està passant el mateix. I quan tens una persona davant i només veus la violència, t'estàs perdent a la persona. Llavors, crec que això no sé si canvia la resposta al consum o no, segurament no, però el que tinc clar és que canvia l'abordatge.

Laura: Doncs ja estaria, moltes gràcies!

Entrevista 7: Naiara Pérez, educadora social y experta en violencia de género.

Laura: Buenas tardes, mi nombre es Laura André y soy estudiante del doble grado de Trabajo Social y Criminología en la Universidad Pontificia de Comillas de Madrid. Actualmente, estoy realizando mi Trabajo de Fin de Grado de Criminología sobre la relación entre violencia de género, el consumo de sustancias y la salud mental. Me gustaría hacerte algunas preguntas porque tu experiencia en el área de la violencia de género puede aportarme información valiosa. La entrevista, si estás de acuerdo, podríamos grabarla para facilitar el análisis posterior. Por último, quiero mencionar que toda la información se tratará con confidencialidad y, si lo prefieres, tu identidad puede mantenerse anónima.

Naiara: Vale, perfecto, puedes grabar lo que quieras para luego recabar bien la información.

L: Pues, antes de empezar con las preguntas, si quieres puedes presentarte un poco.

N: Pues yo soy Naiara, Naiara Pérez, soy educadora social. No llevo mucho tiempo de recorrido porque me titulé el año pasado, justo el curso pasado, pero bueno, justamente sí que tengo un poquito de experiencia en los 3 sectores de los que has hablado, salud mental, adicciones (menos que en los otros dos) y violencia de género. Ahora mismo estoy trabajando como educadora en un centro de mujeres en Guadalajara que forma parte de toda la red de protección a la Mujer de Castilla la Mancha. Y nada, también tengo, pues, formación habilitante concreta en violencia de género, que es bastante importante para el trabajo en este ámbito. Y eso te puedo contar.

L: Vale entonces como primera pregunta, según tu experiencia, ¿crees que hay diferencias en los diagnósticos en salud mental de las mujeres que son víctimas de violencia de género? Es decir, una vez han sufrido la violencia de género, ¿crees que está afectada de manera diferente a la salud mental?

N: Yo por lo que he visto afecta bastante distinto, en el sentido de que, no es lo mismo una mujer que ha estado estable toda su vida o que en ese momento vital es estable, tiene una autoestima fortalecida y una estabilidad en general en su vida, que una mujer que sí que sufre cualquier problema de salud mental, ya que es mucho más vulnerable para cualquier tipo de violencia que una que no. Además, después de que sucedan, pues los episodios de violencia de género, el tiempo que sea, al final ese esos problemas de salud mental se intensifican, incluso se cronifican de una manera distinta que una mujer que no los ha sufrido, o sea, al final es mucho más fácil poder tratarlos en terapia o lo que sea de una persona que ya los tiene. Obviamente, ambos son tratables y en un buen centro, con unos buenos profesionales y una red en general completa es posible, pero acaba siendo mucho más grave, claro, por lo que yo he visto y según mi experiencia.

L: Y siguiendo un poco con esta primera pregunta, ¿crees que hay diferencias en cuanto a salud mental dependiendo de si la mujer tenía previo diagnóstico o no a la violencia?

N: Yo por lo que visto sí, en el sentido de que se acaban desarrollando problemas, quizás un poco más graves o menos reversibles. Al final, pues cualquier víctima de violencia de

género suele acabar teniendo ansiedad, depresión, trastorno por estrés postraumático pero mujeres que igual antes ya tenían cierto diagnóstico, pues muchas veces yo he visto que hay muchas mujeres que acaban teniendo TLP, por ejemplo, problemas de conducta alimentaria... un poco un poco eso y, en general, síntomas somáticos mucho más graves: de dolores crónicos de cosas así que se cronifican en su vida y que ya se quedan ahí. Aunque sí que es verdad que hay casos de violencia de género muy graves, muy extremos en los que al final la mujer acaba prácticamente igual aunque en su vida haya sido estable que una mujer que ha tenido diagnóstico previo.

L: Y en cuanto a los diagnósticos, has comentado la ansiedad y la depresión, y también el TLP, que también suena mucho. ¿Crees que estos son los diagnósticos estrella o destacarías otro algún otro?

N: Yo según lo que he visto, sí que son los más frecuentes, o sea de cualquier mujer que haya sufrido violencia de género: ansiedad y depresión y ciertas, ideas obsesivas, compulsivas, cosas así también y lo de trastorno límite de la personalidad, por ejemplo, lo he visto más en mujeres que ya tienen una historia previa. Y también los síntomas somáticos, lo he visto un montón, sobre todo cuanto más mayores son las mujeres, o sea sí que es verdad que he estado con mujeres más adultas y más mayores, pero yo sí que he visto la diferencia un poco entre las jóvenes, como síntomas somáticos muy visibles, como de dolores que no sabes de dónde vienen, de repente me pasa esto, pero me pasa lo otro, que no tiene relación alguna, pues posiblemente venga de ahí.

L: Y dándole un poco la vuelta, dándole un poco la vuelta a lo comentado hasta ahora. ¿En qué medida crees los trastornos de salud mental afectan o influyen en la vulnerabilidad de las mujeres a ser víctimas de violencia de género?

N: Pues creo que se vuelven mucho más vulnerables, sobre todo, o sea dependiendo del grado también del problema que tengan y de la dependencia que tengan a otras personas, su propia independencia, su propio autoconcepto de ellas mismas y demás, pero, muchas de ellas acaban, pues, teniendo mucha dependencia emocional de sus parejas, entrando a relaciones codependientes, también relacionado con las adicciones, mucho más fácilmente que otras de las mujeres. Además, al final acaban teniendo muchas dificultades, en ciertos casos, de identificar qué está pasando y que eso es

violencia y el cómo salir de ahí porque están muy atadas a la pareja. También yo siento que se las infantiliza un poco, la verdad desde ciertos sistemas y, por ejemplo, desde la policía, la Guardia Civil y todo esto yo por lo que he visto a la hora de poner denuncias y creer a las víctimas... eso sí que se ve bastante influido también y que eso es un factor de vulnerabilidad importante, la verdad.

L: ¿Y desde tu experiencia, qué señales dirías que son como las que indican que una mujer que es víctima de violencia de género y que también tiene adicciones podría también tener problemas de salud mental?

N: En parte, esto de que te he dicho de las dificultades de identificar la violencia y romper ese ciclo de la violencia, creo que sería una de las señales de que tiene cualquier tipo de problema de salud mental. Quizá también el tipo de adicción que tenga, porque no es lo mismo una adicción a la marihuana, a la cocaína que una adicción a las benzodiacepinas o los tranquilizantes. Creo que, por ejemplo, si tiene una adicción a estas últimas sustancias, probablemente tenga algún tipo de problema de salud mental, aunque sí que es verdad que habría que hacer un estudio muy concreto porque las mujeres, en general, la sustancia que más consumen es esta, que ya la habrás visto haciendo TFG y todo. Al final, es que son las sustancias que más consumimos las mujeres, pero creo que sí que puede se podría ver como una sobre ingesta de este tipo de medicación, más allá de lo que a lo mejor pueda tener pautado.

L: Y, ¿cómo describirías tú la relación entre estos 3 factores? O sea, ¿crees que hay uno que desencadena otro? ¿Que los tres se influyen, se retroalimentan entre ellos?

N: Con esta pregunta, me he quedado así, pensando un poco, porque no sé realmente qué factor puede desencadenar qué. Sí que es verdad que yo he visto mucho el problema de que una mujer que en principio no ha tenido una adicción, ha acabado con un hombre que sí que las tiene y que la ha metido a ella en ese mundo y que haya acabado con esos problemas de adicción. Y que esas relaciones suelen ser de violencia de género y suele haber ciertas dinámicas de violencia muy claras. O sea, esto se ve mucho en, pues en poblaciones muy vulnerables, muy marginales, en las prisiones, en personas que están en calle, como que se ve mucho eso, que, o sea, la mayoría de parejas de las que yo he visto que están en calle y que están en prisión, están en esa dinámica de violencia de

género y muchas de ellas, a mí me han contado que ellas han empezado a consumir por su pareja, porque al final se adentran en ese mundo y sea una sustancia, o sea otra, sea por ocio o por abstraerse del mundo, acaban cayendo ahí. Entonces, en ese sentido, creo que sí, que quizá la violencia de género va un poco antes en el ciclo que los problemas de adicción. Y ya en el sentido problemas de salud mental o trastornos, creo que dependerá el caso, ya que algunas, por ejemplo, pueden ser mucho más vulnerables para acabar en ese tipo de relaciones u otras acabar padeciendo estos problemas debido a todo el recorrido que tienen antes de violencia y la historia traumática que tiene.

L: Y desde tu experiencia, ¿cuáles dirías que son los momentos o los espacios en los que las mujeres víctimas de violencia de género suelen consumir?

N: Vale eso, yo sí que es verdad que, por ejemplo, no lo he visto con mis propios ojos porque al final he estado en recursos en los que eso no está permitido o está regulado, pero cuando he estado trabajando en calle ahí he visto que las mujeres consumen con sus parejas, o sea, consumen frecuentemente con sus parejas, son sus parejas las que se encargan de que ellas consuman, entre comillas. Son ellas quienes... tienen x dinero a la mujer, son las parejas, los agresores, los que se encargan de coger ese dinero, comprar esa droga y distribuir esa droga. Entonces yo he visto que es muy común que consuman juntos, aunque en el caso de que no haya un consumo por parte de las dos personas, ahí es cuando creo que la mujer puede consumir sola, pues eso, tranquilizantes y otro tipo de drogas que no tienen que ver con el ocio, como que las consume ella sola para poder calmar todo eso que está pasando sin que su pareja lo sepa, porque eso también puede llevar consecuencias de violencia hacia ella. Entonces creo que depende mucho como el contexto, depende mucho de si es, pues eso, una mujer que está en calle, que está frecuentemente con personas y grupos y demás que por ejemplo el típico caso de la mujer que está aislada totalmente en su casa y que no sale para nada vendería. Yo creo que un poco ese contexto, la verdad.

L: Y, dentro del del ciclo de la violencia de género, ¿crees que hay como alguna fase específica en la que ese consumo de sustancias se intensifique?

N: Claro, o sea, dependiendo como... el momento es que puede ser como una excusa, pues, en el momento de la luna de miel suele pasar que al final, pues si la pareja

consume, consumen juntos y es un momento de buah, gozártelas, sabes, hablando mal. Y luego en todo el momento más feo y más oscuro, pues lo mismo, pero no para celebrar, sino para abstraerse de eso y siguiendo su conducta y su adicción, pero no sé si se intensificaría en algún momento. También, ¿me estás preguntando por el consumo de la mujer o de agresor de la mujer?

L: No, de la mujer.

N: Pues yo creo que en esos momentos puede ser. Quizás unos, pues más eso, llevados por la alegría y el estar bien con tu pareja, por fin y así, y el otro Pues por todo lo malo de la situación.

L: Y, ¿cuáles crees que son los factores de riesgo como más comunes o mayores que tienen las mujeres que son víctimas de violencia de género, que consumen y que tienen problemas de salud mental?

N: Claro, es que tienen muchísimas, porque es que es una vulnerabilidad múltiple. Dependerá mucho de su contexto, pero, la falta de red de apoyo de familiares y amigos, eso es algo que vemos en tanto en personas con adicciones como problemas de salud mental como como por ser víctimas de violencia de género. La dependencia, esa dependencia emocional de la que te hablaba antes, pero también la dependencia económica por parte de las mujeres al agresor, muchas veces ellas son las que están aisladas, él, por ejemplo, es el que trabaja o a lo mejor ella también trabaja, pero es él el que maneja el dinero y el que hace lo que quiere con él. También, relacionado con lo que te he dicho antes, la dificultad de detectar estas cosas, porque al final, cuando tienes una adicción, si ya de por sí es difícil identificar que tienes esa adicción y te vuelcas a llevar a cabo un tratamiento y desprenderte de ello, pues es que si ya tienes un problema de salud mental... es que esos límites están como súper difuminados, o sea, tampoco, o sea, yo, como que he visto que si ya de por sí, en muchos casos, a las mujeres les cuesta aceptar que su pareja es un agresor y que le están haciendo daño y querer salir de ahí, por todo lo difícil que lo tienen, pues es que cuando tienes un problema de salud mental muchísimo más, o sea, yo he visto casos como muy evidentes de niñas y adolescentes de 16 años con señores de 40 y tantos que tienen, por ejemplo, la historia como muy fantasiosa, es una historia, como muy fantasiosa. Tampoco han recibido muchas veces

una educación, las mujeres con trastorno mental grave, una educación ni sexual, ni relacional en general, como para saber lo que es normal y lo que no. Porque al final, a este tipo de mujeres se las infantiliza muchísimo. Entonces, viven como en una historia que no es real, o que yo he visto, sabes. Y aparte de esto, no sé si se podría considerar factor de riesgo, pero un poco la revictimización de esas mujeres porque es que ya no solo son víctimas de violencia de género, se les cuestiona por todas partes y que tienen que repetir ese discurso 1000 veces a cada sitio al que van, sino que es que encima no te toman en serio porque tienes una adicción, porque a lo mejor eres una yonqui mal dicho, porque eres una loca. Y por todo esto es que nadie te toma en serio y parece que te lo has buscado tú. Entonces, cuando muchas veces sí, pues a lo mejor has estado con ese hombre porque necesitas consumir o porque tienes una dependencia emocional y buscas un cariño por tu historia de vida en cualquier parte, pero eso no justifica nada, obviamente. Entonces es que esto es una montaña de factores de riesgo, o sea. Y los hijos, pues creo que son los dos factores. Muchas veces esta violencia comienza cuando la mujer se queda embarazada o cuando justo tienen los niños, o sea, hay un montón de casos en los que justo comienza la violencia y antes el señor era maravilloso y de repente pasa esto. Pero a la vez creo que es un factor de protección para que esa mujer pueda dar un paso de salir de ese entorno, de ese hogar y querer proteger a sus hijos, o sea, al final a veces es la única motivación que tienen, porque si fuera por todo lo demás, estarían tan mal que no lo harían, pero por protección de sus hijos y por querer que ellos salgan de ahí, tanto por porque ellos no vivan y no vean eso que ella está sufriendo como muchas veces, que no sufran esa propia violencia en sus carnes, que muchas veces la sufren, o sea, siempre la sufren de alguna manera, directa o indirectamente. Entonces creo que en ese sentido puede ser un factor de protección bastante grande.

L: Entonces, aparte de los hijos, ¿cuáles dirías que son los factores de protección que puede tener este colectivo?

N: Pues, obviamente, pues en general, al contrario que con los factores de riesgo, el tener unas redes de apoyo fuertes y tener relación con familiares, amistades y no estar aislada en ese sentido y tener un apoyo para cuando ya decida dar el paso de lo que sea. También en este caso, teniendo adicciones y problemas de salud mental, el formar parte de algún recurso o estar dentro de algún proyecto que las ayude un poco a también

quizás detectar esto y poder ir poco a poco saliendo de esa situación. También, o sea, ya no solo el pertenecer, sino el acceso que puedan tener a esos recursos, que es muy diferente. También, uno los factores de protección pueden ser, pues, su formación y su educación y su situación laboral, ya que no es lo mismo una mujer formada con cierto nivel cultural y a lo mejor pues con un trabajo estable, que una mujer que no tiene nada de eso entonces. Entonces, quizás, bueno, muchas veces no ocurre, pero esa dependencia económica puede no existir como factor de riesgo. Y, en general, lo mucho que te ayuda ser una persona que ha tenido la oportunidad de formarse, de ser consciente de ciertas cosas, de estar en entornos donde eso se hable y demás. Y yo creo que un factor de protección también muy importante de por sí es la resiliencia de cada persona. Pero en todos los casos de violencia, tanto violencia y maltrato infantil, como violencia de género, como cualquier situación de este tipo de la que de la que puedas salir, es la propia resiliencia de la de la persona que eso yo creo que es algo que va un poco innato y que obviamente si tienes todos los factores en tu contra, puedes tener mucha resiliencia, pero que sea imposible salir de esa situación. Pero también hay muchos casos en los que tú ves a la persona y dices, yo no sé cómo ha sido capaz de salir de todo esto, de haber acabado tan bien, o sea y tan en tus cabales con todo esto que tienes encima y posiblemente sea por esa resiliencia propia, la verdad, que es algo que nos guste o no nos guste, es un poco que va en cada una de nosotras.

L: Y, hablando ya más del tratamiento o de la intervención, ¿crees que es mejor o más importante, tratar estos factores de manera transversal u horizontal? ¿O crees que hay que abordar primero una cuestión y después el resto?

N: Claro, es que esto ya depende de cada persona, de cada situación. Es que depende un montón porque dependiendo el riesgo que tenga esa mujer, yo creo. O sea al final aquí habrá muchísimas opiniones, supongo, pero, lo primero, cuando sales de un hogar y una casa donde hay violencia de género, es la protección de esa mujer, tenga adicciones, tenga lo que tenga. O sea, hay muchas veces que el riesgo es muy alto o es extremo y que desde los propios recursos para la mujer, residenciales como como en el que estoy yo, lo primordial es que esa mujer salga de ahí y esté en un centro donde no se le pueda localizar, donde, o sea, sea temporal o sea a largo plazo, pero donde el agresor no la puede encontrar, o sea, dependerá mucho de los casos. Pero es que

muchas veces, pues hay amenazas de por medio, amenazas a la familia, una búsqueda constante de esta persona, o sea, por ejemplo en desde la red en la que yo trabajo, si un caso ocurre, por ejemplo, en Cuenca, a esa mujer le van a mandar a un centro que esté bastante lejos de Cuenca, por ejemplo, que dentro de lo que quepa, si la familia vive, pues en ese caso en Castilla La Mancha, pues que esté lo más cercano a la familia posible, pero que esté lo más lejano del agresor posible. Entonces en ese caso, pues ya la adicción se tratará en otro momento porque está en riesgo su vida, o sea, la están buscando. Entonces yo creo que dependerá el caso, si hay casos en los que eso no ocurre y el riesgo es bajo, pues creo que es más fácil poder trabajar todas las cosas simultáneamente. También es que dependerá el tipo de recurso al que esa mujer acuda o si acude a algún recurso. O sea, lo ideal en estos casos sería que esa mujer acabe viviendo en una casa de acogida que esté especializada en estos problemas, que las hay, en mi caso, por ejemplo, no es no es ese tipo de perfil y ahora tenemos a una chica que tiene ese perfil literalmente, o sea, es una chica joven con problemas de salud mental, también, una discapacidad alta, algo que también otro factor de riesgo más, que ha tenido adicciones en su pasado, no sabemos si las tiene. Pero hay recursos que no están capacitados, pero hay otros que sí y se puede trabajar tanto la problemática de violencia de género como las adicciones, como los problemas de salud mental, en la medida que se pueda, también, y dependiendo lo cronificados que estén, con un equipo interdisciplinar en ese recurso. Eso sería lo ideal, otra cosa es que se haga. Pero creo que en primer lugar es eso, la protección de la mujer y ya todo lo demás, sin dejar de ser menos importantes, pero, pero es que hay casos muy chungos en los que la mujer está muy en riesgo. Entonces eso es un poco lo que yo he visto.

L: Y ¿crees que existe un patrón en las mujeres que sufren violencia de género, que tienen problemas de salud mental y adicciones?

N: Es que ahí es un poco como lo que te he comentado antes por encima de la mujer que tiene su casa, sus hijos, su familia, una aparente estabilidad y la mujer que está en riesgo de pobreza o en calle, en prisión o en algún sitio así. O sea, creo que creo que habría un patrón un poco, sobre todo en la parte de pobreza y de situación de calle, ahí yo lo he visto mucho más porque en los otros casos pues obviamente hay ciertos patrones que sí que se corresponden y el ciclo de la violencia normalmente es el mismo

y demás, pero ahí hay mujeres que trabajan, hay mujeres que no trabajan, hay mujeres con hijos, mujeres sin hijos. O sea, al final ahí yo creo que es mucho más fácil encontrarte un abanico de casos que es un poco también lo que caracteriza la violencia de género, que no es un perfil concreto ni de agresor ni de víctima, sino que cualquier hombre puede ser agresor con o sin problemas de salud mental y cualquier mujer puede ser víctima por muy estable que sea mentalmente, pero sí que es verdad que eso en situación de calle, y así sí que lo veo, lo veo muy claro. La mujer empieza con la pareja, quizá tiene algún tipo de problema de salud mental, están en una situación muy vulnerable, el señor consume, entonces, ella empieza a consumir, muchas veces también empieza, pues a vender y a que su vida se base un poco en eso y esa relación, pues se empieza a poner fea y ya no puede salir de ahí, porque también, además, como estés en calle, cualquiera deja a su pareja porque al final sientes un miedo constante de que te pueda pasar algo. Hay muchas veces esas mujeres prefieren quedarse con su pareja, y esto también lo veo como un patrón: prefieren quedarse con su pareja que volver a estar solas y vulnerables, o sea, y suena fatal, pero prefieren que les haga todo ese daño y que quizá las viole y las pegue el mismo hombre a que cualquier día pueda pasar. Con cualquier otro hombre de la calle, entonces, ahí sí que veo un patrón, la verdad.

L: Y, por último, ¿qué papel crees que juega la salud mental en la forma en que las mujeres que son víctimas de violencia de género enfrentan o responden al consumo?

N: De que respondan al consumo... es que al final, en ese sentido, pues yo creo que complica mucho más que esa adicción pueda tratarse, o sea, al final estas mujeres acaban estando mucho más aisladas por su pareja, acaban perdiendo esas redes de apoyo de las que hablábamos, acaban, si quizás formaban parte de algún recurso, acaban, no formando parte de ese recurso porque no se les permite porque hay amenazas de por medio, por lo que sea. Entonces al final, creo que de esa manera esa adicción, pues sigue para adelante y que, si en algún momento ha tenido una pequeña salida o un pequeño camino a ello, pues vuelve para atrás. Entonces, incluso se puede intensificar ese consumo, a nivel inhibición y abstraerse de eso que están viviendo, yo creo que con cualquier tipo de sustancia, la verdad, acaba siendo uno de los mecanismos que una persona con adicciones tiene para enfrentar la situación que está pasando.

L: Ya estaría, ¡muchas gracias!

Entrevista 8: Cristina Pereira, jurista, criminóloga y agente de igualdad con especialización en violencia de género

Laura: Buenas tardes, mi nombre es Laura André y soy estudiante del doble grado de Trabajo Social y Criminología en la Universidad Pontificia de Comillas de Madrid. Actualmente, estoy realizando mi Trabajo de Fin de Grado de Criminología sobre la relación entre violencia de género, el consumo de sustancias y la salud mental. Me gustaría hacerte algunas preguntas porque tu experiencia en el área de la violencia de género puede aportarme información valiosa. La entrevista, si estás de acuerdo, podríamos grabarla para facilitar el análisis posterior. Por último, quiero mencionar que toda la información se tratará con confidencialidad y, si lo prefieres, tu identidad puede mantenerse anónima.

Cristina: No, no hay problema con que pongas mi nombre.

L: Entonces, antes de empezar con las preguntas propiamente, puedes presentarte un poco si quieres.

C: Bueno, soy Cristina, yo estudié el doble grado en derecho y criminología en Salamanca, en la Universidad de Salamanca, hice el máster en intervención internacional en violencia de género en la Universidad Internacional de Valencia, lo hice online. Después ya empecé a trabajar en el ámbito de la igualdad, ya me metí un poco en el ámbito en las prácticas, en el máster, etc. Después empecé a trabajar en el sitio donde estoy ahora, llevo dos años, que es una consultora, en el que estoy en el departamento de igualdad y me dedico, pues eso a hacer planes de igualdad, investigaciones de acoso laboral en empresas, protocolo de acoso, formaciones. He estado también en otras empresas dando formaciones de igualdad de violencia de género, etc, y ahora estoy estudiando también el grado en psicología, porque bueno, me interesa el ámbito de también de la violencia de género desde esa perspectiva. Y bueno, esa básicamente soy yo y bueno, pues eso, ahora estoy trabajando de eso y llevo dos añitos y voy haciendo trabajos por ahí que voy encontrando.

L: La primera pregunta es, según tu experiencia, ¿crees que hay diferencias en el diagnóstico de salud mental de las mujeres que son víctimas de violencia de género? ¿O

sea, una vez han sufrido la violencia, crees que esta afecta de manera diferente a la salud mental?

C: Sí, considero que depende totalmente de la persona. Sí que es verdad que obviamente un trauma siempre va a dejar, pero también depende mucho de cómo cada persona pase ese trauma. Pues, bueno, también depende de experiencias anteriores, de esa persona. Hay, por ejemplo, víctimas de violencia de género que sufren una vez la violencia de género y eso también les ayuda, en ese sentido, a luego ser capaz de reconocer comportamientos negativos en próximas parejas o comportamientos que ellas consideran una red flag a la hora de conocer a alguien, pero luego hay otras víctimas de violencia de género que se pasan prácticamente toda su vida en bucle, ligadas a este tipo de relaciones. Entonces, bueno, considero también que es muy importante el tipo de experiencias previas que hayas tenido, tu red de apoyo, social, económico, cultural, etc., también para ayudarte a salir de esa situación. También, pues eso, tener un apoyo, por ejemplo, psicológico, a la hora de vivir este tipo de situaciones o poder entender qué es lo que te está sucediendo, muchas veces puede ayudarte a no volver a repetirlo, sin embargo hay muchas mujeres en las que se vuelve a repetir y entonces hace que el trauma se desarrolle de una manera diferente, que acaban incluso culpándose o que acaban creyendo que no hay un problema, que ellas son el problema, acaban recayendo constantemente en este tipo de relaciones. Entonces, sí creo que depende totalmente de la persona, de la reacción que tengan.

L: Y siguiendo un poco con esta primera pregunta, ¿crees que hay diferencias, en cuanto a salud mental, dependiendo de si la mujer tenía o no diagnóstico previo a la violencia de género?

C: A ver, creo que también, o sea, considero que cada mente es un mundo y aunque podamos explicar el fenómeno de la violencia de género con rasgos generales, porque al final, sí que hay aspectos que se relacionan en todos los casos. Sí que es verdad que cómo afecta a tu mente va a depender totalmente de la persona que lo está viviendo. Sí que es verdad que si una persona ya ha acudido anteriormente a psiquiatra o a terapia y ya le he hablado anteriormente de que tenía, por ejemplo, una persona que sufre depresión, y esa persona conoce lo que le sucede y conoce, también, herramientas para poder pasar ese trauma o pasar esa situación, sí que supongo que esa persona será luego

más, no más sencillo, sino más fácil de poder llevar a cabo esas herramientas que tiene que otras personas que no han sido diagnosticadas anteriormente no tienen porque no saben si tienen algún tipo de problema de salud mental, en caso de que lo tengan. También creo que, bueno, depende totalmente, o sea, hay personas, pues por ejemplo, con depresión, que eso puede hacer también que sea un síntoma que te haga pues ser más vulnerable a la hora de poder caer en este tipo de relaciones, también, el hecho de, pues bueno, estar mentalmente, pues más irascible, es posible que esa persona te engañe y te manipula. Si al final es una persona tipo de trastorno mental, trastorno de la personalidad que te hace tener pues más dependencia hacia otras personas, también eso puede ayudar a que puedas recaer más en esa relación. Y también puede ayudarte también en lo contrario, a que luego también te puede afectar más, porque si es una persona que al final tiene depresión, sufres esta situación, puede hacer que esa situación acabe contigo por completo, y esa depresión caes todavía mucho más en ella que si eres una persona que no tenía diagnóstico. Como todo, eso, depende muchísimo de los de los casos concretos, claramente. Pero bueno, sí que creo que puede influenciar bastante tanto positivamente, si eso te ayuda a tener herramientas, como negativamente en el sentido de que te puede provocar un trauma, o una mayor afectación en ese problema de salud mental que ya tenía.

L: Y, ¿cuál dirías que es el principal o los principales diagnósticos de salud mental de las mujeres que son víctimas de violencia de género?

C: Creo que los principales son el trastorno de estrés postraumático, la depresión, ansiedad, ataques de pánico, todo lo que tiene que ver relacionado con eso, con la depresión, yo creo que es lo más común. Al final la violencia de género es algo que te hace sentir... es una situación te hace sentir, también, muy culpable a ti misma como persona, por acabar en estas situaciones, no solo por ti misma, sino también por la sociedad en la que vivimos, las culpabiliza muchísimo. Entonces yo creo que eso también influye mucho a la hora de luego de poder desarrollar un trastorno obsesivo de, he tenido parte de culpa. Esto siempre, cómo llegué a permitir todo eso, etcétera. Entonces yo creo que ese es el más, el más común, que pueden desarrollar las víctimas de género y obviamente un trastorno de estrés postraumático, casi siempre, obviamente, lo van a desarrollar.

L: Y, dándole un poco la vuelta a lo que hemos comentado hasta ahora, ¿en qué medida crees que los trastornos de salud mental influyen en la vulnerabilidad de las mujeres a ser víctimas de violencia de género?

C: A ver, es lo que comenté un poquito antes, sí que creo que, por ejemplo, si tienes un trastorno mental hace que tengas una mayor dependencia emocional hacia otras personas, pues eso que dependas, pues del cuidado de otras personas o que necesites como ese apoyo constante, esa reafirmación de otras personas, sí que puede hacer que seas más vulnerable a la hora de poder caer en este tipo de situaciones porque al final que vayas a ver víctima de violencia de género no te lo dicen desde un principio, sino que al principio todo lo opinan como algo perfecto, te dan esa atención que tú buscas, te manipulan de manera que se comportan como la persona perfecta para ti y al final, si estás en una situación en la que necesitas eso, pues al final vas a ser más vulnerable a caer en eso. Pero no creo que sea algo que sea que sí o sí va a dar lugar a que vayas a caer más o menos. Creo que una persona en plenas facultades puede igualmente caer en una relación de violencia de género sin ser consciente de ello, obviamente.

L: Y, en tu opinión, ¿cómo describirías la relación entre la violencia de género, el consumo de sustancias y los problemas de salud mental? ¿Crees que una es desencadenante de otra?

C: A ver, considero que, bueno, puede ser una... como que puede ser un círculo vicioso, no un poco, sobre todo que la violencia de género sí que es verdad que tener trastornos de salud mental, que también puede dar lugar a trastornos como, por ejemplo, el alcoholismo, la drogadicción, etc., pueden hacer que seas más vulnerable y que esa vulnerabilidad te lleve a terminar en este tipo de situaciones y también vivir este tipo de situaciones te pueden llevar a vivir, pues de una manera que luego esto te provoca depresión, intentar pasar por el trauma o intentar sobrellevar esa situación mediante las sustancias... Entonces creo que puede ser como un poco, un círculo vicioso y que está, pues relacionado, no solamente con la víctima, sino incluso también con los agresores, también creo que está bastante relacionado, obviamente desde otra perspectiva. Pero también considero que está muy relacionado al final con el consumo de sustancias y es un factor de riesgo a la hora de ser una persona que ejerce este tipo de actuaciones y también algún tipo de trastorno mental como puede ser el trastorno narcisista,

antisocial, etcétera, etcétera. También te pueden llevar a dar lugar a este tipo de situaciones, no siempre, obviamente, la mayoría de los hombres que ejercen violencia de género no tiene ningún trastorno mental, ni consumen sustancias, pero bueno, sí que puede dar lugar a. Pero bueno, en el caso de las víctimas sí que creo que puede dar lugar a un círculo vicioso.

L: Y desde tu experiencia, ¿cuáles dirías que son como los momentos o los espacios en los que las mujeres que son víctimas de violencia de género consumen?

C: Estando dentro de la relación, te refieres, ¿no? Yo creo que la mayoría de los casos estas mujeres lo harían bueno, salvo que su agresor también lo haga y que sea él el que también las influye a que ellas consuman, que entonces, obviamente delante de él. Pero no creo que delante de él lo hiciesen, la mayor parte de las víctimas, seguramente lo harían cuando están a solas, cuando ya pasan la relación, son conscientes de lo que han vivido, son conscientes de todo lo que ha sucedido e intentan pasar ese trauma de manera, intentan no pensar, etcétera, y al final hay personas que no tienen, pues esos recursos económicos, sociales y de apoyo para poder sobrellevarlo, y acaban consumiendo para poder sobrellevar todo lo vivido. Pero bueno, yo creo que si están dentro de la relación, la mayoría de las mujeres lo harían cuando se queden solas, cuando esa persona no está, para evitar la represalia que pueda tener sobre ellas.

L: Y, dentro del círculo de la violencia de género, ¿crees que hay algún momento en el que ese consumo se intensifique por parte de las víctimas?

C: Yo creo que cuando es ese momento en el que de repente pasa todo de ser idílico, la fase de luna de miel termina y de repente vuelve a ser la persona que tú creías que no iba a volver a ser porque te había prometido que no iba a volver, yo creo que se puede intensificar que esa persona se sienta, pues vale, no entiendo nada, esto se supone que no iba a volver a suceder, me prometí a mí misma que esto no lo iba a volver a permitir, él me prometió no hacerlo y esa también esa sensación, esa ansiedad, ese no entender, puede llegar a dar lugar a que, a aumentar ese consumo. Creo que en la luna de miel sería cuando menos, cuando más lo reduciría, porque es como que esa dependencia, esa sensación de ansiedad está más calmada por la propia persona. Si la persona empieza a comportarse de una manera en la cual no te está calmando para nada esa esa

dependencia que te ha creado él mismo, pues entonces lo intentas calmar y ocultar, pues con el consumo de sustancias.

L: Y, ¿cuáles dirías que son los mayores o los más importantes factores de riesgo que tienen las mujeres para ser víctimas de violencia de género, con adicciones y con problemas de salud mental?

C: Yo creo que el factor de riesgo más importante es el contexto sociocultural en el que te crías, bueno que naces, al final las mujeres sin recursos tanto económicos como formativos, que te permitan conocer un poco qué es esa realidad, que existe, que hay millones de mujeres que lo sufren, por qué pasa, conocer qué es la violencia de género, saber acerca de la misma, conocer acerca de la salud mental, de proteger tu salud mental, de herramientas para ayudarte a tener una salud más estable, etcétera, etcétera, te ayuda mucho a la hora de poder, pues de prevenir este tipo de situaciones o si estás en este tipo de situaciones, poder llevarlas o salir de las mismas. Si al final tú no, nadie te dice que lo que estás viviendo es algo que así no es, si nadie te dice que lo que estás viviendo, si nadie te dice cuidado con las personas, si nadie te dice que no pasa nada porque te sientas deprimida, no pasa nada porque sientas que nada en tu vida vale la pena, vas a salir esto, si nadie te educa en eso, si no tienes una red de apoyo también, pues al final es mucho más fácil que vayas a caer en este tipo de relaciones. Entonces, el mayor factor de riesgo es eso.

L: Y bueno, has comentado un poco que conocer y saber sobre estos temas es un factor de protección, pero ¿crees que hay alguno más?

C: Sí, obviamente, considero que tener una red de apoyo social importante es uno de los factores de protección bastante relevante. También considero los recursos económicos, bastante relevantes a la hora de, pues eso, tener una red de apoyo que te ayude a salir de este tipo de relaciones. Considero que esos son los más importantes, esos tres son los más importantes.

L: Al intervenir con esta población, ¿crees que es mejor o más importante hacerlo de manera transversal? Es decir, ¿abordar las tres problemáticas a la vez o crees que es mejor tratar primero una y después el resto?

C: Yo considero que lo mejor sería primero tratar individualmente cada problema, cada situación, y después sí que se puede llevar a cabo cuando estás avanzada en el proceso terapéutico, sí que se puede llevar a cabo un proceso total en el cual puedas hacer ver a esa persona que realmente puede estar relacionado las tres, las tres situaciones en las cuales se está viendo. Sí que creo que es necesario hacer un hincapié, hacer un especial hincapié, por ejemplo en la violencia de género, creo que es especial hincapié en qué le está sucediendo, en cómo salir de ello. También para que, por ejemplo, sale de la relación de género y es capaz de mantener una relación sana, pero luego, por ejemplo, cae en la depresión, trastorno de salud mental, que no vincule que ese trastorno solamente puede ser por motivo de la violencia de género, que tener ese tipo de trastorno va a dar lugar a que sea víctima de violencia de género. Que esa persona sea consciente de que son cosas separadas, que puedes tener una relación sana y estar en depresión, que puedes estar con una pareja que te trata como te mereces y tener un trastorno de salud mental, o incluso acabar consumiendo sustancias y que eso también depende de otros factores de tu vida, que no solamente es la violencia de género. Creo que es importante darle su lugar a cada cosa.

L: Y, ¿crees que existe un patrón en las mujeres que sufren violencia de género, que tienen problemas de salud mental y que, además, consumen?

C: A ver, se ha estudiado mucho sobre los patrones de cómo son las víctimas de violencia de género. No creo que exista una víctima de violencia de género perfecta ni que haya un patrón específico de cómo son las víctimas. Al final hay muchísimos factores que pueden influenciar a que acabes en esas tres situaciones. Cada uno de esos factores dependen totalmente de tu situación individual y, obviamente, social. Sí que obviamente considero que hay factores sociales y culturales como... todo lo sociocultural y económico que influye muchísimo de poder estar en este tipo de situaciones, pero también creo que hay personas que pueden tener esos tres ámbitos más cubiertos y que también pueden caer en estas situaciones. No creo que haya un patrón específico, pero sí que bueno, que es más probable que si eres una persona con una de estas tres situaciones puedas acabar en ellas.

L: Y, por último, ¿qué papel crees que juega la salud mental en la forma en que las mujeres que son víctimas de violencia de género responden o se enfrentan al consumo?

C: Yo creo que es esencial, o sea, realmente la salud mental, el conocerse a uno mismo, conocer qué es lo que te está sucediendo, saber que eso no significa tener una salud mental sana, porque realmente no creo que nadie esté totalmente sano mentalmente, pero sí ser consciente de lo que estoy viviendo, de que hay muchas otras personas que pasan por lo mismo, conocer las herramientas que tienes para poder juzgarlo, ayuda mucho a sobrellevarlo, pero en mucho ámbitos de tu vida, que sea lo que sea, sobre todo si eso te está haciendo cosas por un trauma tal como la violencia de género. Ser consciente de que tienes herramientas para salir adelante que puedes salir adelante, hay otras personas de tu situación, ser capaz de racionalizar, de ser tú misma, de ayudarte, darte tiempo, no machacarte constantemente entender lo que te está pasando. Creo que es algo tal de vital importancia para poder sobrellevarlo.

L: Pues ya estaría, ¡muchas gracias!