Violencia de género y adicción a drogas en Centros de Día

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL

albanta creativos

Violencia de género y adicción a drogas en centros de día

Violencia de género y adicción a drogas en Centros de Día

JUNTA DE ANDALUCIA

Violencia de género y adicción a drogas en Centros de Día

Amor, P.J. [1], Corral, P. [2], Bohórquez, I.A., Oria, J.C. [3], Rodríguez, M. [4]; López, F [5], Calderón, D. [6]

[1] Universidad Nacional de Educación a Distancia
[2] Universidad del País Vasco
[3] ACOAD Servicios Asistenciales-C.D. Zuria
[4] CD Cáritas de Salamanca
[5] CD Patim
[6] CD Antaris

Autores: Autores: Amor, P.J. 1, et al.

Edita: Junta de Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias.

Diseña, maqueta y produce: albantacreativos, s.l.

Dep. Legal: SE- -10

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN 7
1.1. ¿Por qué se produce el maltrato y por qué se mantiene? 9
1.2. Permanencia de la mujer dentro de la relación 12
1.2.1. Factores vinculados a la permanencia en convivencia con el agresor 12
1.2.2. Teorías explicativas 13
1.3. Dificultad de la mujer maltratada para revelar su victimización 15
1.4. Consecuencias de la violencia de género en las víctimas 17
1.4.1. Consecuencias físicas 17
1.4.2. Repercusiones psicopatológicas 20
1.4.3. Diferencias psicopatológicas en función del tipo de maltrato 26
1.5. Consumo abusivo de alcohol y otras sustancias en víctimas y agresores 27
1.5.1. Consumo en las víctimas 28
1.5.2. Consumo en los agresores 31
1.6. Homicidio en el ámbito de la pareja 33
1.6.1. Homicidio de la víctima de violencia 33
1.6.2. Homicidio del agresor 36

2. MÉTODO 37
2.1. Muestra 37
2.2. Diseño 39
2.3. Instrumentos de evaluación 39
2.3.1. Cuestionario de Screening 39
2.3.2. Cuestionario sobre Violencia en la relación de pareja y adicción a drogas 40
2.4. Procedimiento 42

3. RESULTADOS 45
3.1. Datos derivados del cuestionario de screening 45
3.2. Datos sociodemográficos 47
3.2.1. Diferencias de edad entre las víctimas y los agresores 47
3.2.2. Nacionalidad de las víctimas y de los agresores 47
3.2.3. Niveles culturales y socioeconómicos de las víctimas y los agresores 48
3.2.4. Tipo de domicilio familiar 52
3.2.5. Años de relación de pareja y personas con las que convive la víctima 52

3.3. Situación de la relación de pareja 52
3.4. Tipos de violencia y patrón habitual de las agresiones 53
3.4.1 Tipos de violencia 53
3.4.2. Circunstancias de la agresión más reciente 58
3.4.3. Patrón habitual de las agresiones 58
3.4.4. Patrón habitual de las agresiones y riesgo de homicidio 60
3.5. Características de los agresores 61
3.6. Vulnerabilidad de las víctimas 66
3.7. Violencia de género e ingreso en prisión 70
3.8. Violencia y consumo de drogas 71
3.8.1. Consumo de drogas en víctimas y agresores 71
3.8.2. Tipo de maltrato y consumo de drogas 72
3.8.3. Violencia cruzada y consumo de drogas 74
3.8.4. Otros aspectos relacionados con el consumo de drogas en victimas y agresores 75

4. CONCLUSIONES 79

5. REFERENCIAS 87

6. ANEXOS 97
6.1. Anexo I: “Cuestionario de Screening” 97
6.2. Anexo II: Cuestionario sobre “Violencia en la relación de pareja y adicción a drogas” 99

1. INTRODUCCIÓN

La violencia de género -una de las violaciones contra los derechos humanos más graves y frecuentes en nuestra sociedad- representa un grave problema social, tanto por su alta incidencia en la población como por las graves consecuencias físicas y psicopatológicas que produce en las víctimas (Naciones Unidas, 1987). Según la Asociación Médica Americana, una de cada cuatro mujeres americanas es víctima de violencia doméstica al menos una vez en su vida; esa violencia supone el 30% del total anual de mujeres asesinadas y la mayor causa de sufrimiento y de lesiones para las mujeres de entre 15 y 44 años.

En España los datos no son menos alarmantes. según el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, hay alrededor de 600.000 mujeres víctimas de maltrato habitual (entre el 3,6% y el 4,2% de la población femenina adulta), pero, en total, son más de 1,5 millones (entre el 9,6% y el 12,4%) las que son víctimas de maltrato doméstico. A pesar de que se ha observado una tendencia descendente con el paso de los años -a partir de las encuestas de población realizadas en España desde el año 2000 al 2006 (Instituto de la Mujer, 1999, 2002, 2006)-, ésta supone un porcentaje relativamente bajo. Dentro del conjunto de mujeres maltratadas, hay un elevado porcentaje que no tienen conciencia de su victimización. Probablemente asumen que determinados comportamientos violentos-insultos, humillaciones o menosprecios- son parte de los peajes que hay que pagar dentro de una relación de pareja. Asimismo, la Presidenta del Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género (Monserrat Comas) señaló recientemente que la violencia de género es la segunda causa de muerte intencionada en España (El País, 13 de junio 2007).

Por extraño que pueda parecer, el hogar –lugar, en principio, de cariño, de compañía mutua y de satisfacción de las necesidades básicas para el ser humano- puede ser un sitio de riesgo para las conductas violentas, sobre todo cuado éstas quedan impunes. Las instituciones más o menos cerradas, como es el caso de la familia, constituyen un factor

de riesgo para las agresiones repetidas y prolongadas. En estas circunstancias las víctimas pueden sentirse incapaces de escapar del control de los agresores, al estar sujetas a ellos por la fuerza física, la dependencia emocional, el aislamiento social o distintos tipos de vínculos económicos, legales o sociales. Asimismo, los estereotipos sociales acerca del papel de la mujer y de las relaciones de pareja desempeñan un papel determinante en el mantenimiento de este tipo de violencia (Lorente, 2001).

La violencia de género está arraigada en todas las clases sociales y sigue siendo uno de los principales *problemas de salud pública* como bien se pone de relieve en la cantidad de casos atendidos en centros asistenciales, en las oficinas judiciales, en programas específicos para víctimas y en informes de profesionales, además de las estadísticas oficiales. Los datos demográficos indican que con relativa frecuencia, la mujer es el centro de todas las iras de las personas que conviven en el hogar. Las tensiones, los problemas cotidianos y el estrés de la vida moderna más que nunca se expresan dentro de las paredes del hogar. Cada día hay hombres que martirizan y amargan a sus mujeres arrebatándoles su libertad y obligándolas a permanecer con ellos, humilladas, al precio de su infelicidad y de su "muerte en vida".

El papel de la mujer en la familia actual se va complicando por las propias *exigencias sociales*. Nunca la mujer ha estado tan preparada para sacarse la vida adelante pero nunca ha estado tan sola frente a su trabajo fuera y dentro del hogar, y sobretodo tan sola ante la educación de los hijos y demás cargas de su propia familia. Además, está sola en el apoyo que presta a la familia extensa cuando surge algún problema en alguno de sus miembros. Se asume, sin cuestionar, que la mujer de hoy, preparada profesionalmente y madre de familia, está también capacitada para soportar el estrés que proviene de cada uno de los miembros de su propia familia. Se tiende a pensar en la mujer de hoy como en una *extraterrestre* que puede con todo lo que le venga porque ha heredado una serie de cualidades (buena madre, buena hija, buena esposa que sabe hacer de todo y para todos), y ha adquirido otras (información, libertad, trabajo, nuevas tecnologías, viajes, etc), lo que le hace más vulnerable por la *expectativa ilimitada* que recae sobre ella.

Aunque la palabra liberación es la antítesis de la palabra víctima, resulta paradójico que la mujer se haya *liberado* -puede decidir sobre cómo vivir la vida y con quién vivirla- y al mismo tiempo la violencia contra la mujer se convierte en objeto de estudio. El control de la natalidad ha permitido que la mujer pueda tomar decisiones acerca de su vida y de su futuro. Ser consciente de esta realidad facilita que la mujer acceda a mayores niveles de cultura, de desarrollo profesional y de independencia económica. En estas condiciones la mujer no está dispuesta a transigir con los niveles de dependencia que algunas parejas exigen de ellas. La liberación de la mujer puede hacerla objeto más fácilmente de violencia cuando el hombre, acostumbrado y educado en un modelo de dominación, no acepta la nueva relación de simetría, no de sumisión, propuesta por la mujer actual y sustentada en una autonomía cultural y económica.

La rápida *evolución sociocultural* que ha habido en España desde el inicio de la democracia, ha hecho pensar que las mujeres jóvenes, al amparo de los nuevos y renovados tiempos, estarían libres de los abusos por parte de su pareja. Sin embargo, recientemente se está estudiando el maltrato en parejas jóvenes, y los problemas que se observan no parecen diferenciarse mucho de los que se dan en las mujeres más adultas (Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa y Corral, 2007).

En cualquier caso, se ha avanzado en el conocimiento de este grave problema, se han desarrollo nuevas leyes que sancionan la violencia y alientan a denunciarla (Ley Integral de Violencia de Género [BOE, 2004]), se han puesto en marcha numerosos servicios asistenciales y muchos profesionales han hecho un notable esfuerzo para ponerse al día dentro de este ámbito. Sin embargo, no parece que el problema disminuya. Ha aumentado la sensibilidad y el rechazo social al problema de la violencia de género, pero son tantos los casos que aparecen cada día que produce una sensación de impotencia cuando se conoce la magnitud de esta *enfermedad social* que suscita escepticismo en su solución. Reconocer e identificar el problema es el primer paso necesario para tratar de resolverlo tanto a nivel social como individual.

Por último, aunque claramente la etiología de la violencia de género es multicausal, esta problemática social es mucho más grave y compleja de analizar cuando existe un consumo abusivo por parte de los agresores y/o de las víctimas. Para conocer mejor esta realidad –incidencia de la violencia de pareja en un contexto de consumo abusivo de drogas, perfil de las personas que agreden y vulnerabilidad de las víctimas, tipos de violencia sufridos y consumos de droga, etc.- se realizó un trabajo exploratorio en personas que acudieron a diversos Centros de Día pertenecientes a diversas entidades españolas.

1.1. ¿POR QUÉ SE PRODUCE EL MALTRATO Y POR QUÉ SE MANTIENE?

A partir de la década de los 70 del siglo pasado, se desarrollaron diferentes teorías –sociológicas, psicosociales, ecológicas, multidimensionales, etc.-, para explicar y entender el maltrato y la violencia (Gelles, 1979). Muchas de estas teorías surgieron como reacción opuesta a las teorías previas que atribuían a la mujer, casi exclusivamente, la responsabilidad del maltrato que sufría.

No podemos olvidar que las hipótesis de partida y los interrogantes previos a la investigación sobre violencia familiar, pueden condicionar enormemente los resultados posteriores. En otras palabras, no es lo mismo comenzar a investigar la etiología de los malos tratos preguntándose ¿*qué tipo de mujeres son maltratadas, o si la mujer provoca o tolera el maltrato*?, que ¿*por qué los hombres utilizan la violencia contra sus mujeres*?, o bien, ¿*qué tipo de hombres maltratan a su pareja*? Asimismo, es diferente preguntarse

¿por qué la mujer permanece con el maltratador?, que interrogarse acerca de *¿por qué un marido maltrata a su pareja reiteradamente y durante mucho tiempo, y no es capaz de abandonar a su pareja*?

En la actualidad se cuenta con múltiples modelos explicativos acerca de la presencia (inicio y mantenimiento de los malos tratos) e incluso de las consecuencias psicopatológicas asociadas a la violencia intrafamiliar. Concretamente los modelos que explican la presencia del maltrato doméstico se pueden dividir en *modelos teóricos generales* (p. ej., el modelo ecológico de Bronfenbrenner aplicado al maltrato doméstico), que abordan el problema de los malos tratos desde una perspectiva sociocultural (teorías sociológicas), o *modelos teóricos más específicos.* Dentro de este último grupo, se encuentran aquellas teorías que atribuyen los malos tratos a uno de los miembros de la pareja –tanto a la *víctima* (masoquismo, trastorno mental, provocación, etc.) como al *agresor* (sadismo, trastorno mental, descontrol de los impulsos, abuso o dependencia del alcohol, etc.)- o a la *interacción* entre ambos miembros de la pareja, junto con otros factores que pueden actuar como estresantes o desencadenantes de la misma (Amor, 2000).

Según el *modelo ecológico* (Corsi, 1994; Dutton, 1988), las realidades familiar, social y cultural están organizadas como un todo articulado; como un sistema compuesto por diferentes subsistemas que se articulan entre sí dinámicamente. Así, cuando se estudia a una persona, se debe considerar simultáneamente los distintos contextos en los que se desarrolla, para no aislarla de su entorno ecológico. Desde esta perspectiva, la etiología del maltrato doméstico no puede explicarse en función de un único factor, y por ello se recurre a un modelo útil para comprender en su especificidad la violencia intrafamiliar.

Sin embargo, dada la enorme complejidad de este tema, no conviene descartar las aportaciones que se han realizado desde otras perspectivas aunque sean consideradas reduccionistas por algunos autores. Más bien, conviene considerarlas como diferentes análisis de la realidad e integrarlas, en la medida de lo posible, dentro de un marco teórico global y acumulativo de conocimientos.

Más allá de los debates sobre diferentes perspectivas teóricas, la conducta violenta se utiliza porque es útil. Es una pauta de conducta aprendida e intencionada porque busca conseguir un objetivo. Este método coactivo, por medio del daño real o las amenazas, habitualmente lo utiliza quien agrede a su mujer para controlar la relación, y orientarla según sus deseos. En este contexto de desigualdad, es fácil dominar la situación aunque genere tantos daños y sufrimientos. Así, se produce un contexto de asimetría y de relaciones dependientes donde se deja claro quién ostenta el poder, y quién controla y domina la relación y su permanencia en ella.

Desde la *teoría del aprendizaje* se explica el mantenimiento de la conducta violenta al estar sometida a un doble refuerzo: la violencia no va seguida de consecuencias negativas

inmediatas para el agresor porque consigue lo que quiere, y la mujer cede a las amenazas permaneciendo en la relación y sometiéndose a sus demandas.

Cuando una mujer está siendo maltratada, las personas que están alrededor se preguntan o le preguntan a ella por qué no se separa. Visto desde fuera aunque sea cerca de ella, se ve así de fácil. Sin embargo, la respuesta a esta pregunta es bien compleja. Es necesario detenerse para conocer diversos aspectos del problema que, a continuación se indican:

En primer lugar, *el ciclo de la violencia* planteado por Lenore E. Walker (1979) ayuda a comprender por qué muchas víctimas permanecen en convivencia prolongada con su pareja agresora. Según esta teoría, en los casos en los que hay violencia de pareja suele darse un patrón cíclico que está compuesto generalmente por tres fases: a) *acumulación de la tensión* dentro de la relación de pareja, que surge de los conflictos cotidianos (problemas económicos, educación de los hijos, etc.); b) *explosión* o descarga violenta de la violencia (con mayor o menor intensidad según el caso) por parte la persona agresora; y c) *arrepentimiento del agresor* (o fase de *luna de miel*), en la que el agresor desea reconciliarse, y esta fase suele ir acompañada de conductas de cariño, ternura, y, en ocasiones, de un compromiso para tomar medidas con el fin de resolver esta situación. En estas circunstancias es muy probable que la mujer perdone al agresor en numerosas ocasiones, dado que la violencia repetida e intermitente que sufre es asociada a un refuerzo inmediato (expresión de arrepentimiento y ternura), y a un potencial refuerzo demorado (posibilidad de cambio) (Echeburúa, 1994). Sin embargo, con el paso del tiempo la víctima se percata de que la violencia es muy impredecible e incontrolable, y las expectativas de que el agresor deje de comportarse violentamente van desapareciendo.

En segundo lugar, hay que conocer los *mecanismos psicológicos* que llevan a un hombre a maltratar a su mujer teniendo en cuenta su cultura y educación como un importante condicionante, sus actitudes machistas ante la relación y la inseguridad que le genera cuando su mujer "se planta"; su estado emocional de rabia, estrés y agobio, su forma de plantear y solucionar los problemas, los celos, y el consumo abusivo del alcohol que contribuiría a precipitar el ciclo de la violencia.

En tercer lugar, los *efectos psicológicos* que el maltrato tiene en la víctima, tales como el miedo, la vergüenza, junto con la presión que ejerce el agresor, y que le incapacitan para buscar una salida a una situación tan nociva. Si además, el maltrato no se da todos los días sino que los momentos de cariño y atención coexisten con la violencia, se genera un estado de incertidumbre y de inseguridad que merma su autoestima. En esta situación de debilidad hay que añadir las obligaciones familiares, los hijos pequeños, las responsabilidades domésticas y económicas, etc., que suponen una carga demasiado pesada para tirar de ella en solitario. Por eso no es tan fácil contestar a la pregunta de por qué no se separa; porque no es sólo una pregunta sino muchas.

En el próximo apartado se profundiza más en esta cuestión que tanto debate ha suscitado dentro del ámbito científico.

1.2. PERMANENCIA DE LA MUJER DENTRO DE LA RELACIÓN

Algunos interrogantes que han suscitado un gran interés entre los investigadores es tratar de averiguar, por una parte, por qué muchas mujeres maltratadas siguen conviviendo con quienes les agrede desde hace años y, por otra, por qué un alto porcentaje de víctimas de violencia de género después de abandonar al agresor regresan nuevamente con él (Aguirre, 1985, Anderson, 2003). En este apartado se analizan los principales factores que parecen estar vinculados a la permanencia de las mujeres en convivencia prolongada con el agresor, así como las principales teorías explicativas de este fenómeno.

1.2.1. Factores vinculados a la permanencia en convivencia con el agresor

Existen múltiples factores asociados a la permanencia de la mujer en la relación de maltrato que van a condicionar su proceso de toma de decisiones (Amor, Bohórquez y Echeburúa, 2006; Echeburúa, Amor y Corral, 2002; Rhodes y Baranoff, 1998; Salber y Taliaferro, 2000).

En primer lugar, hay un grupo de *características contextuales* relacionadas tanto con la permanencia de una mujer maltratada dentro de la relación de maltrato, como con el regreso a la convivencia con el agresor después de una separación. En este sentido, muchas mujeres que rompen la convivencia con el agresor se ven condicionadas a regresar con él cuando ellos son su única fuente de ingresos económicos o cuando están presentes otras circunstancias (laborales, de alojamiento, aislamiento familiar y social, hijos pequeños a su cargo, desconocimiento de los recursos existentes, etc.).

También es necesario considerar la gravedad de las conductas violentas. Concretamente, las víctimas afectadas por niveles relativamente bajos o moderados de violencia aguantan más la convivencia con el agresor y tienden a buscar una justificación del maltrato del que son objeto. En cambio, aquellas que sufren los *niveles más graves de violencia* son las que más desean abandonar la relación, pero paradójicamente son las que menos lo hacen. Es más, si logran abandonar al agresor, muchas de ellas regresan nuevamente con él (*cfr.* Amor, Bohórquez y Echeburúa, 2006). No es difícil aventurar que el miedo a las represalias y el terror que sufren estas mujeres les haga desistir de sus deseos de abandonar al agresor o les condicione a regresar con él para “no empeorar aún más las cosas”.

En segundo lugar, existen diversas *características de algunas mujeres maltratadas* que se han vinculado con la permanencia de la convivencia con el agresor. Aquí se incluyen

tanto aspectos cognitivos y emocionales (por ejemplo, sentirse enamorada, presentar dependencia emocional con respecto al agresor, creer que solas no podrán sacar adelante a los hijos o que la familia debe mantenerse unida como sea, etc.), como determinadas características de personalidad y síntomas psicopatológicos. Ahora bien, muchas de estas características hay que contemplarlas más como consecuentes del sufrimiento del maltrato a lo largo del tiempo que como antecedentes de él.

En tercer lugar, no se debe ignorar la gran influencia que ejerce sobre el proceso de toma de decisiones de la víctima *el agresor* en función de sus *características de personalidad* específicas –comportamientos antisociales o del trastorno límite de la personalidad, dependencia emocional, etc.-, así como de sus *conductas de maltrato* y de *manipulación* (p. ej., pedir perdón y jurar que no volverá a maltratar, amenazar de muerte a su pareja o amenazar con el suicidio, etc.).

En este sentido, es interesante considerar las diferentes tipologías que existen sobre los hombres que se comportan violentamente dentro del ámbito familiar. Son múltiples las clasificaciones que existen (Amor, Echeburúa y Loinaz, 2009), aunque como señalan Cavanaugh y Gelles (2005) se pueden considerar genéricamente tres grupos de maltratadores: a) *de bajo riesgo*, caracterizados por ejercer una violencia de baja gravedad y que es poco frecuente; con poca o nula presencia de psicopatología, y, generalmente, sin historia criminal; b) *de riesgo moderado,* que ejercen una violencia algo más frecuente y de moderada gravedad; asimismo, presentan niveles psicopatológicos moderados o altos; y c) *de alto riesgo,* que se caracterizan por desplegar una violencia más grave y de mayor frecuencia que los dos grupos anteriores; a su vez, es más probable que consuman abusivamente alcohol y drogas y que tengan o hayan tenido problemas legales por sus conductas antisociales.

1.2.2. Teorías explicativas

Existen múltiples teorías que tratan de explicar la permanencia de una mujer maltratada en convivencia prolongada con el agresor. Éstas se pueden dividir en dos grandes grupos. Por un lado, están las teorías centradas en los principales factores que influyen en el *proceso de toma de decisiones,* en el que las víctimas realizan múltiples análisis (p. ej., de los costes y beneficios que supondría seguir o abandonar la relación, del grado de compromiso que tienen dentro de la relación de pareja, de su capacidad percibida para salir con éxito de la relación de maltrato, etc.). Y, por otro, están las teorías referidas a la *dependencia emocional* de las víctimas y a las *repercusiones psicopatológicas* del maltrato, que dan gran importancia, entre otros factores más específicos de cada teoría (por ejemplo, la asimetría de poder entre el agresor y la víctima, etc.), a la intermitencia entre el buen y el mal trato (Dutton y Painter, 1981, 1993; Long y McNamara, 1989). En la tabla 1 se hace una breve síntesis de las ideas centrales que plantean las principales teorías explicativas sobre la permanencia de la mujer maltratada en la relación de maltrato.

Tabla 1. Principales teorías explicativas sobre la permanencia de la víctima en convivencia con el agresor (Amor, Bohórquez y Echeburúa, 2006)

Teoría	Autores	Características
Teorías sobre el proceso de toma de decisiones		
Teoría de costes y beneficios	Pfouts, 1978	La mujer decide abandonar o seguir la relación de pareja después de considerar las ventajas (beneficios) y desventajas (costes) percibidas en función de las posibles alternativas que se le presentan.
Modelo de la inversión	Rusbult, 1983	La mujer analiza su grado de compromiso en la relación de pareja a partir de tres factores: grado de satisfacción, alternativas e inversión realizada en recursos materiales y psicológicos.
Teoría de la trampa psicológica	Brockner y Rubin, 1985 Strube, 1988	La mujer maltratada tiene la esperanza de que cese el maltrato y cree que invirtiendo más esfuerzos y tiempo puede lograr una relación de pareja armoniosa.
Modelo del proceso de toma de decisiones en mujeres maltratadas	Choice y Lamke, 1997	La mujer toma una decisión en función de dos preguntas: a) ¿estaré mejor fuera de la relación?; y b) ¿seré capaz de salir de ella con éxito?
Teorías referidas a la dependencia emocional y a las repercusiones psicopatológicas del maltrato		
Teoría de la indefensión aprendida	Seligman, 1975 Walker, 1979; 1984	La persona que durante un periodo prolongado de tiempo sufre maltrato de forma impredecible e incontrolable llega a un estado de indefensión que hace más probable su permanencia dentro de esa relación. Asimismo su malestar (p. ej., falta de motivación, apatía, etc.) interfiere gravemente en su proceso de toma de decisiones.
Teoría de la unión traumática	Dutton y Painter, 1981	Esta teoría se refiere al vínculo emocional que se establece entre dos personas, cuando una de ellas maltrata de forma intermitente a la otra.
Modelo del castigo paradójico	Long y McNamara, 1989	La permanencia en la situación de maltrato se debe a las contingencias de reforzamiento que se establecen en función de un patrón cíclico de interacción (formación de la tensión, descarga de la tensión por parte del agresor, escape de la víctima, arrepentimiento del agresor y "reconciliación").
Modelo de intermitencia	Dutton y Painter, 1993	Las víctimas de maltrato pueden autodevaluarse e idealizar al agresor debido a la diferencia de poder entre la víctima y agresor, así como a la intermitencia extrema entre el buen y el mal trato.

1.3. DIFICULTAD DE LA MUJER MALTRATADA PARA REVELAR SU VICTIMIZACIÓN

Aunque en teoría puede parecer que es relativamente fácil identificar los casos reales de violencia doméstica, en la práctica no lo es. Por una parte, muchas mujeres maltratadas *no tienen conciencia de su victimización.* Según la encuesta de población realizada en España por el Instituto de la Mujer, aproximadamente un millón de mujeres víctimas de violencia doméstica no se consideran como tal, a pesar de haber sufrido agresiones (p. ej., insultos o amenazas, empujones o golpes, comportamientos de dominación y control, etc).

Por otra parte, las mujeres maltratadas que son conscientes de su victimización no suelen informar de ello (Goldberg y Tomlanovich, 1984; Stark y Flitcraft, 1988), y, en muchos menos casos –tan sólo un 10%- se atreven a denunciar al agresor (Echeburúa y Corral, 1998; Walker, 1979). En la *tabla 2* se mencionan algunas de las razones por las que un elevado porcentaje de mujeres maltratadas oculta su victimización (Echeburúa y Corral, 1998; Resnick, Falsetti, Kilpatrick y Freedy, 1996).

Las víctimas de violencia de género habitualmente tardan mucho tiempo en revelar lo que ocurre y en acudir en busca de ayuda, porque con anterioridad -y como es lógico- la mujer trata de resolver el problema mediante respuestas individuales. En cambio, cuando se sienten incapaces de solucionar la situación por sí mismas, suelen recurrir a familiares, amigos, vecinos, o a instituciones que les puedan dar apoyo, ayuda legal, terapéutica, etc.

Otro aspecto de interés es que las mujeres maltratadas recuerdan con precisión el primer episodio de maltrato físico, pero no el inicio del maltrato psíquico, ya que su comienzo es más sutil, imperceptible y se hace más difícil el poder situarlo en el tiempo. Obviamente, cuando existen amenazas claras de muerte, penurias económicas, chantajes, vejaciones, etc., la percepción de peligrosidad que la mujer tiene es mayor. Asimismo, el estado psicológico generado en las víctimas derivado del maltrato -baja autoestima, sintomatología depresiva, aislamiento social, etc.- facilita un grado de confusión en cuanto a su victimización.

Finalmente, algunos *estereotipos sociales* contribuyen a que las víctimas oculten su victimización. Por ejemplo, la consideración de que "*la violencia familiar atañe al ámbito de lo privado"* es uno de los que más cuesta desterrar de nuestra sociedad. También existen expresiones (refranes, dichos populares, chistes, etc.) que justifican, banalizan o minimizan la violencia contra las mujeres. Como aspecto positivo cabe señalar que cada vez hay un mayor rechazo social de los comportamientos violentos, y de que no se puede utilizar el concepto de *intimidad* -zona espiritual íntima y reservada de una persona o de un grupo, especialmente de una familia- para justificar los comportamientos vejatorios del individuo agresor puertas adentro. Dicho de otra forma, una cosa es la intimidad entre los miembros de una familia, y otra muy distinta la violencia doméstica.

Tabla 2. Motivos por los que algunas mujeres maltratadas ocultan su victimización (Amor, 2000)

Diferentes miedos de la mujer maltratada
- A la venganza por parte del maltratador (penurias económicas, aumento de la gravedad del maltrato, etc.). - Al estigma que conlleva ser considerada "víctima" de maltrato doméstico. - A ser culpada por su victimización. - A sufrir consecuencias psicológicas por la revelación (por ejemplo, depresión o ansiedad debido al recuerdo del maltrato).
Historia negativa a partir de revelaciones previas
- La absolución del agresor en algún juicio. - El incremento de los malos tratos o el riesgo de ser asesinada por el maltratador.
Información negativa acerca de la revelación
- Casos de violencia muy grave que aparecen en los medios de comunicación. - Victimización secundaria, falta de apoyo institucional, etc.
Dificultades para recordar aspectos relacionados con su victimización
- Amnesia psicógena. - Estados disociativos.
Creencias o sentimientos de la mujer
- Sentimientos de culpa o de vergüenza (la mujer puede sentirse provocadora del maltrato, hablar del maltrato sexual no resulta nada fácil, etc.). - Creencias culturales distorsionadas (por ejemplo, "el verdadero maltrato es el físico", "el maltratador con el tiempo se calmará", etc.)
Aislamiento en el que se encuentra la víctima
- Familiar - Social

1.4. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LAS VÍCTIMAS

Las mujeres víctimas de violencia de género tienen un riesgo mayor de sufrir problemas de salud física y mental que las mujeres que no han sido maltratadas (WHO, 2005). Asimismo, sufrir maltrato durante mucho tiempo supone un factor de riesgo más para la salud, en la medida en que puede llevar a muchas víctimas a utilizar estrategias de afrontamiento inadecuadas (por ejemplo, fumar en exceso, abusar del alcohol, consumir otras drogas, alimentarse mal, etc.). Es más, según krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano (2002) las consecuencias de la violencia a lo largo del tiempo serían acumulativas y persistentes a pesar de la desaparición del maltrato.

1.4.1. Consecuencias físicas

Los efectos físicos de la violencia doméstica van más allá de las mujeres maltratadas que requieren asistencia médica de urgencia por las heridas y traumatismos sufridos. Muchos problemas de salud de las víctimas aparecen como respuesta física al estrés que han soportado durante meses o años de violencia física, sexual o psicológica. Igualmente, aunque la violencia doméstica haya finalizado, sus consecuencias pueden permanecer durante mucho tiempo (Campbell, 2002).

Son muchas y variadas las lesiones físicas directamente provocadas por agresiones físicas que abarcan desde simples heridas y contusiones hasta graves lesiones traumáticas que pueden incapacitar a la mujer temporalmente o de manera crónica (Campbell, 2002).

En términos generales se puede hablar de tres grupos de consecuencias físicas (Sepúlveda, 2000): a) *inmediatas*, que serían aquellas producidas tras la agresión, tales como lesiones físicas de diferente índole y la multitud de síntomas derivados como respuesta física ante el estrés soportado (p. ej., dolores de cabeza, problemas gastrointestinales, caída de las defensas del sistema inmunitario, sensación de fatiga crónica, etc.); b) *a largo plazo,* derivadas de la violencia crónica, y que pueden subdividirse en enfermedades médicas o psicosomáticas (p. ej., trastornos cardiovasculares, respiratorios, inmunológicos, endocrinológicos, gastrointestinales, dermatológicos, ginecológicos, etc.) y en secuelas físicas (anatómicas, funcionales o estéticas); y c) *muerte de la víctima,* que puede ocurrir tanto de forma inmediata (p. ej., episodio de maltrato, homicidio premeditado, etc.) como tardía (muerte natural derivada de las secuelas producidas por el maltrato).

a) Consecuencias físicas más frecuentes

Existen una serie de síntomas que aparecen frecuentemente en las mujeres que han sufrido cualquier tipo de maltrato, y que les lleva a tener importantes problemas de salud

física y emocional (Campbell, 2002; Eby, Campbell, Sullivan y Davidson, 1995; Follingstad, Brennan, Hause, Polek et al., 1991; Ratner, 1993, 1995; Rodriguez, 1989).

En conjunto, las víctimas de maltrato muestran menos salud general (cfr. Campbell, 2002) que el resto de la población, lo que se manifiesta en un mayor número de síntomas físicos (McCauley, Kern, Kolodner, Dill, et al., 1995), así como en una elevada frecuencia de quejas médicas inespecíficas y de problemas crónicos (Plichta y Abraham, 1996; Walling, Reiter, O'Hara, Milburn et al., 1994).

Más específicamente, suelen presentar *dolores* que habitualmente están cronificados y que se extienden por diferentes partes del cuerpo: dolores de cabeza y migrañas, dolores de espalda y de cuello, dolores pélvicos y en el área genital, dolores torácicos, dolores en las extremidades, etc. Esto explica por qué muchas víctimas de maltrato suelen ser tratadas en clínicas de dolor crónico (Haber, 1985).

Por otra parte, son característicos otros trastornos asociados al estrés: problemas estomacales e intestinales, tales como úlceras, náuseas, problemas digestivos, diarrea, problemas de sueño y elevados niveles de presión sanguínea.

En definitiva, la situación de violencia familiar representa un estresor crónico para la mujer maltratada que trae consigo consecuencias muy negativas para su salud. La víctima, al verse desbordada por la violencia, sufre cambios neurofisiológicos (p. ej., en los niveles de cortisol) que están relacionados con múltiples síntomas (dolores de cabeza, problemas gastrointestinales, caída de las defensas del sistema inmunitario, sensación de fatiga crónica, etc.). Asimismo, el estrés crónico, al suprimir la respuesta inmunológica en proporción directa a la intensidad del estresor, puede debilitar el sistema inmunitario y hacerlo más vulnerable ante las infecciones. Por otra parte, una situación de estrés crónico facilita, a su vez, la automedicación y la dependencia de analgésicos y ansiolíticos, que a largo plazo suponen un intento fallido de hacer frente al malestar generado por el maltrato.

Por último, las mujeres maltratadas requieren asistencia sanitaria en mayor medida que el resto de mujeres. Concretamente, acuden con más frecuencia a servicios de urgencias (McCauley et al., 1995), buscan más a menudo asistencia psiquiátrica (Bergman, Larsson, Brismar y Klang, 1987) y muestran una mayor probabilidad de ser hospitalizadas o intervenidas quirúrgicamente (Drossman, Leserman, Nachman, Li, et al., 1990).

b) Consecuencias físicas del maltrato sexual

Los problemas físicos más frecuentes en las víctimas de maltrato sexual son los ginecológicos (Campbell, 2002). Estos trastornos son los más duraderos y se dan en una proporción tres veces mayor que en las mujeres no maltratadas (McCauley et al., 1995). Los síntomas más prevalentes son el *dolor pélvico crónico* y la *dispareunia* (Eby et al.,

1995). Además, son característicos el *trastorno inflamatorio pélvico*, los *dolores abdominales y gastrointestinales*, así como frecuentes *problemas genitourinarios* (infecciones, hemorragias vaginales, etc.). Algunas víctimas de maltrato sexual también presentan *enfermedades de transmisión sexual* (incluyendo el HIV y el SIDA), derivadas fundamentalmente del mantenimiento de relaciones íntimas sin protección (Eby et al., 1995). En estos casos, el contagio no proviene del comportamiento de la mujer (p. ej., del posible consumo de drogas por vía intravenosa, etc.), sino del maltratador, que, además de tener contactos sexuales con otras personas, puede forzar a su pareja a mantener relaciones sexuales sin protección.

Por otra parte, las víctimas de maltrato físico que también son agredidas sexualmente por su pareja tienen un mayor riesgo de sufrir problemas de salud que aquellas que sufren exclusivamente violencia física (*cfr.* Campbell, 2002).

Existen síntomas y comportamientos problemáticos -manifestaciones somáticas de la ansiedad, problemas asociados al estrés, consumo abusivo de alcohol y drogas, etc.- que aparecen tanto en víctimas de maltrato sexual como en mujeres maltratadas física o psicológicamente. Este aspecto sugiere que, además de ser interesante analizar las consecuencias físicas en función del tipo de maltrato, se deben considerar diferencialmente otro tipo de factores, tales como la intensidad de los malos tratos y su extensión en el tiempo, el método de coacción utilizado para agredir sexualmente a la pareja, el grado de vulnerabilidad de la víctima a padecer diferentes problemas de salud, etc.

Finalmente, el maltratador sexual ejerce este tipo de violencia a través de diferentes *métodos coactivos.* Los más utilizados son las amenazas verbales, la violencia física y el abuso de alcohol (Sternmac, Del Bove y Addison, 2001). A su vez, los menos empleados son el uso de drogas o armas y la agresión a la víctima mientras duerme.

c) Consecuencias físicas del maltrato durante el embarazo

El embarazo de una mujer, lejos de constituir un revulsivo contra la violencia, puede suponer un periodo potencial de incremento del riesgo de ser maltratada (Lipsky, Holt, Easterling y Critchlow, 2005).

Aproximadamente entre el 1% y el 20% de las mujeres embarazadas sufren violencia doméstica por parte de su pareja, aunque la mayoría de las investigaciones han encontrado una prevalencia que se sitúa entre el 4% y el 8% (Gazmararian, Lazorick, Spitz, Ballard et al., 1996). Asimismo, alrededor del 43% de las víctimas de maltrato doméstico que acuden a tratamiento psicológico han sido maltratadas durante el embarazo (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 2002).

El maltrato físico durante el embarazo supone un factor de riesgo de muerte para la madre, el feto o ambos (Campbell, 2002; Chambliss, 1997) e incluso de homicidio intraconyugal (Campbell, 1986). A su vez, la violencia física durante este periodo puede provocar diversos problemas, tales como infecciones del tracto urinario, lesiones y secuelas físicas en la mujer y en el feto, abortos espontáneos e inducidos, inicio tardío de los cuidados prenatales, pobre ganancia de peso en la mujer, dolores en la finalización del embarazo, parto prematuro, poco peso del recién nacido, etc.

Dentro de este contexto existen dos aspectos que han sido objeto de numerosas investigaciones. Por una parte, hay una moderada relación entre la violencia durante el embarazo y el bajo peso del recién nacido (Murphy, Schei, Myhr y Du Mont, 2001). Y por otra, las mujeres maltratadas durante el embarazo, fuman y consumen alcohol y otras drogas con mayor frecuencia que las mujeres embarazadas que no son maltratadas (Amaro, Fried, Cabral y Zuckerman, 1990; Chambliss, 1997; Lipsky et al., 2005). El consumo de estas sustancias durante el embarazo, a pesar de los riesgos que entraña para la víctima y la criatura en gestación, puede suponer una estrategia de afrontamiento para aliviar los efectos de la violencia sufrida. De hecho, este consumo tiende a incrementarse después de un episodio violento (Kilpatrick, Acierno, Resnick, Saunders y Best, 1997).

1.4.2. Repercusiones psicopatológicas

Las consecuencias psicológicas del maltrato crónico pueden resultar devastadoras para la estabilidad emocional de la víctima. Un elevado porcentaje de víctimas de violencia familiar presenta un perfil psicopatológico caracterizado por el trastorno de estrés postraumático y por otras alteraciones clínicas (depresión, ansiedad patológica, etc.) (Amor et al., 2002; Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua y Zubizarreta, 1997; Golding, 1999). Además son muy frecuentes niveles bajos de autoestima, sentimientos de culpa y déficit en solución de problemas. Finalmente, pueden darse, aunque en menor medida que los aspectos anteriores, consumo abusivo de drogas y de psicofármacos e intentos de suicidio. Todo ello lleva a una interferencia significativa en el funcionamiento social y laboral, a una pérdida de interés por lo que anteriormente resultaba atractivo desde el punto de vista lúdico e interpersonal y -lo que supone una limitación muy importante- a un cierto embotamiento afectivo para recibir y expresar sentimientos de intimidad y ternura.

a) Trastorno de estrés postraumático

Según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), el *trastorno de estrés postraumático* (TEP) aparece cuando la persona ha sufrido -o ha sido testigo de- una agresión física o una amenaza para la vida de uno mismo o de otra persona y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión. Habitualmente los sucesos desencadenantes suelen ser las catástrofes, los

accidentes, el diagnóstico de enfermedades graves o las agresiones causadas intencionadamente por otras personas (violaciones, terrorismo, robos con violencia, maltrato familiar, etc.).

Hay tres aspectos nucleares de este cuadro clínico: la *reexperimentación* de la agresión sufrida o de la experiencia vivida, en forma de pesadillas y de imágenes y de recuerdos constantes e involuntarios; la *evitación conductual y cognitiva* de los lugares o situaciones asociados al hecho traumático; y las respuestas de *hiperactivación*, en forma de dificultades de concentración, de irritabilidad y de problemas para conciliar el sueño (Rothbaum y Foa, 1996).

La tasa de prevalencia del TEP es muy elevada en mujeres maltratadas. Por ejemplo, Golding (1999) -a partir de un meta-análisis basado en 11 investigaciones- encontró una prevalencia media de este cuadro clínico del 63,8% (con un rango que osciló entre el 31% y el 84,4%). Otras investigaciones -no incluidas en este meta-análisis- ofrecieron tasas de prevalencia similarmente elevadas (Amor et al., 2002; Echeburúa et al., 1997; Herman, 1992; Mertin y Mohr, 2000; Perrin, Van Hasselt y Hersen, 1997; Vitanza, Vogel y Marshall, 1995). Esta prevalencia media es muy parecida a la que sufren las víctimas de agresiones sexuales (70%) (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 2001a) y significativamente superior a la existente en la población general de mujeres (entre el 1,3% y el 12,3%) (*cfr.* Golding, 1999).

Asimismo un considerable porcentaje de mujeres maltratadas se ven afectadas por el denominado por Hickling y Blanchard (1992) subsíndrome de estrés postraumático (es decir, la presencia de dos de los tres criterios diagnósticos, siendo uno el de reexperimentación y otro el de evitación o el de hiperactivación). Concretamente, un estudio reciente (Amor, et al., 2001a), a partir de una muestra de 212 mujeres víctimas de maltrato en el hogar, obtuvo una prevalencia del TEP del 46% y del subsíndrome de este cuadro clínico del 16%. Por tanto, aproximadamente tan sólo una de cada tres víctimas de maltrato que acude a tratamiento psicológico no presenta sintomatología clínicamente relevante de este trastorno.

Por otra parte, la violencia repetida e intermitente, entremezclada con períodos de arrepentimiento y ternura, junto con la tensión subjetiva al momento de vivir el maltrato, suscita en la mujer una ansiedad extrema y unas respuestas de alerta y de sobresalto permanentes, que guardan mucha relación con el TEP. No en vano muchas mujeres maltratadas sienten una amenaza incontrolable a su vida y a su seguridad personal.

b) Ansiedad excesiva

Aunque el TEP es un cuadro clínico que engloba, en gran medida, la sintomatología de ansiedad extrema que sufren las mujeres maltratadas, pueden darse otros trastornos de

ansiedad. Así, las víctimas de maltrato presentan significativamente más trastornos de ansiedad -fobia específica, agorafobia, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de ansiedad generalizada- y de depresión que la población general (Gleason, 1993; McCauley et al., 1995; Tang, 1997). Sin embargo, en varios estudios no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la tasa de prevalencia de los trastornos de pánico y de ansiedad generalizada entre mujeres maltratadas y no maltratadas (Cascardi, O'Leary, Lawrence y Schlee, 1995; Saarijärvi, Niemi, Lehto, Ahola y Salokangas, 1996). En cualquier caso, alrededor del 83% de las víctimas de maltrato doméstico muestran elevados niveles de ansiedad (Amor, Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 2001b).

Por otra parte, se ha relacionado la alta tasa de prevalencia de problemas de ansiedad en víctimas de maltrato con diversas estrategias de afrontamiento de las víctimas. Concretamente, las víctimas de maltrato pueden realizar diversas actividades compulsivas para defenderse de la elevada ansiedad que sufren y de la percepción negativa que tienen de sí mismas (Gleason, 1993). En otros casos pueden mostrar dificultades para viajar solas en transportes públicos o salir solas lejos de casa (síntomas agorafóbicos), como estrategia protectora de los comportamientos celotípicos o controladores del maltratador (Saunders, 1994).

Estos datos sugieren que gran parte de los síntomas de ansiedad excesiva que sufren las mujeres maltratadas se deben a su victimización. Quizá sea más adecuado considerar las respuestas al estrés extremo dentro de un continuo más que como un único trastorno (Herman, 1992).

c) Sintomatología depresiva

Uno de los cuadros clínicos más frecuentemente relacionados con los efectos de la violencia familiar es la depresión (Campbell, Sullivan y Davidson, 1995; Cascardi y O'Leary, 1992; Rosewater, 1988; Sato y Heiby, 1992). La tasa de prevalencia de la depresión en víctimas de maltrato es más bien heterogénea y puede oscilar entre el 15% y el 83%. Según Golding (1999), la tasa de prevalencia media de este cuadro clínico en mujeres maltratadas es del 47,6%. En definitiva, este valor es claramente superior al encontrado en la población general de mujeres, que se sitúa entre el 10,2% y el 21,3%.

Asimismo, desde una perspectiva dimensional, las mujeres víctimas de maltrato presentan puntuaciones significativamente más altas que las mujeres no maltratadas en sintomatología depresiva (Ratner, 1993). Por otra parte, las víctimas de maltrato que sufren una mayor gravedad, frecuencia o duración de la violencia presentan con más probabilidad depresión o mayor gravedad de sintomatología en este trastorno (Campbell y Lewandowski, 1997; Cascardi y O'Leary, 1992; Kemp, Rawlings y Green, 1991; Mitchell y Hodson, 1983; Orava, McLeod y Sharpe, 1996).

Desde otra perspectiva, se ha observado que aquellas víctimas de maltrato que llevan seis meses o más sin sufrir violencia doméstica presentan una significativa disminución de la sintomatología depresiva (Campbell y Soeken, 1999; Follingstad et al., 1991; Orava et al., 1996; Walker y Browne, 1985). Por tanto, cuando el maltrato -que supone la principal fuente de estrés para la víctima de violencia doméstica- desaparece, los síntomas depresivos descienden notablemente.

d) Ideas o intentos de suicidio

Sufrir violencia doméstica es un factor de riesgo para la aparición de ideas o intentos de suicidio en las víctimas. El sufrimiento experimentado, la desesperanza y el desamparo vividos, así como el aislamiento social y la percepción de ausencia de salidas -el temor a mayores daños si continúa la convivencia y el miedo al acoso o a las agresiones si se consuma la separación-, llevan a muchas víctimas a sentirse atrapadas en la relación.

Por otra parte, existe una fuerte asociación entre los síntomas depresivos y la tendencia suicida. Así, se ha observado recientemente que las víctimas de maltrato con intentos de suicidio puntúan significativamente más alto en todos los ítems del inventario de depresión de Beck (BDI-II) (Beck, Steer y Brown, 1996) que aquellas mujeres maltratadas sin intentos de suicidio (Houry, Kaslow y Thompson, 2005). Por ello, no es extraño que una de cada cuatro mujeres que lleva a cabo un intento de suicidio sea -o haya sido- víctima de maltrato (Stark y Flitcraft, 1988). Asimismo, de todas las mujeres que acuden a urgencias, aquellas que son maltratadas presentan una probabilidad cinco veces mayor de intentos de suicidio que las que no lo son (Rhodes, Lauderdale, He y Howes, 2002).

Aunque la tasa de prevalencia de la tendencia suicida es heterogénea de unas investigaciones a otras -rango que oscila entre el 4,6% y el 77% de las víctimas-, la tasa de prevalencia media se sitúa en el 17,9% de las mujeres afectadas (es decir, una de cada seis), que está muy por encima de la media de la población normativa. En esta última, la tasa de ideación suicida oscila entre el 0,8% y el 15,9%, mientras que los intentos de suicidio fluctúan entre el 0,1% y el 4,3% (Moscicki, 1989).

Por último, Houry et al. (2005) recomiendan que en los ámbitos de urgencia se apliquen, a modo de instrumento de *screening,* los cuatro ítems del BDI-II que muestran una mayor capacidad predictiva del riesgo de intentos de suicidio (tristeza, autodesagrado, ideas de suicidio y sentimientos de desprecio contra uno mismo).

e) Baja autoestima

El maltrato doméstico, además de estar asociado a sintomatología depresiva, está relacionado con baja autoestima en la mujer (Amor et al., 2002; Campbell y Soeken, 1999; McCauley et al. 1995; Plichta, 1996). Por ello, las mujeres maltratadas presentan niveles

de autoestima más bajos que las mujeres no maltratadas (Aguilar y Nightingale, 1994; McCauley et al., 1995; Mitchell y Hodson, 1983; Orava et al.,1996). Por otra parte, la baja autoestima supone un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de sintomatología depresiva (Cascardi y O'Leary, 1992) y una dificultad adicional para salir de la relación de maltrato (Aguilar y Nightingale, 1994).

En términos generales la autoestima se ve afectada negativamente por cualquiera de los tres tipos de maltrato -físico, psicológico y sexual- considerados habitualmente. Según Cascardi y O'Leary (1992), el *maltrato físico repetido y continuo* produce un efecto más dramático y duradero en la autoestima de las mujeres maltratadas que en la sintomatología depresiva, aunque este tipo de violencia sea un claro predictor de sintomatología depresiva (Tuel y Russell, 1998). A su vez, Campbell (1989) indica que el *maltrato sexual* está relacionado significativamente con bajos niveles de autoestima, y en especial con el componente de la imagen corporal. También se ha encontrado una elevada relación entre el *maltrato emocional* y bajos niveles de autoestima (Aguilar y Nightingale, 1994; Tuel y Russell, 1998). El maltrato que implica *control* sobre la mujer maltratada -el maltratador dice lo que la víctima puede hacer, decir, ver, la impide ir a trabajar, etc.- podría ser el tipo de maltrato más asociado a bajos niveles de autoestima.

Por otra parte, otro aspecto asociado a la autoestima y al estado de ánimo es el *locus de control* de la víctima. En general, las víctimas de maltrato tienen un locus de control externo con más probabilidad que las mujeres no maltratadas (Orava et al., 1996). Asimismo las mujeres que sufren maltrato físico perciben que su vida está más controlada por factores externos que las mujeres no maltratadas (Browne, 1986; Finn, 1986; Pagelow, 1984). Aun así, aquellas mujeres que son maltratadas, y que perciben más apoyo por parte de su pareja y se sienten más eficaces en su relación -locus de control interno-, experimentan más síntomas de depresión que las mujeres que se sienten menos eficaces o que perciben menos apoyo (Arias, Lyons y Street, 1997). Una posible explicación es que las víctimas que tienen un locus de control interno se sienten más responsables del maltrato que sufren y, por tanto, pueden culparse por ello y estar anímicamente más bajas que aquellas con un locus de control externo.

f) Sentimientos de culpa

Las víctimas de violencia doméstica, aunque resulte sorprendente, muestran sentimientos de culpa en mayor medida que las mujeres no maltratadas (Barnett, Martínez, y Keyson, 1996). Ahora bien, se han encontrado tasas de prevalencia de estos sentimientos muy dispares de unos estudios a otros. Mientras que Cascardi y O'Leary (1992) observaron que tan sólo el 12,5% de las víctimas de maltrato se culpaban a sí mismas de haber causado la violencia de la que habían sido objeto y el 18% se culpaban por la aparición del primer episodio de maltrato; Kubany, Haynes, Abueg, Manke et al. (1996) hallaron que sólo el 3,6% no se sentían culpables del maltrato sufrido, casi la mitad presentaban

un nivel moderado de sentimientos de culpa y el 24% se sentían extremadamente culpables.

Por otra parte, los sentimientos de culpa no son exclusivos de las víctimas de maltrato doméstico. También existen en víctimas de accidentes y de incendios graves, en excombatientes, supervivientes de catástrofes, e incluso en familiares de víctimas de homicidio, suicidio, accidentes y enfermedades repentinas (*cfr.* Kubany et al., 1996). Además, esta culpa es diferente y más grave que la evocada por sucesos ordinarios, debido a que los sucesos traumáticos causan más dolor y estrés que los sucesos de la vida cotidiana (Kubany y Manke, 1995).

Las víctimas de violencia doméstica pueden sentirse culpables en función de diferentes factores (Byrne, Arias y Lyons, 1993; Echeburúa y Corral, 1998; Echeburúa, Corral y Amor, 2001; Kubany y Manke, 1995), tales como las percepciones que tienen sobre sí mismas y los sentimientos con respecto a su pareja –por ejemplo, sentirse sin valía o inferiores a los demás, desear que cambie y sentirse responsables de ello, mostrar sentimientos ambivalentes hacia su pareja, etc.-, algunos comportamientos realizados (p. ej., haber denunciado al agresor, sentirse responsable de las medidas legales tomadas contra el agresor, etc.), el arrepentimiento por algunas de las decisiones importantes que han tomado en su vida, la creencia de los comentarios culpabilizadores que pueden provenir del maltratador, de los familiares o de la sociedad, etc.

Estos factores, además de contribuir a que la víctima se sienta responsable de su victimización, favorecen la creencia de que ellas *deben cambiar* para que cese el maltrato del que son objeto. En ellas también pueden darse cambios cognitivos, tales como mostrar lealtad paradójica hacia el maltratador o hacer atribuciones causales que incrementan sus sentimientos de culpa y de recelo generalizado (Saunders, 1994). Asimismo estos factores, considerados en su conjunto, dificultan la búsqueda de ayuda externa (acudir a centros asistenciales, denunciar a la policía, etc.). Por ello, el conjunto de creencias erróneas asociadas a sus sentimientos de culpa debe convertirse en un objetivo terapéutico prioritario (Kubany y Manke, 1995).

Desde otra perspectiva, las mujeres maltratadas no siempre se culpan por el maltrato sufrido (Frieze, 1979). De hecho, a medida que se incrementa la gravedad de la violencia, la mujer tiende a culpar con más probabilidad al maltratador. Pero en aquellos casos en que la víctima sigue culpándose, es más probable la presencia de síntomas depresivos (Walker, 1979). Por otra parte, las mujeres que disculpan a los hombres violentos tienden a hacerlo únicamente mientras dura la relación; una vez liberadas de las presiones sociales, son, por lo general, capaces de ver con claridad quién es el verdadero culpable.

1.4.3. Diferencias psicopatológicas en función del tipo de maltrato

Aunque existen múltiples clasificaciones referidas a los diferentes tipos de violencia que pueden darse dentro del ámbito de la pareja, en este trabajo se hace referencia a tres tipos genéricos de maltrato: físico, psicológico y sexual. El *maltrato físico* es toda conducta realizada de forma intencional y que conlleva el uso de la fuerza contra la otra persona entrañando tanto el riesgo como la producción de dolor o lesión física en la víctima (Dutton, 1992). A efectos definitorios lo importante en este caso es la intención más que el resultado derivado de la violencia ejercida.

Más allá del maltrato físico, fácilmente identificable, existe un *maltrato psicológico* más sutil, que genera unas consecuencias muy negativas en la salud y el bienestar emocional de la persona que lo sufre y que se manifiesta de diversos modos: desvalorizaciones continuas (en forma de críticas corrosivas y humillaciones); posturas y gestos amenazantes; imposición de conductas degradantes; intentos de restricción (control de las amistades, limitación del dinero, restricción de las salidas de casa, etc.); conductas destructivas (referidas a objetos de valor económico o afectivo o incluso al maltrato de animales domésticos); y, por último, culpabilización a la víctima de las conductas violentas del agresor (Echeburúa, 1994; Echeburúa y Corral, 1998).

Diferentes investigaciones señalan que la violencia psicológica tiene un impacto psicopatológico en las víctimas tan grande (Amor et al., 2001b; O'Leary, 1999) o más que la violencia física (Goldberg y Tomlanovich, 1984). Según Follingstad, Rutledge, Serg, House y Ploek (1990), las humillaciones continuas producen un impacto sobre la estabilidad emocional de las víctimas similar al producido por las agresiones físicas. Asimismo, Amor et al. (2001b) no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos tipos de maltrato en las variables psicopatológicas estudiadas (TEP, sintomatología depresiva, niveles de ansiedad, grado de autoestima, etc.). A su vez, hay investigadores que consideran que aunque el maltrato psicológico no cause heridas físicas, puede producir un impacto más perjudicial y duradero que el maltrato físico (Goldberg y Tomlanovich, 1984; Walker, 1994). Es posible que en el futuro se encuentre que el maltrato psicológico y el abandono emocional son particularmente devastadores para las víctimas (niños o adultos), al interferir con el desarrollo de la autoestima, la autoaceptación y la regulación emocional (Langhinrichsen-Rohling, 2005). En cualquier caso, parece claro que el maltrato psicológico es un buen predictor del TEP (Picó-Alfonso, 2005).

Por otra parte, el *maltrato sexual* tiene unas repercusiones extremadamente nocivas para la salud física y emocional de las víctimas, que son muy similares a las producidas en las víctimas de agresión sexual extraconyugal (Amor et al., 2001a). Y lo que es aún peor, las mujeres agredidas sexualmente en su matrimonio presentan una probabilidad diez veces mayor de sufrir múltiples episodios de maltrato sexual que las mujeres violadas por un extraño o conocido (Mahoney, 1999).

En este sentido, las víctimas que sufren *relaciones sexuales forzadas* por parte de su pareja, además de maltrato físico o psicológico, presentan una mayor tasa de prevalencia del TEP que aquellas que no son forzadas sexualmente (tasas de prevalencia del 53,8% y el 41,8%, respectivamente) (Amor et al., 2001a). Es decir, el maltrato sexual es factor predictor del TEP (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 2002; Bennice, Resick, Mechanic y Astin, 2003; Dutton, Kaltman, Goodman, Weinfurt y Vankos, 2005; Kemp, Green, Hovanitz y Rawling, 1995).

A su vez, es un tipo de maltrato que -a diferencia del maltrato físico- emerge menos al exterior. Específicamente, además, es el tipo de maltrato que parece concernir más al ámbito privado o íntimo de la pareja que otros tipos de agresiones; y, la víctima puede sentirse avergonzada de revelarlo a otras personas y lo hace, puede sentirse victimizada secundariamente. Según Marx (2005) este tipo de maltrato tiene peores consecuencias en aquellas mujeres que al revelar su victimización son cuestionadas o incluso culpadas por ello. A su vez, las víctimas que sufren maltrato físico y sexual, a diferencia de aquellas que exclusivamente son maltratadas físicamente, tienen un mayor riesgo de suicidio y de consumo abusivo de alcohol (Wingwood, DiClemente y Raj, 2000), e incluso de ser asesinadas por el agresor (Campbell y Soeken, 1999).

Finalmente, existen otras variables de riesgo que guardan relación con la psicopatología que sufren las víctimas de maltrato doméstico. Entre ellas destacan las siguientes: utilizar estrategias de afrontamiento pasivas, exposición a violencia en la familia de origen, permanecer en convivencia con el agresor o no tener posibilidades de separarse, haber sufrido violencia recientemente, llevar más años sufriendo maltrato, carecer de apoyos social y familiar, etc. (Amor et al., 2002; Sarasua y Zubizarreta, 2000; Villavicencio y Sebastián, 1999), y también ser una víctima joven (González y Santana, 2001). En este sentido, recientemente se ha encontrado que las víctimas más jóvenes tienen una mayor gravedad psicopatológica –mayor tasa de prevalencia del TEP, más síntomas depresivos y menor grado de autoestima- , y están expuestas a violencia física y a un mayor riesgo para su vida que las víctimas de más edad (Sarasua et al., 2007).

1.5. CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS EN VÍCTIMAS Y AGRESORES

En muchos casos de violencia de género está presente el consumo abusivo de sustancias, y aunque no sea “el factor causal”, puede contribuir a precipitar la violencia, o agravarla una vez que ha surgido. A su vez, otro aspecto que añade más complejidad son las diferencias que hay de unos casos a otros dentro de un contexto de violencia. Así, se pueden dar múltiples combinaciones en cuanto al consumo de las personas implicadas en los casos de violencia de género: agresores o víctimas que pueden consumir o no drogas, víctimas que antes de sufrir violencia de pareja ya consumían abusivamente

drogas, víctimas que consumen drogas como estrategia de afrontamiento ante el sufrimiento de una violencia que se prolonga en el tiempo, agresores consumidores y con perfiles psicopáticos, parejas que se agreden mutuamente, etc.

La vinculación existente entre el consumo de drogas y la violencia ha sido estudiada por múltiples autores. Por ejemplo, Bennett y Lawson (1994) encontraron que el 46% de los hombres que abusaban de las drogas también maltrataban, el 60% de las mujeres que consumían abusivamente drogas eran víctimas de violencia doméstica, y el 42% de las mujeres que recibían tratamiento por la violencia doméstica sufrida también abusaban de drogas.

Por otra parte , Easton, Swan y Sinha (2000) estudiaron a un grupo de personas que acudieron a tratamiento por consumo abusivo de sustancias. Dentro de este grupo, las personas que habían sufrido *violencia doméstica en el pasado* (tanto víctimas de violencia adultas o en la infancia, como agresores que ejercieron violencia física), requirieron más sesiones de terapia individual, y puntuaron significativamente más en un test de *screening* de alcoholismo y en sintomatología depresiva, que aquellos clientes que no vivieron una historia de violencia. Además, las personas que habían sido maltratadas en el pasado consumían cocaína en mayor medida (tanto autoinformada como evaluada durante un periodo de dos meses a través de pruebas de orina), que aquellas que no fueron victimizadas.

A continuación se describen algunas de las características del consumo de las víctimas y de los agresores. Repárese que la mayor parte de las investigaciones se han centrado en el consumo de alcohol como uno de los principales factores de riesgo de la violencia de género.

1.5.1. Consumo en las víctimas

Antes de analizar el consumo de sustancias adictivas en las víctimas, surge un interrogante: ¿*las mujeres que abusan de las drogas, lo hacen como consecuencia de la violencia que sufren, o más bien su consumo las predispone a sufrir violencia de género*?

Responder a esta cuestión no es fácil porque la realidad de estas víctimas no se puede reducir a este interrogante. En cualquier caso, se han realizado mútiples estudios, desde diferentes perspectivas metodológicas –estudios transversales (los más numerosos) y longitudinales (los menos numerosos y metodológicamente más adecuados para este fin).

Específicamente un estudio longitudinal reciente (Testa, Livingston y Leonard, 2003) encontró que las mujeres que consumen drogas ilícitas tienen más riesgo de sufrir violencia de pareja con posterioridad. También el consumo de drogas ilícitas está relacionado con una mayor probabilidad de ser maltratadas en nuevas relaciones de

pareja. En cambio el consumo abusivo de alcohol por parte de las mujeres no predice el sufrimiento de violencia con nuevas parejas. Las autoras de esta investigación consideran que el consumo de drogas por parte de la mujer o de su pareja puede incrementar la irritabilidad, dañar las interacciones sociales junto con la capacidad para manejar conflictos, y, por tanto, incrementar la probabilidad de que haya violencia. Además pueden darse conflictos de pareja por cuestiones tales como el consumo de drogas, el dinero, etc. También las parejas en las que ambos son consumidores abusivos de drogas pueden tener un estilo de vida más arriesgado, con conflictos o dificultades para manejar el estrés, conductas antisociales para conseguir las drogas, etc.; y todos estos factores pueden estar mediando en la relación que hay entre el consumo de drogas y la violencia de género.

Otra investigación longitudinal previa (Kilpatrick et al., 1997) también encontró una relación entre el consumo de drogas de las mujeres con posteriores experiencias de violencia (en este caso, de tipo físico y sexual); sin embargo, y al igual que en la investigación de Testa et al. (2003), esta relación no se encontró con el consumo de alcohol por parte de la víctima.

En cualquier caso, las *mujeres maltratadas* pueden recurrir al consumo de sustancias adictivas (alcohol, psicofármacos o drogas) a modo de estrategia de afrontamiento del sufrimiento experimentado. Concretamente, el porcentaje de víctimas que consumen drogas abusivamente oscila entre el 4% y el 40% de las mujeres que acuden a programas de tratamiento de violencia doméstica y a casas de acogida para víctimas (*cfr.* Gutierres y Van Puymbroeck, 2006). En definitiva, el consumo de sustancias supone un alivio a corto plazo del malestar emocional, pero, sin embargo, a la larga puede ser causa de un agravamiento de la situación de la víctima (p. ej., mayor vulnerabilidad ante la victimización, problemas de dependencia de sustancias, etc.).

Por otra parte, si nos focalizamos en *mujeres que consumen drogas*, se observa que un elevado porcentaje de ellas han sufrido o sufren violencia de adultas (entre el 41% y el 80% han sufrido maltrato doméstico) (*cfr.* Gutierres y Van Puymbroeck, 2006). Asimismo, los principales factores de riesgo del abuso de sustancias en las mujeres son el abuso sexual infantil o el abuso físico, la violencia doméstica en la vida adulta, y una pareja que consuma drogas (Goldberg, 1995).

Desde otra perspectiva, existen diferentes investigaciones que han encontrado *violencia bidireccional* dentro de parejas en las que la víctima consumía drogas. Por una parte, dentro de un grupo de mujeres embarazadas que consumían drogas (n=715), aproximadamente una de cada tres víctimas se había peleado con su pareja actual y disponían de algún tipo de arma (normalmente un cuchillo o una pistola) que podría ser utilizada en caso de necesidad; y de ellas, aproximadamente en uno de cada cuatro casos las agresiones físicas habían ocurrido delante de los hijos.

Por otra, Najavits, Sonn, Walsh y Weiss (2004) exploraron la violencia doméstica en 58 mujeres que presentaban un *trastorno dual* (trastorno de estrés postraumático y trastorno por abuso de drogas). Gran parte de estas víctimas vivían en un contexto de violencia bidireccional, caracterizado por agresiones psicológicas, maltrato físico y lesiones, en una proporción similar de intercambio violento; la única excepción fue en el porcentaje de conductas de coerción sexual, que era mayor en los hombres que en las mujeres (56,9% y 39,66%, respectivamente). En este trabajo se indica que no se comprobó la compleja dinámica de los episodios violentos, y que una mujer puede agredir debido a múltiples factores (p. ej., en defensa propia tras una larga historia de violencia sufrida por parte de su pareja, por una victimización previa, o por su grado de agresividad). También hay que tener en cuenta que la muestra, además de ser reducida, fue seleccionada en función del diagnóstico dual anteriormente señalado, y no a partir de víctimas de violencia de género.

Finalmente, no hay que olvidar que el consumo de drogas por parte de las víctimas de violencia de género incrementa la probabilidad de sufrir *victimización secundaria.* Por ejemplo, es frecuente que cuando denuncian su caso ante la policía sean culpadas por los episodios de violencia (Harrison y Willis Esqueda, 2000), e incluso es muy probable que ante estas circunstancias muchas víctimas no denuncien su caso. Además, pueden ser maltratadas desde las instituciones sanitarias cuando las mujeres toxicómanas acuden en situación de emergencia por diferentes motivos (sobredosis, intentos de suicidio, maltrato, etc.) (Chait y Zulaica, 2005). También la sociedad victimiza a las mujeres que abusan del alcohol, al sancionarlas y enjuiciarlas socialmente en función de múltiples estereotipos (Gómez Moya, 2006).

a) Abuso de fármacos

El consumo excesivo de medicamentos, sobre todo de analgésicos y de psicofármacos (ansiolíticos, hipnóticos o antidepresivos), recetados por el médico o, más frecuentemente, consumidos en forma de autoterapia, puede responder a un intento de superar el malestar físico o emocional generado por una situación de estrés crónico (Echeburúa y Corral, 1998).

Existen múltiples investigaciones que indican que las víctimas de violencia de género presentan más síntomas psicosomáticos, insomnio, depresión y enfermedades en el pasado que las mujeres que no son maltratadas (Instituto de la Mujer, 1999; Matud, 2004); de esta forma, es comprensible que requieran consumir más medicamentos que las mujeres que no sufren violencia. De hecho, una de cada tres víctimas atendidas en el *"Centro Mujer 24 horas"* (n=524) consumía fármacos, y en más del 90% de los casos lo hacían por prescripción facultativa (Generalitat Valenciana, 1997).

En resumen, el abuso de fármacos es una conducta difícil de eliminar. Muchas mujeres maltratadas son reacias a abandonar su consumo ya que la automedicación supone un

alivio transitorio y bloquea los síntomas del trastorno de estrés postraumático y de otro tipo de respuestas psicopatológicas (Walker, 1994).

b) Dependencia del alcohol

En términos generales, las mujeres alcohólicas tienen unas características diferenciales con respecto al alcoholismo masculino. En este caso, ellas suelen beber en solitario y ocultan su consumo; además suelen carecer de apoyo por parte de su pareja cuando intentan ponerse en tratamiento (Gómez Moya, 2006). Asimismo, ser mujer y adicta supone un doble factor de riesgo para la violencia doméstica (Chait y Zulaica, 2005).

El abuso de alcohol es mucho más frecuente en mujeres maltratadas que en el resto de la población femenina. Según Golding (1999), la tasa de prevalencia media puede situarse en el 18,5% (rango entre el 6,6% y el 44%), que está muy por encima de la media de la población normativa (del 4% al 8%) (Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes, et al., 1994).

Por otra parte, parece que los *patrones de consumo de alcohol* de las mujeres víctimas de violencia doméstica y de los hombres que agreden también son diferentes (Sharps, Campbell, Campbell, Gary y Webster, 2001). Las mujeres generalmente beben con menos frecuencia que los hombres, y cuando lo hacen, beben menos que ellos. Además, las víctimas que han logrado salir de una relación violenta tienden a reducir su consumo de alcohol, incluso sin ayuda terapéutica (Eberle, 1982; Walker, 1984).

Existen diferentes factores de riesgo asociados a un mayor consumo de alcohol en víctimas de maltrato, y que van desde el ser objeto de violencia tanto en la infancia como en la vida adulta (*cfr.* Gutierres y Van Puymbroeck, 2006), hasta las diferentes circunstancias del maltrato sufrido: gravedad de la violencia (Clark y Foy, 2000), intentos de homicidio (Sharps et al., 2001), maltrato sexual reiterado (McFarlane, Malecha, Gist, Watson, Batten, et al., 2005).

Por último, la probabilidad de denunciar el maltrato sufrido es diferente si la víctima es una mujer o un hombre. (Thompson y Kingree, 2006). Por una parte, es más probable que un hombre víctima de violencia no denuncie a su pareja cuando él está bajo los efectos del alcohol, y en cambio sí lo haga cuando su pareja ha consumido alcohol (en este caso, puede tener la expectativa de que es más probable que la responsabilidad del episodio violento se atribuya a su pareja). Y por otra, en las mujeres víctimas de violencia de género la probabilidad de denunciar está en función de otras variables, tales como haber sido agredida seis veces o más, haberse visto en peligro de muerte o temer por la vida de personas cercanas, y estar casada con el agresor (en este último caso es menos probable la denuncia).

c) Consumo de drogas

La tasa de prevalencia media del consumo de drogas en mujeres maltratadas puede alcanzar hasta el 8,9% de las víctimas (Golding, 1999), que está por encima de la media de la población normativa (del 4% al 6%) (Anthony y Helzer, 1991; Kessler et al., 1994). Este consumo de drogas afecta especialmente a las mujeres maltratadas más jóvenes.

Por otra parte, pueden existir otros problemas como son la dependencia a la nicotina (McFarlane, Parker y Soeken, 1996), e incluso adicciones sin drogas -a las compras, a los juegos de azar, etcétera-, así como trastornos de la impulsividad (bulimia, cleptomanía, etcétera) (Dutton, 1992). Más específicamente, un mayor porcentaje de víctimas de violencia física o sexual consumían tabaco (entre el 50% y el 60%) que mujeres no maltratadas (entre el 34% y el 47%). En ambos grupos (víctimas de violencia y no víctimas) el consumo era mayor entre las mujeres blancas en comparación con las afro-americanas (McFarlane et al., 1996). En una investigación más reciente de McFarlane et al. (2005), el inicio en el consumo de tabaco o su incremento era más probable en las víctimas que habían sufrido maltrato sexual reiterado en comparación con las mujeres agredidas sexualmente por su pareja una sola vez.

1.5.2. Consumo en los agresores

Cuando los comportamientos violentos están asociados al consumo de drogas del agresor, en la mayor parte de los casos la droga consumida es el alcohol (Parker y Auerhahn, 1998). Estos investigadores, en su trabajo de revisión de otros estudios, constatan la existencia de la relación entre alcohol y violencia, pero no una relación causal. De hecho, el abuso de alcohol no explica en su totalidad la presencia de conductas violentas en los maltratadores. ¿Por qué, por ejemplo, se golpea o humilla a la mujer bajo los efectos del alcohol y no se hace lo mismo con el jefe o con un vecino? Lo que hace el alcohol es activar las conductas violentas derivadas de unas actitudes hostiles previas (Echeburúa, Amor y Fernández, 2002); asimismo, la ira, la agresión, los estados de ánimo negativos junto con el estrés psicológico, pueden activar la avidez por el consumo de alcohol u otras drogas y la recaída en quienes abusan de las drogas (Easton, et al., 2000). En definitiva, aunque todavía se deben realizar más investigaciones, hoy en día se conocen muchos datos sobre el papel que desempeña el consumo de alcohol en la violencia.

La agresión bajo la influencia directa del alcohol es muy variable y oscila entre el 40% y el 90% de los casos (*cfr.* Stuart, 2005). En estas circunstancias el alcohol -el peor cómplice de la violencia- actúa como un desinhibidor que echa a pique el muro de contención de los frenos morales en los que se ha socializado el agresor y tiene efectos facilitadores de la violencia: pérdidas de memoria, accesos de ira, profunda suspicacia, actos de crueldad, etcétera (Echeburúa, Corral, Fernández-Montalvo, y Amor, 2004). Según Fals-Stewart y Kennedy (2005), la violencia de un hombre contra una mujer es mucho más probable

cuando el agresor ha consumido alcohol, y este porcentaje es mucho mayor cuando el consumo ha sido excesivo. Asimismo, el consumo de alcohol, si bien no causa la violencia dentro del ámbito de la pareja, puede guardar relación con la frecuencia y gravedad de las lesiones en la víctima (Thompson y Kingree, 2006) e incrementar el riesgo de muerte (Slade, Daniel y Heisler, 1991; Sharps et al., 2001).

Según Sharps et al. (2001), muchos hombres que maltratan gravemente (en algunos casos llegando a asesinar) a su pareja, abusan del alcohol, otras drogas o ambos tipos de sustancias en un porcentaje significativamente mayor al de los hombres que maltratan con menor gravedad. En esta investigación, el riesgo de homicidio estaba claramente vinculado al consumo de los agresores y no al de las víctimas. También las personas que consumen alcohol son arrestadas con más probabilidad por la violencia ejercida que aquellos agresores que no consumen alcohol. Desde otro ámbito, Slade et al. (1991) realizaron análisis toxicológicos a 20 casos de violencia doméstica que acabaron en homicidio. De ellos, el alcohol fue la droga más detectada (en el 85% de los casos), siendo su presencia mayor en los sospechosos de homicidio (70%) que en las víctimas (45%). También en el 30% de los sospechosos y en el 15% de las víctimas, había presencia de cocaína, así como mezcla de alcohol y cocaína (en el 20% de los casos). Sin embargo, es preciso seguir investigando esta cuestión en otros países dado que en muchos casos de homicidio intraconyugal el alcohol no parece haber sido el principal factor desencadenante.

Por otra parte, la mayoría de los hombres que son detenidos por violencia contra su pareja, y de aquellos que participan en programas de intervención para hombres violentos, tienen problemas con el alcohol (Stuart, 2005). Asimismo, de todos los hombres que están en tratamiento por problemas de violencia, los que abusan del alcohol son los que tienen una probabilidad mayor de volver a maltratar a su pareja. Por estas razones, resulta conveniente abordar los problemas de alcohol junto con el tratamiento de la violencia de pareja. De hecho, las personas que han estado en tratamiento por problemas de alcohol han disminuido la violencia contra su pareja a pesar de no haberse intervenido específicamente sobre la violencia (*cfr.* Stuart, 2005).

Desde esta perspectiva, aunque los programas de tratamiento para hombres violentos han resultado relativamente inefectivos, se debe hacer un importante esfuerzo por mejorarlos. Por una parte, será preciso incidir sobre los aspectos motivacionales dentro del tratamiento; y por otra, atender los aspectos concretos de cada individuo -características del agresor, necesidades específicas, etiología de la violencia, presencia o no del consumo de alcohol y de otras drogas, tipos de hombres violentos, etc.- para lograr mejores tasas de éxito (Gondolf, 1988; Saunders, 1992).

Por lo que se refiere al consumo de drogas, las tasas de incidencia en los hombres violentos son menores y oscilan entre el 13% y el 35% de los sujetos estudiados (Bergman

y Brismar, 1993). De todas las drogas parece que el consumo de cocaína (o el consumo de cocaína y alcohol) son las más relacionadas con la violencia. En este sentido, Lee, Gottheil, Sterling, Weinstein, y Serota (1997) han encontrado que los consumidores de cocaína que además maltratan a su pareja, a diferencia de los que no maltratan, tienen en mayor medida consumo excesivo de alcohol en el pasado, problemas familiares, susceptibilidad ante pequeñas cosas, dificultades para relajarse, sintomatología depresiva, ideación paranoide, psicoticismo y elevada sensibilidad interpersonal.

Finalmente, las investigaciones que han estudiado la relación entre el consumo de drogas ilicitas y la violencia no son del todo concluyentes (Parker y Auerhahn, 1998), y se requieren más investigaciones.

1.6. HOMICIDIO EN EL ÁMBITO DE LA PAREJA

En muchos casos la violencia física en el hogar tiende a adquirir una escalada progresiva, en la que aumenta la frecuencia e intensidad de los episodios de violencia. Por ello, la gravedad suele ser tanto mayor cuanto más duradera es la convivencia dentro de una relación violenta (Straus y Gelles, 1990). Esta escalada de la violencia puede terminar dramáticamente cuando uno de los dos miembros de la pareja muere a manos del otro.

1.6.1. Homicidio de la víctima de violencia

Existe una gran alarma social al conocer a través de los medios de comunicación o de las estadísticas las muertes perpretadas por la pareja o ex pareja, que suponen una tasa de más de 3 mujeres asesinadas por millón. La proporción más alta de muertes se registra en el tramo de edad comprendido entre los 15 y los 24 años (5 mujeres por millón), es decir entre las víctimas más jóvenes (Centro Reina Sofía, 2005). Además las víctimas más jóvenes es más probable que sufran maltrato físico que las víctimas de mayor edad, junto con una mayor sintomatología psicopatológica como consecuencia de la violencia sufrida (una mayor tasa de prevalencia del TEP [42% en las más jóvenes, 27% en las más mayores], mayor sintomatología depresiva y menores niveles de autoestima) (Sarasua et al., 2007).

Los principales *factores de riesgo de homicidio* en las mujeres maltratadas son los siguientes: llevar casadas más de 12 años; haber recibido malos tratos físicos habituales y amenazas de muerte; pertenecer a una clase social baja; haber abandonado a su agresor después de una larga convivencia; y llevar separadas de hecho menos de 9 meses. En estos casos el homicidio es el último episodio de una historia anterior de malos tratos (Cerezo, 2000).

Investigaciones más recientes también han encontrado como factores de riesgo de homicidio, sufrir maltrato sexual (McFarlane et al., 2005) y/o maltrato durante el

embarazo (*cfr.* Velez, Montoya, Jansson, Walters, Svikis, Jones, et al., 2006) consumo abusivo de alcohol por parte del agresor (Sharps et al., 2001; Slade, Daniel y Heisler, 1991); así como otros factores, de carácter sociodemográfico, tales como convivir en pareja sin estar casados y tener una considerable diferencia de edad entre la víctima y el agresor (tanto por exceso como por defecto).

Por otra parte, otro importante factor de riesgo de homicidio son los *celos.* Según Rojas Marcos (1995) son la causa más frecuente de homicidios conyugales e incluso la fuente principal de violencia por parte de la mujer hacia su pareja. De esta forma, los ataques de celos y el sentirse despechado, junto con la presencia de comportamientos agresivos y de un repertorio de conductas y de intereses muy limitado y la ausencia de autoestima y de habilidades sociales, son la causa más frecuente de homicidios conyugales (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2001).

Estos crímenes suelen ocurrir una vez consumada la separación de la pareja. Las mujeres que logran abandonar a estos hombres son sometidas a un hostigamiento extremo como método de presión. El varón suele reaccionar con violencia ante las infidelidades o crisis de convivencia. En último término, el móvil es el sentimiento insuperable de pérdida de algo que *creen* les pertenece. El homicida suele acabar por entregarse a la policía o por suicidarse, lo que le diferencia de otros criminales que tratan de ocultar su implicación en el delito (Echeburúa et al., 2004).

En definitiva, en estas relaciones podría decirse que la víctima no tiene una escapatoria fácil. Por una parte, el abandono del agresor es la estrategia más radical para hacer frente a la violencia de la pareja. Y por otra, no se lleva a cabo con la frecuencia con que sería esperable porque suele ser frenada por el agresor con diversos tipos de chantaje emocional e incluso con amenazas explícitas (de homicidio o de suicidio, de represalias sobre los hijos, de estrangulamiento económico, etcétera). Si la mujer opta, pese a todo, por abandonar al agresor, sigue corriendo riesgos, especialmente en los primeros meses tras la separación, de acoso, de agresión e incluso de asesinato (Cerezo, 2000; Echeburúa y Corral, 1998; Roberts, 1996).

Ante estas circunstancias tan extremas, la víctima para acabar radicalmente con el sufrimiento puede plantearse el suicidio, o incluso, en menor medida, el homicidio del agresor. De hecho, las tasas de suicidio en mujeres maltratadas muestran una media ponderada de 17,9% (Golding, 1999), con un rango muy amplio entre investigaciones (4,6%-77%), y que es considerablemente más elevado que el existente en las mujeres de la población general. Además, las mujeres maltratadas sexualmente tienen un riesgo de suicidio 5,3 veces mayor que las víctimas de maltrato exclusivamente físico (McFarlane et al., 2005). Y finalmente, el riesgo de suicidio puede exacerbarse también por el consumo abusivo de drogas.

1.6.2. Homicidio del agresor

La mujer es víctima de homicidio intraconyugal en una proporción 6 veces mayor que el hombre (Cerezo, 1998, 2000). Ello no obsta para que haya ocasiones en que el homicidio de la víctima de maltrato doméstico hacia su agresor se constituya en una estrategia de afrontamiento extrema y dramática para acabar con la violencia sufrida. Existen tres contextos relacionados con el homicidio intraconyugal hacia el agresor:

a) *En defensa propia:* la mujer se defiende ante un ataque de violencia física que inició el agresor y que surge tras muchos años de maltrato grave (Torres y Espada, 1996; Walker, 1984). Este tipo no suele ser muy habitual por la desproporción de fuerza existente entre el hombre y la mujer (Campbell, 1995; Daly y Wilson, 1988; Jurik y Winn, 1990; Mann, 1990).

b) *En situación de miedo insuperable:* aquí la violencia puede estallar de forma explosiva como consecuencia de una ira reprimida durante mucho tiempo (Echeburúa y Corral, 1998; Torres y Espada, 1996) o de la percepción por parte de la víctima de que, al estar totalmente fuera de control el comportamiento violento del agresor, corre peligro su propia vida o la de sus hijos (Cerezo, 1998). De este modo, el miedo extremo puede funcionar como un detonante de los comportamientos agresivos.

c) *En situación incontenible de indefensión y de desesperanza:* en estos casos la mujer, una vez agotadas todas las salidas posibles, recurre al homicidio como último recurso en sus intentos por acabar con la violencia y con su interminable padecimiento (Walker, 1984). De hecho, una buena parte de las mujeres homicidas han intentado antes suicidarse o han amenazado con hacerlo (Browne, 1987; Walker, 1984).

De los tres contextos señalados, los dos últimos están muy relacionados entre sí en función de las alteraciones psicopatológicas y de las estrategias de afrontamiento adoptadas por las víctimas. En concreto, hay síntomas del trastorno de estrés postraumático -imágenes intrusivas, futuro desesperanzador, ira, hipervigilancia, etcétera- que atenúan la percepción por parte de la víctima de alternativas positivas a su situación y que, por tanto, intensifican los sentimientos de desesperanza en su vida (Hattendorf, Ottens y Lomax, 1999). En estas circunstancias, sobre todo si hay amenazas de muerte por parte del agresor hacia la víctima o hacia otros familiares, el miedo insuperable y la depresión, junto con el aislamiento social y familiar, parecen ser los factores clave del homicidio contra el agresor dentro del ámbito de la pareja, en un contexto de indefensión y desesperanza (Roberts,1996).

2. MÉTODO

2.1. MUESTRA

En esta investigación se contó con diferentes muestras según la fase de investigación. En la primera fase, se administró a 120 personas un *screening* -para determinar la tasa de prevalencia de la violencia doméstica, así como otros aspectos relacionados con la violencia de género-, en diferentes Centros de Día para personas que requieren tratamiento por adicciones tóxicas y no tóxicas. Inicialmente se recogieron datos de 178 casos pero se eliminaron 58 por diferentes motivos (habían respondido erróneamente al *screening,* no respondieron a la mayor parte de los ítems, datos confusos, etc.). Para la segunda fase, de los 120 casos iniciales se mantuvieron 78 casos al estar relacionados con la violencia de pareja (habían respondido sí a las preguntas de si habían sido maltratados por algún familiar, por su novio o por alguna persona con la que convivían), y también se amplió el tamaño muestral hasta disponer finalmente de 118 casos de violencia de pareja. Los cuestionarios procedieron de diferentes Centros de Día (tabla 3).

Tabla 3. Procedencia de los cuestionarios

Centros de Día	Casos atendidos en el año	Número de cuestionarios	Porcentaje de la muestra
Proyecto Amigó (Castellón)	537	10	8,5%
AVAPE Valencia	208	14	11,9%
PATIM (Castellón)	965	36	30,5%
Cáritas (Salamanca)	95	12	10,2%
AVANT (Valencia)	384	10	8,5%
ACOAD - Centro de Día (Pamplona)	232	9	7,6%
Hogar 20 (Granada)	109	8	6,8%
ADAT (Don Benito, Badajoz)	86	6	5,1%
Proyecto Hombre (Valencia)	840	3	2,5%
ANTARIS, (Dos Hermanas, Sevilla)	132	2	1,7%
ACLAD (Valladolid)	-	8	6,8%
Total	3588	118	100%

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

a) ser pacientes en tratamiento en Centros de Día por adicciones tóxicas y no tóxicas; b) ser víctimas y/o agresores de violencia dentro del ámbito de la pareja; y c) haber respondido a la mayor parte de las preguntas.

Por último, salvo para el *screening* –que se utilizó la muestra inicial de 120 casos- los análisis se realizaron en función de la muestra obtenida en la segunda fase (118 casos de violencia de pareja).

2.2. DISEÑO

En esta investigación se ha empleado un *diseño descriptivo de carácter transversal*, mediante la evaluación de las víctimas y de las personas agresoras a partir de un screening sobre el sufrimiento de violencia y de un cuestionario sobre violencia en la relación de pareja y adicción a drogas. El propósito de la investigación era, por una parte, determinar la tasa de prevalencia de la violencia dentro de una muestra de parejas que acudieron a diferentes Centros de Día, ubicados en diferentes lugares de España, por adicciones tóxicas y no tóxicas; y, por otra, estudiar aquellos casos en los que había violencia dentro de la pareja, desde una perspectiva tanto *descriptiva* como *analítica.*

Para ello se analizaron las frecuencias de todas las variables de esta investigación: datos sociodemográficos, situación de la relación de pareja, tipo de violencia sufrida por las víctimas, circunstancias de la agresión más reciente junto con la historia de agresiones previas, características de las personas agresoras, vulnerabilidad de las víctimas y consumo de drogas por parte de ambos miembros de la pareja. Asimismo, se pusieron en relación múltiples variables para estudiar su vinculación con el riesgo de homicidio, los consumos de drogas de ambos miembros de la pareja, así como diferentes comparaciones en variables de interés en función del tipo de maltrato sufrido (físico, sexual o exclusivamente psicológico).

Por otra parte, se realizaron múltiples *análisis estadísticos* tanto descriptivos (medidas de tendencia central y de dispersión, porcentajes, etc.) como inferenciales, en función del nivel de medida de las variables y de los objetivos propuestos en esta investigación. Asimismo, para conocer la relación de proximidad entre múltiples variables se realizaron diversos *análisis cluster jerárquicos*. Esta técnica permite clasificar un conjunto de variables (o casos) en función de su proximidad (Gil, 2003).

2.3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

2.3.1. Cuestionario de Screening

Este cuestionario –proveniente de la encuesta de población realizada en España sobre la violencia de género (2000)- permite identificar a aquellas personas que han sufrido violencia por parte de la pareja, de un familiar o de alguien con el que se convive, a lo largo de la vida y durante el último año. Consta de tres bloques de preguntas (ver Anexo I). Los dos primeros tratan de identificar la presencia o ausencia de violencia tanto a lo largo de su vida como durante el último año, y determinar quién fue el causante del maltrato; y el tercer bloque consta de nueve preguntas referidas a diferentes comportamientos de maltrato que la persona puede haber sufrido. Estos ítems se

responden a partir de la siguiente escala: *nunca, a veces o frecuentemente*. Dentro de esta investigación se realizó un análisis factorial con rotación *varimax* de estos nueve ítems, y se encontró un único factor que explicaba el 66,38% de la varianza (*tabla 4*). Asimismo, presentó una fiabilidad muy elevada (alfa de Cronbach de 0,94).

Tabla 4. Matriz de componentes

Ítems	Factor 1
¿Le descalifica, infravalora o se mofa de sus actuaciones?	0,869
¿Decide las cosas que puede o no puede hacer y no tiene en cuenta sus necesidades?	0,868
¿Le insulta o amenaza?	0,857
¿En ciertas ocasiones le produce miedo?	0,849
¿Le impide" ver a la familia o tener relaciones con amigos y/o vecinos...?	0,814
Cuando se enfada, ¿llega a empujar o golpear?	0,800
¿Le quita el dinero que gana o no le da lo que precisa para las necesida de básicas de la familia?	0,783
¿Le desautoriza completamente en presencia de sus hijos, invitándoles a no tenerle en cuenta?	0,761
¿Insiste en tener relaciones sexuales aunque usted no tenga ganas?	0,719

2.3.2. Cuestionario sobre Violencia en la relación de pareja y adicción a drogas

Este instrumento se confeccionó inicialmente a partir de un *Cuestionario de Predicción de Violencia en la Pareja* (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Corral, 2009), actualmente en estudio; posteriormente, se ha completado en función de las sugerencias realizadas por los psicólogos y otros profesionales que trabajan en los Centros de Día, junto con el resto de autores de este trabajo. El cuestionario consta de seis apartados (ver Anexo II):

a) *Datos personales:* se realizan 23 preguntas que versan sobre datos socioeconómicos, culturales, profesionales, así como datos relativos al domicilio familiar y personas con las que convive en la actualidad.

b) *Situación de la relación de pareja:* se realizan dos preguntas dirigidas a identificar aquellos casos de violencia de pareja y a conocer la situación actual de la víctima con respecto a la persona agresora. A su vez se realizan de forma complementaria 13 preguntas dicotómicas (si/no) que deben responder aquellas víctimas que se

han separado de su pareja. Estas preguntas tienen que ver con la forma en que la persona agresora ha reaccionado ante la separación: aceptación o no, acoso, quejas económicas, apoyo social y familiar; presencia o no de conflictividad sobre la guarda y custodia de los hijos, el régimen de visitas o la asignación de la vivienda familiar; Y finalmente, en caso que exista una orden de alejamiento determinar si hubo quebrantamiento de ella y sus razones.

c) *Tipo de violencia*: consta de tres secciones. La primera se centra en determinar el *tipo de maltrato sufrido* junto con las conductas concretas de violencia. Las víctimas deben señalar qué conductas de maltrato han sufrido de entre las 18 conductas violentas planteadas, y que se corresponden con tres tipos de maltrato (*físico, psicológico y sexual,* con nueve, seis y tres preguntas, respectivamente). La segunda sección consta de siete preguntas sobre las *circunstancias de la agresión más reciente* sufrida por la víctima (lugar, momento del día y día de la semana, presencia de consumo de droga el día de la agresión, presencia de discusión previa, el tipo de agresión sufrida y una breve descripción de lo ocurrido). Y la tercera sección se centra en la *historia de agresiones previas al último episodio de maltrato* para analizar el patrón habitual de la agresión. Esta sección consta de 21 ítems (19 dicotómicos), en los que se trata de identificar el lugar habitual de las agresiones, junto con los días de la semana más proclives a la violencia, la presencia de consumo de drogas contingente al maltrato, la presencia de violencia cruzada entre la víctima y el/la agresor/a, si hay amenazas de muerte, amenazas de suicidio, si hay presencia de armas de fuego, si se ha utilizado armas para amenazar a la víctima, si la violencia se ha extendido a los hijos, etc.

d) *Perfil de la persona agresora:* Por una parte, consta de 17 preguntas dicotómicas sobre su historia de victimización, su forma de ser (persona celosa, posesiva, violenta en general, desprecio ante la vida), si es consumidora de drogas, si ha recibido o recibe algún tipo de tratamiento psiquiátrico, psicológico y/o comunitario, si justifica sus conductas violentas y culpa a la víctima del maltrato, etc.; y por otra, en caso de que sea consumidora de droga debe indicar las drogas consumidas (hachís, cocaína, anfetaminas, drogas de síntesis, heroína, etc.) y la frecuencia de consumo con arreglo a la siguiente escala (*diario* o más de 4 días por semana, *continuo* [3 o 4 fines de semana al mes], *habitual* [1 o 2 veces por semana], y *esporádico* [menos de 8 veces al año]). Por otra parte, el consumo de alcohol se analiza por separado del resto de drogas, teniendo en cuenta el consumo en función de dos aspectos: a) una tabla de *unidades de bebida estándar* (U), en donde se diferencian las bebidas fermentadas de las destiladas (con mayor graduación de alcohol que las anteriores), y el sexo del consumidor/a. Se tuvieron en cuenta tres categorías: *criterio de intervención* (35 U. o más por semana, o 5 o más al día), *riesgo progresivo* (entre 21 y 35 U. por semana o entre 3 y 5 al día), y

consumo prudencial (21 U. o menos por semana, o dos o menos al día). Cada U. de bebida fermentada se corresponde aproximadamente a 10 gramos de alcohol, y cada U. de bebida destilada se compone de unos 20 gramos de alcohol.

e) *Vulnerabilidad de la víctima:* por una parte, este apartado se compone de 10 preguntas dicotómicas sobre el grado de apoyo que tiene la víctima, de su grado de autonomía económica, de si minimiza o no el maltrato del que ha sido objeto, si se considera vulnerable por otros motivos (dependencia a drogas, dependencia económica, dependencia emocional, soledad, etc.), si sufrió maltrato también en su familia de origen o en una relación anterior, etc. Y, por otra, en caso de que la víctima sea o haya sido consumidora de alguna droga debe señalar el tipo de droga (alcohol, hachís, cocaína, anfetaminas, heroína, etc.) y su grado de consumo (*habitual o esporádico).*

f) *Ingreso en prisión de la persona agresora por violencia de género*: Este apartado consta de seis preguntas dicotómicas acerca de si la persona agresora ha estado ingresada en un centro penitenciario y si fue por violencia de género o por otras razones (pregunta abierta). También se pregunta sobre si asume la comisión del delito o, por el contrario, justifica el ingreso en prisión por la excesiva protección legal hacia la mujer.

2.4. PROCEDIMIENTO

Este trabajo tuvo *dos fases* claramente delimitadas en el tiempo. En la primera fase, desarrollada desde noviembre de 2005 a julio de 2006, se trató de determinar la tasa de prevalencia de la violencia doméstica, así como otros aspectos relacionados con la violencia de género, en parejas que acudieron a Centros de Día por adicciones tóxicas y no tóxicas. En la segunda fase, comprendida desde octubre de 2006 a septiembre de 2007, se profundizó más en la violencia de pareja dentro de un contexto de intervención por problemas con las drogas.

En ambas fases, las personas encargadas de recoger la información de los cuestionarios fueron los/las psicólogos/as de los diferentes Centros de Día, coordinados por Juan Carlos Oria y el resto de los directores y coordinadores de los Centros de Día colaboradores. Con anterioridad a la recogida de datos, la Profesora Paz de Corral, una de las autoras del cuestionario sobre "*violencia enla relación de pareja y adicción a drogas*" impartió un curso de formación en la sede del Plan Nacional de Drogas (Madrid, noviembre de 2005). Este curso tuvo dos partes:

a) Una primera parte más *teórica*, en la que se aportaron diversos datos sobre las investigaciones clínicas del equipo de investigación que dirige el *Catedrático de*

Psicología Clínica, profesor Enrique Echeburúa, sobre víctimas de violencia y sobre sus agresores; y se profundizó en el tema de la violencia de género. Después de la teoría, se presentó el cuestionario y se hizo una explicación sobre la elaboración de las preguntas que aparecen en él.

b) Y una segunda parte más *práctica*, en la que, a modo de taller, todos los asistentes se organizaron por grupos y cumplimentaron los cuestionarios. Por último, se discutieron las dudas, se hicieron sugerencias y algunas de ellas se incorporaron al cuestionario definitivo.

Para la *segunda fase*, se excluyeron múltiples cuestionarios por diversos motivos: a) cuestionarios en los que no había violencia dentro del ámbito de la pareja; y b) cuestionarios incompletos en múltiples variables.

Finalizada la recogida de datos el Profesor Pedro J. Amor e Isaura A. Bohórquez los incorporaron a la base de datos y los analizaron mediante el programa estadístico SPSS (versión 14), tanto los de la primera fase (desde mayo hasta julio de 2006) como los de la segunda (desde mayo hasta septiembre de 2007).

En cuanto al conjunto de *variables* descritas en el apartado anterior, aquellas que eran "variables cadena" o de respuesta abierta (en las que había respuestas muy heterogéneas de unas personas a otras) se categorizaron para facilitar los análisis de datos y su interpretación. Algunas de estas variables son la nacionalidad y la profesión tanto de las víctimas como de los agresores, las razones por las que las víctimas han sido acosadas tras la separación de pareja, los comportamientos de acoso sufridos, los tipos de droga consumidos durante los episodios violentos, los motivos de las agresiones sufridas por las víctimas, el tipo de armas con las que se ha amenazado a las víctimas, etcétera. Por otra parte, se realizaron múltiples comparaciones en variables relevantes en función de los tipos de maltrato sufrido por las víctimas (físico, sexual y/o psicológico exclusivamente).

3. RESULTADOS

3.1. DATOS DERIVADOS DEL CUESTIONARIO DE SCREENING

En la primera fase de esta investigación, se estudió la prevalencia del maltrato doméstico en pacientes que acudieron a diversos Centros del Día por problemas con las drogas. Además, esta información se comparó con las diferentes encuestas de población realizadas por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales sobre la violencia de género (Instituto de la Mujer, 1999, 2002, 2006).

De las personas evaluadas inicialmente, el 64,2% habían vivido una situación de violencia dentro de sus relaciones familiares o de pareja, *a lo largo de su vida*. Asimismo, el 53% de estas víctimas, habían sido maltratadas por su pareja (figura 1). Otro elevado porcentaje de víctimas –el 21% de las personas maltratadas- había sufrido maltrato por parte de sus padres. En este caso, era tres veces más frecuente el maltrato ejercido por los padres que por las madres. Aquellas víctimas que fueron ubicadas dentro de "otras circunstancias" podían ser víctimas de otras personas no incluidas en categorías previas, personas que también maltrataron en el pasado, así como víctimas que sufrieron violencia por parte de múltiples personas (14%). Del conjunto de víctimas, la mayoría (65,38%) habían sido maltratadas por una sola persona; el resto habían sido maltratadas por dos (28,5%), tres (8,97%), e incluso por cuatro (5,13%) personas. Finalmente, una de cada tres víctimas había sido maltratada en sus relaciones familiares o de pareja *durante el último año*.

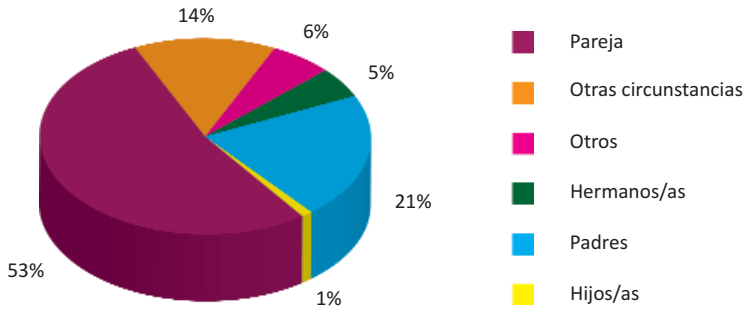

Figura 1. Personas que maltrataron

Como se puede observar en la tabla 5, las situaciones y conductas de violencia más prevalentes, dentro de la muestra de personas que acudieron a los diferentes Centros de Día, son insultar o amenazar a la víctima, descalificarla, infravalorarla, o burlarse de lo que hace, decirle a la víctima las cosas que puede o no puede hacer sin tener en cuenta sus necesidades, impedirla ver a su familia o tener relaciones con amigos y/o vecinos, así como quitarle el dinero que gana o no darle lo que precisa para las necesidades básicas de la familia. Además, en la tercera parte de los casos la violencia ha tenido lugar en presencia de otras personas (hijos, familiares, etc.), y en la cuarta parte de los casos la víctima se ha sentido en alguna ocasión forzada a mantener relaciones sexuales.

Tabla 5. Porcentaje de respuesta ante diversas situaciones de violencia

Situaciones	Nunca	A veces	Frecuentemente
¿Le impide" ver a la familia o tener relaciones con amigos y/o por vecinos...?	60%	25%	15%
¿Le quita el dinero que gana o no le da lo que precisa para las necesidades básicas de la familia?	68%	17%	15%
¿Le insulta o amenaza?	48,5%	24,8%	26,7%
¿Decide las cosas que puede o no puede hacer y no tiene en cuenta sus necesidades?	49%	27%	24%
¿Insiste en tener relaciones sexuales aunque usted no tenga ganas?	71,7%	18,2%	10,1%
¿En ciertas ocasiones le produce miedo?	58,4%	30,7%	10,9%
Cuando se enfada, ¿llega a empujar o golpear?	57,4%	24,8%	17,8%
¿Le descalifica, infravalora o se mofa de sus actuaciones?	48%	28%	24%
¿Le desautoriza completamente en presencia de sus hijos, invitándoles a no tenerle en cuenta?	67,7%	23,7%	8,6%

Por otra parte, la prevalencia de la violencia de género es diferente en función de los diferentes ámbitos de estudio. Más específicamente, se encontró una prevalencia de violencia de género considerablemente mayor en personas que acudieron a Centros de Día por problemas con las drogas (53,1%) que en la población normativa (9,6%-12,4%, según las diferentes encuestas de población realizadas en España en los años 2000, 2002 y 2006). Con respecto a las personas que maltrataron o maltratan a las víctimas, se observa que tanto en la población normativa (maltrato técnico y maltrato declarado) como en la de Centros de Día, las agresiones provienen en mayor proporción de la pareja, seguidas de los padres (figura 2).

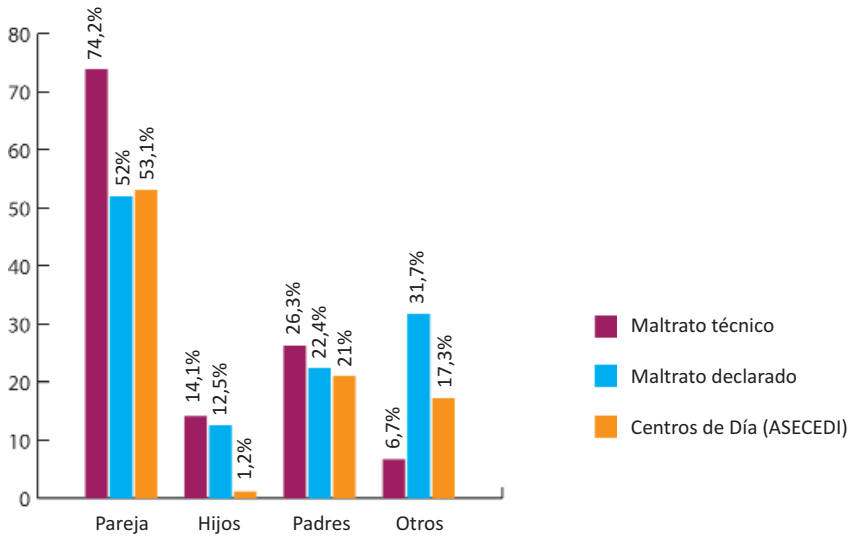

Figura 2. Persona que causa el maltrato

3.2. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Dentro de esta investigación, la mayor parte de las personas que agredieron a su pareja eran hombres (86,2%) en comparación con mujeres agresoras (13,8%); por otro lado, la mayor parte de las víctimas fueron mujeres (61,5%) en comparación con hombres víctimas (38,5%). Asimismo, la muestra estuvo compuesta mayoritariamente por parejas heterosexuales (71,6%).

3.2.1. Diferencias de edad entre las víctimas y los agresores

Tanto las víctimas (hombres o mujeres) como quienes agredieron a su pareja (hombres o mujeres), eran en su mayor parte relativamente jóvenes. Específicamente, el 75% de los agresores tenían menos de 45 años (rango de 20 a 71), y el 75% de las víctimas tenían menos de 42 años (rango de 18 a 65). También, la edad media de los agresores (38,91 años; D.T.=10,84) era significativamente mayor (t= 4,34; p<.0001) que la de las víctimas (35 años; D.T.=9, 21).

3.2.2. Nacionalidad de las víctimas y de los agresores

El 92% de los agresores eran españoles. El resto de casos provenían de diferentes países (dos marroquíes, un rumano, un portugués, un ruso, un noruego, un camerunés, un brasileño, y un ecuatoriano). Igualmente, las víctimas eran mayoritariamente españolas

(91,5%), seguida por personas de nacionalidad rumana (2,8%). El resto de víctimas fueron colombianas (dos casos), ecuatorianas (dos casos), inglesas (un caso) y marroquíes (un caso).

Tabla 6. Correspondencias entre las nacionalidades de las parejas

Nacionalidad de quien agrede	Nacionalidad de la víctima					
	española	rumana	inglesa	marroquí	colombiana	ecuatoriana
española	92	1	1	0	2	1
rumana	0	1	0	0	0	0
portuguesa	1	0	0	0	0	0
rusa	1	0	0	0	0	0
noruega	1	0	0	0	0	0
marroquí	0	1	0	1	0	0
camerunesa	1	0	0	0	0	0
brasileña	1	0	0	0	0	0
ecuatoriana	0	0	0	0	0	1
Total	97	3	1	1	2	2

3.2.3. Niveles culturales y socioeconómicos de las víctimas y los agresores

Existe una gran correspondencia entre los niveles socioeconómicos y de formación académica entre las víctimas y los agresores. En este sentido, alrededor de la mitad de los agresores y de las víctimas tienen una formación académica de enseñanza primaria, y dos de cada 10 víctimas y agresores tienen un nivel de enseñanza secundaria (ver figura 3). Asimismo, la mayor parte de las víctimas y de los agresores se sitúan en un *nivel socioeconómico* entre medio y bajo (figura 4). En cuanto a la *situación laboral*, la mayoría de las víctimas y de los agresores tienen trabajo temporal o están en paro. Aunque en uno de cada cuatro casos aproximadamente tienen trabajo fijo. Los agresores, a diferencia de las víctimas suelen tener en mayor proporción trabajos temporales (41,2% vs. 27,6%), y las víctimas están en paro con más frecuencia (28,4% vs. 12,7%) (figura 5). Dentro del *ámbito laboral*, un elevado porcentaje de agresores (37,5%) desempeñan una actividad clasificable dentro del grupo de profesionales y técnicos. En este sentido, destacan profesiones tales como trabajadores de la construcción (peones, encofradores, etc.),

fontaneros, electricistas, soldadores, etc. En cambio, la actividad laboral de las víctimas más frecuente se ubica dentro del grupo del sector servicios (24,2%), en trabajos tales como camareras, limpiadoras, trabajadoras en supermercados, etc.

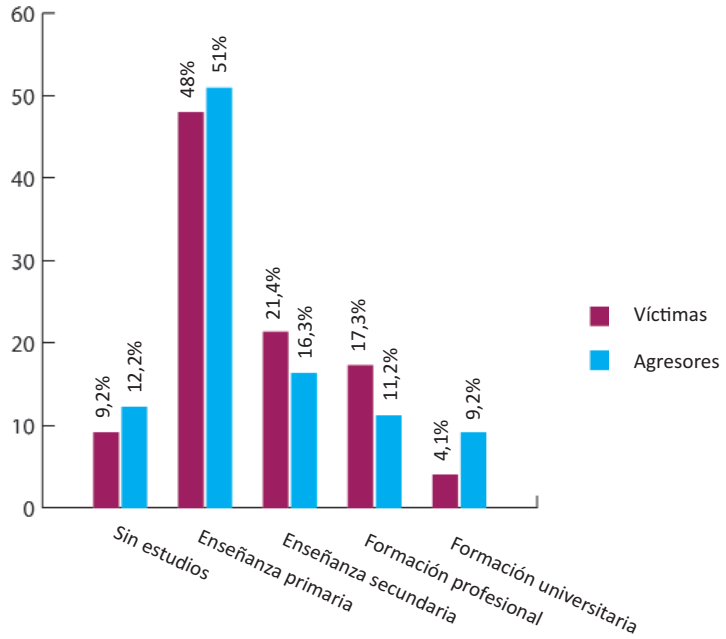

Figura 3. Formación académica de las víctimas y los agresores

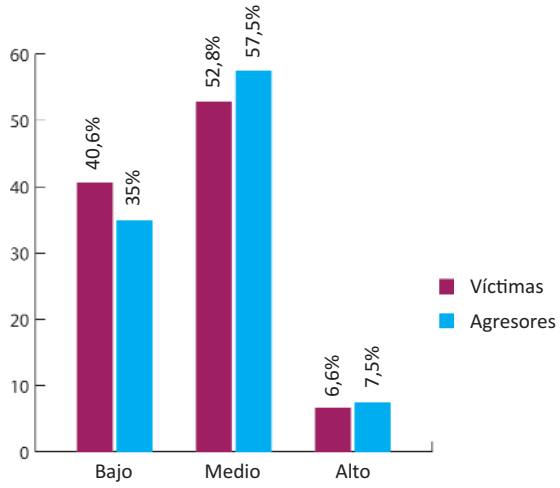

Figura 4. Nivel socioeconómico de las víctimas y los agresores

Tabla 7. Grupos profesionales de pertenencia de las víctimas y los agresores

Profesiones[a]	Víctimas	Agresores
1. Profesionales y técnicos	15,7%	37,5%
2. Directores y funcionarios/as públicos/as	1,2%	4,8%
3. Personal administrativo	8,4%	3,6%
4. Comerciantes y vendedores	8,4%	3,6%
5. Trabajadores de servicios	24,2%	10,8%
6. Trabajadores agrícolas, forestales, pescadores…	1,2%	6%
7. Operarios/as en empresas	9,6%	9,7%
8. Conductores de máquinas	0%	4,8%
9. Conductores de vehículos de transporte	2,4%	4,8%
10. Trabajadores no clasificables según ocupación	16,9%	4,8%
11. Actividad laboral no reglada	9,6%	7,2%
12. Otras circunstancias	2,4%	2,4%

[a] Las actividades profesionales de las víctimas y de los/las agresores/as se han agrupado con arreglo a la clasificación internacional uniforme de ocupaciones CIUO 68.

Clasificación CIUO 68	Profesiones incluidas en cada categoría
1. Profesionales y técnicos	Trabajadores vinculados a la construcción, fontanería, electricidad, pintura, auxiliares de laboratorio, etc.
2. Directores y funcionarios/as públicos/as	Funcionarios/as, Directores/as
3. Personal administrativo	Personal que cumple funciones administrativas
4. Comerciantes y vendedores	Dependientes/as comerciantes
5. Trabajadores de servicios	Trabajadores/as en supermercados, hostelería, limpiadores/as, vigilantes
6. Trabajadores agrícolas, forestales, pescadores y cazadores	Agricultores ,etc.
7. Operarios/as en empresas	Peones y operarios/as que trabajan en empresas
8. Conductores de máquinas	Grúas, retroexcavadoras, ...
9. Conductores de vehículos de transporte	Mensajeros/as, taxistas, transportistas...
10. Trabajadores no clasificables según ocupación	Amas de casa, actividad laboral no reglada
11. Fuerzas armadas	Ejército
12. Otras circunstancias	Estudiantes, jubilados/as, sin oficio, ninguna profesión, en paro

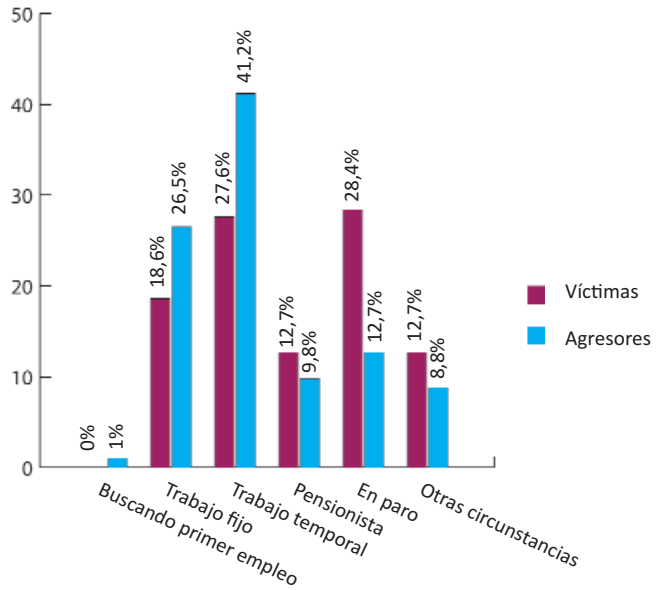

Figura 5. Situación laboral de las víctimas y de los agresores

3.2.4. Tipo de domicilio familiar

La mayor parte de las víctimas vive dentro de una comunidad de vecinos (78,6%), y un 12,8% en casas individuales o aisladas. El restante porcentaje señaló otras circunstancias.

3.2.5. Años de relación de pareja y personas con las que convive la víctima

Las víctimas de maltrato han estado una media de 8,7 años de relación de pareja (rango de 1 a 30 años). Ahora bien, es importante señalar que esta variable no siguió una distribución normal, mostrando una desviación típica de 7 años (mediana de 7 años y la moda de 3 años). Asimismo, las víctimas han estado conviviendo en pareja una media de 5,43 años (rango de 0 a 15 años), y muchas previamente habían mantenido una relación de noviazgo pero sin convivencia (media de 2,35 años, con un rango que osciló entre los 0 y los 8 años). Finalmente, la mayor parte de las víctimas en el momento de la evaluación vivían con sus hijos (69%) o con compañeros dentro de alguna comunidad terapéutica (9,7%). En otros casos, aproximadamente uno de cada diez, las víctimas vivían con familiares del agresor, y con hijos de relaciones anteriores del hombre. En menor proporción (7,7%) las víctimas vivían con sus propios padres.

3.3. SITUACIÓN DE LA RELACIÓN DE PAREJA

Del conjunto de víctimas que fueron maltratadas por su pareja, la mayor parte de ellas (63,5%) estaban separadas en el momento de la evaluación, y la mayoría de este porcentaje llevaban separadas más de 12 meses. El resto de víctimas (36,5%) estaban conviviendo con su pareja agresora. También es importante destacar que un elevado número de víctimas sufría violencia por parte de su pareja aunque no estuvieran conviviendo juntos.

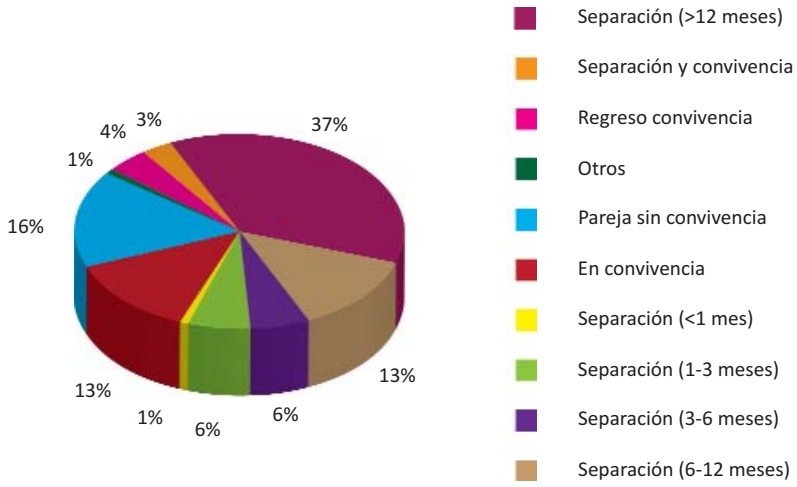

Figura 6. Situación de la relación de pareja

Un elevado porcentaje de agresores (43,5%) no aceptaron la separación en un primer momento. Con el paso del tiempo, el 12% de los agresores aceptó la separación, entre otras cosas porque muchos habían iniciado una nueva relación de pareja. En cualquier caso, lo más destacable es que uno de cada tres agresores no aceptan la separación. Esto lleva a que el 18,3% de los casos acosen a la víctima. En este caso, las conductas de acoso más frecuentes son amenazas telefónicas, visitas inesperadas, seguimiento y vigilancia a la víctima, ir a buscarla a su casa o lugar de trabajo, agresiones verbales, etcétera. Como aspecto llamativo, en un caso la víctima era quien no aceptaba la separación.

Por otra parte, los agresores se quejan con frecuencia de problemas económicos serios (37,6%). Según la víctima, la mayor parte de los agresores cuenta con apoyo familiar (69,4%), y social (59,5%). También de aquellas parejas que tienen hijos en común, en el 36,5% de los casos hubo una alta conflictividad por la guarda y custodia de los hijos o por el régimen de visitas. Por otra parte, de los casos en los que hubo una orden de alejamiento dictada judicialmente, el 19,2% de los agresores quebrantaron intencionadamente esa orden. Y en el 16,7% de las víctimas este quebrantamiento fue consentido por ellas.

3.4. TIPOS DE VIOLENCIA Y PATRÓN HABITUAL DE LAS AGRESIONES

3.4.1. Tipos de violencia

La mayor parte de las víctimas han sufrido *violencia física* (56,5%), incluyendo la psicológica; el resto de víctimas han sufrido *maltrato sexual* (que también puede incluir

violencia física o psicológica) y exclusivamente maltrato psicológico (*figura 7*). Como se puede observar en la *tabla 8*, la mayor parte de las víctimas han sufrido humillaciones a solas o delante de otras personas, golpes de diversa índole, minusvaloraciones, descalificaciones, indiferencia, culpabilización por diferentes motivos, chantaje emocional, e incluso amenazas de muerte dirigidas a la víctima o a otros familiares. A su vez, las conductas de maltrato menos prevalentes han sido las siguientes: intentos de asesinato, obligar a la víctima a consumir drogas, estrangulamiento y agresiones sexuales.

Dentro de este apartado, se analizaron dos aspectos más. Por una parte, se formaron grupos de variables que estuvieran relacionadas entre sí. Para ello se realizó un análisis de conglomerados jerárquicos (método de concordancia simple). Como se puede observar en la *figura 8*, aparecen cuatro grupos de variables. El primer grupo engloba una serie de conductas de maltrato -intentos de asesinato, transmisión de enfermedades sexuales, intentos de estrangular a la víctima, mordiscos y arañazos, agresiones sexuales, etc.-, indicativas de un maltrato físico y sexual extremos. El segundo conjunto de variables hace referencia fundamentalmente a conductas de maltrato psicológico graves (control del dinero y sometimiento de la víctima a penurias económicas, aislamiento o retención, amenazas de diversa índole, e incluso exigencias para mantener relaciones sexuales). El tercer grupo de variables se relaciona con una violencia psicológica de carácter moderado. Y finalmente, el cuarto grupo se relaciona con comportamientos de violencia física de carácter moderado.

Por otra parte, se estudió la relación entre el riesgo de homicidio y otras conductas de maltrato (tabla 9). Para ello, se utilizaron dos estadísticos. Los resultados indican que las conductas de maltrato que están más vinculadas al riesgo de homicidio son las conductas de estrangulamiento, las agresiones sexuales, la utilización de armas contra la víctima, las palizas, patadas, las amenazas a la víctima, las conductas de aislamiento o retención, y el sometimiento a penurias económicas.

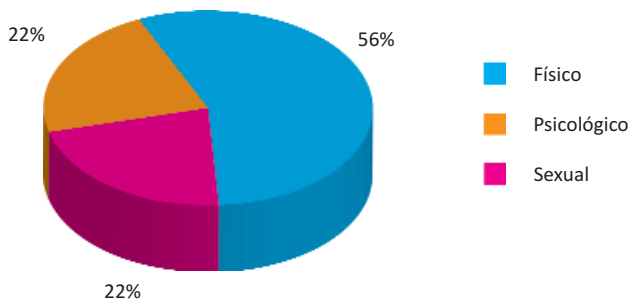

Figura 7. Tipo de maltrato ejercido contra la víctima

Tabla 8. Prevalencia de las conductas de maltrato

Conductas de maltrato	Porcentaje de conductas presentes
Humillar (a solas o delante de otras personas)	83,1%
Golpear (abofetear, dar puñetazos)	78,1%
Minusvalorar, descalificar o mostrar indiferencia	77,8%
Zarandear y empujar	76,3%
Culpabilizar y chantajear emocionalmente	68,1%
Amenazar a la víctima (de muerte, con llevarse a los hijos, etc).	59,6%
Aislar o retener	46,3%
Controlar el dinero y someter a penurias económicas	43,6%
Exigir tener relaciones sexuales	39,6%
Dar palizas	36,7%
Dar patadas	36,7%
Utilizar armas contra la víctima (apuñalar, disparar, lanzar objetos contra la víctima, etc.)	26,1%
Morder o arañar	20,9%
Violar	18,8%
Estrangular	16,3%
Obligar a drogarse	15%
Intentar asesinar	7,5%

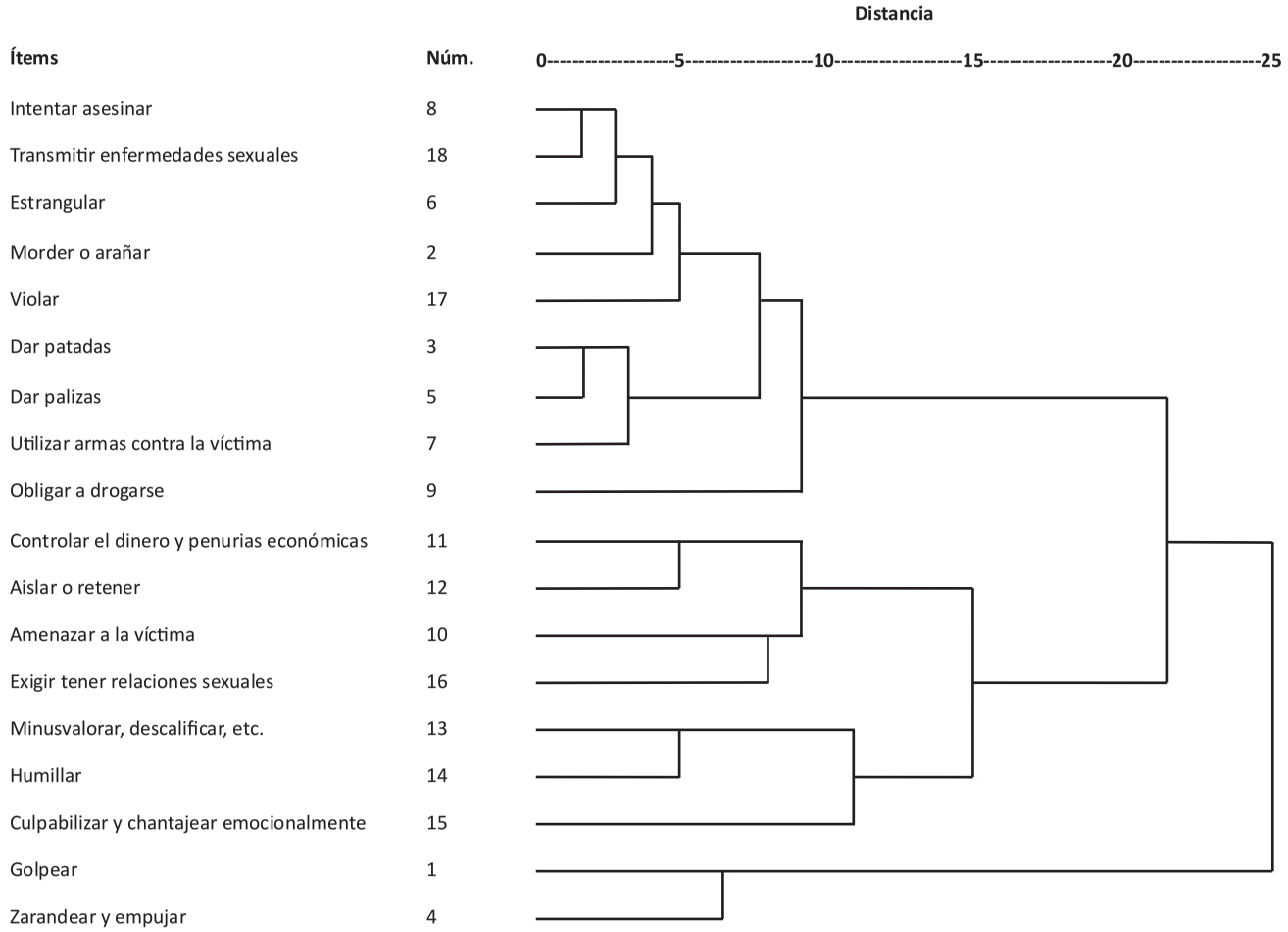

Figura 8. Dendrograma de las conductas de maltrato (18 ítems)

Tabla 9. Relación entre el riesgo de homicidio y otras conductas de maltrato

Conductas de maltrato	Medida de concordancia simple[a]	Coeficiente de contingencia (sign.[b])
Morder o arañar	0,92	0,56***
Estrangular	0,92	0,42**
Violar	0,92	0,42**
Transmitir enfermedades sexuales	0,92	0,36**
Utilizar armas contra la víctima (apuñalar, disparar, lanzar objetos contra la víctima, etc.)	0,89	0,53***
Dar palizas	0,84	0,29+
Dar patadas	0,84	0,29+
Obligar a drogarse	0,84	0,14 (n.s.)
Exigir tener relaciones sexuales	0,66	0,17 (n.s.)
Amenazar a la víctima (de muerte, con llevarse a los hijos, etc).	0,63	0,27+
Aislar o retener	0,63	0,26+
Controlar el dinero y someter a penurias económicas	0,60	0,26+
Culpabilizar y chantajear	0,45	0,19 (n.s.)
Golpear (abofetear, dar puñetazos)	0,42	0,20 (n.s.)
Zarandear y empujar	0,42	0,20 (n.s.)
Minusvalorar, descalificar o mostrar indiferencia	0,42	0,18 (n.s.)
Humillar (a solas o delante de otras personas)	0,34	0,15 (n.s.)

[a] Las distancias entre las variables se han calculado a partir del coeficiente de similaridad de concordancia simple que tiene un rango que oscila entre 0 (mínima similaridad) y 1 (máxima similaridad).

[b] Significación: n.s. 'no significativo'; + 'tendencial (p< 0,10)'; * (p< 0,05); ** (p< 0,01); *** (p< 0,001).

3.4.2. Circunstancias de la agresión más reciente

La mayor parte de las víctimas señala que el último episodio violento ocurrió en casa (80,5% de los casos), habitualmente durante el fin de semana (57,7%), tanto por la tarde (29,3%) como por la noche/madrugada (32%). Asimismo, el 74,5% de los agresores habían consumido droga el día de las agresiones, siendo las más habituales el consumo de alcohol y cocaína (ver *figura 9*).

Con frecuencia la última agresión viene precedida de una discusión previa (85,6%), normalmente por motivos económicos y por el consumo de drogas (38,3%), por celos e infidelidades (20,5%), o por la situación de la relación y el riesgo de separarse (9,6%). El resto de motivos son muy variados (p. ej., por cuestiones sexuales, por los hijos, por las labores domésticas, etc.). Es importante destacar que el 6,8% de las víctimas señalaron que no había ningún motivo vinculado al último episodio violento.

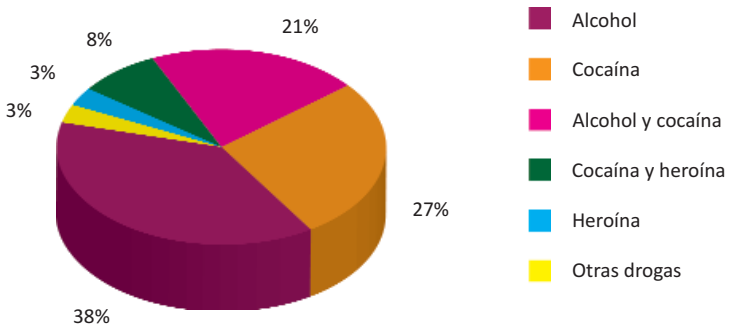

Figura 9. Tipo de droga consumida antes del episodio violento

3.4.3. Patrón habitual de las agresiones

La mayor parte de las víctimas sufre la violencia dentro de la casa (68,3 de los casos), aunque en el 19% de los casos el maltrato ha ocurrido en diferentes lugares (lugar de trabajo, en la calle, en bares, etc.); no hay un día concreto de la semana en el que haya más maltrato (64% de los casos la violencia puede darse cualquier día), aunque es más probable los fines de semana (25% de los casos). Igualmente, el momento del día en el que han ocurrido la mayor parte de las agresiones no es previsible (el 37% han sido maltratadas en cualquier momento), aunque un elevado porcentaje de las víctimas han sido agredidas entre la tarde (37%) y la noche/madrugada (40%). Por otra parte, es muy frecuente que la mayor parte de los episodios de violencia estén asociados al consumo de drogas por parte de la persona que agrede (83% de los casos), siendo las más habituales el consumo de alcohol y de cocaína (ver *figura 10*).

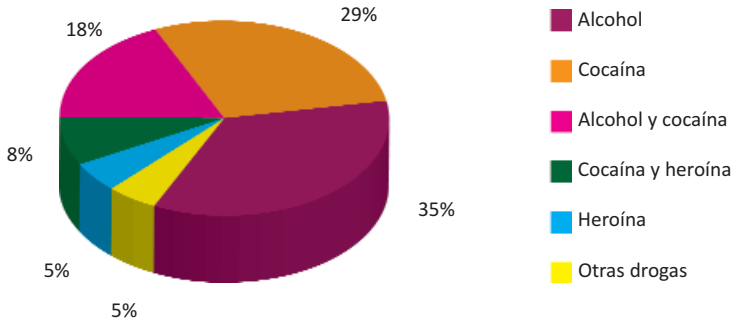

Figura 10. Tipos de drogas vinculadas a la violencia

Sin embargo, dentro de este contexto la violencia no siempre va precedida de consumo de drogas. De hecho, en el 52,6% de los casos también ha habido violencia durante periodos de abstinencia, y en el 32,1% se han dado episodios violentos con anterioridad al inicio del consumo de drogas. Ahora bien, en caso de que haya consumo de drogas es más probable que la gravedad de las agresiones sea mayor (esto ocurrió en el 75,6% de las víctimas).

En un porcentaje bastante elevado (84,2%) las agresiones suelen ir precedidas de una discusión. En este sentido, los motivos de discusión más frecuentes fueron los económicos (24,1%) y el consumo de drogas (9,3%), los celos e infidelidades (18,6%), o la situación de la relación de pareja y el riesgo de separarse (13%). También aproximadamente una de cada diez víctimas habían sufrido maltrato sin una discusión previa o sin un motivo aparentemente. Finalmente, el resto de cuestiones por las que hubo discusión con anterioridad a la violencia tenían que ver con aspectos relacionados con los hijos, amenazas, temas de debate generales, cuestiones sexuales, etc.

Por otro lado, con relativa frecuencia existe una respuesta agresiva de la víctima ante las agresiones que sufre, o, en otros casos, hay violencia bidireccional (ambos miembros de la pareja se agreden). Concretamente el 58,1% de las víctimas reconocieron que en alguna ocasión se habían comportado violentamente contra quienes les agredieron física o verbalmente. Esto no significa que en todos los episodios de violencia las víctimas también agredan; de hecho, no se analizaron ni las veces en que la víctima respondió a las agresiones ni la gravedad de la violencia ejercida por cada uno de ellos. En definitiva, la presencia de violencia bidireccional dentro de este ámbito se presta a múltiples diferencias individuales (diferencias entre víctimas y agresores, diferentes niveles de gravedad de la violencia, diferente situación dentro de la relación de pareja, etc.), que no permiten generalizar los resultados. Por ejemplo, otros análisis posteriores indican

que muchas víctimas pueden enfrentarse al agresor cuando ellas se han visto en una situación de peligro de muerte (concordancia simple=1), cuando han iniciado una nueva relación afectiva y siguen siendo acosadas por quienes les agreden (concordancia simple=0,78), o incluso, en otros casos, cuando siguen conviviendo juntos y el agresor manifiesta arrepentimiento o culpa durante los periodos de abstinencia (concordancia simple=0,57).

3.4.4. Patrón habitual de las agresiones y riesgo de homicidio

A continuación se analizan en esta muestra una serie de variables que están relacionadas con el riesgo de homicidio en las víctimas. Algunas de ellas hacen referencia al incremento en frecuencia e intensidad de la violencia, así como las amenazas de muerte, durante el último mes. Otras se basan en la presencia de armas de fuego en casa y su uso para amenazar, junto con otras variables consideradas predictoras del riesgo de homicidio (Campbell, 1995).

Dentro de la muestra lo más probable es que tanto la frecuencia e intensidad de la violencia sufrida, junto con las amenazas de muerte, no aumenten en los 30 días previos a la evaluación. Sin embargo, en el 14,6% de las víctimas se observó un aumento creciente de la frecuencia de los incidentes violentos, y en el 2,1% un incremento de la gravedad de las lesiones derivadas de la violencia; asimismo, durante el último mes, el 8% de las víctimas han sido amenazadas de muerte y el 3,1% además de las amenazas de muerte el agresor amenazó con suicidarse posteriormente. Estas amenazas entrañan más riesgo cuando el agresor ha cumplido previamente con sus amenazas; por ejemplo, agredir a la víctima al sentirse rechazado por ella (14,4% de los casos).

El riesgo de homicidio se incrementa todavía más cuando el agresor posee armas de fuego (12% de los casos), las ha utilizado para amenazar de muerte (27,4%), sean armas de fuego, blancas o mediante objetos peligrosos (bate de béisbol, botellas, etc.), han tenido lugar esas amenazas en presencia de otras personas además de su pareja (23%), y cuando la víctima observa que las conductas del agresor tienen la intención de causar daños graves o muy graves (24,3%). Las armas que con más frecuencia se han utilizado para amenazar a las víctimas son las blancas (en dos de cada tres casos), seguidas por objetos contundentes, y, en menor medida, armas de fuego.

Finalmente, existen tres variables de riesgo más. Por una parte, las agresiones sexuales forzadas por parte de la pareja (22% de los casos), y, por otra, maltratar en presencia de los hijos u otros familiares (49% de los casos en los que convivían con hijos de la pareja o de alguno de los miembros de la pareja) o extender la violencia hacia los hijos u otros familiares (11,8% de los casos en los que convivían con hijos de la pareja o de alguno de los miembros de la pareja).

3.5. CARACTERÍSTICAS DE LOS AGRESORES

Para interpetar los resultados se clasificaron las diferentes variables de la sección "*perfil de la persona agresora".* Para ello se realizó un análisis cluster jerárquico para datos binarios. Mediante este método se obtuvieron tres conjuntos de variables (ver tabla 10 y figura 11). El *primer grupo* engloba cinco variables relacionadas con la *posesividad, los celos y la elusión de la responsabilidad en cuanto a la violencia ejercida*; el *segundo grupo* de variables se relaciona con la *violencia en general* (historial de conductas violentas con parejas previas y con otras personas), *la crueldad, frialdad y la falta de arrepentimiento por la violencia ejercida*; y el *tercer grupo* tiene que ver con los agresores que *reciben o han recibido tratamiento* de algún tipo (psiquiátrico, psicológico y/o comunitario), *han reconocido su responsabilidad en la violencia* y tienen problemas con el *abuso de sustancias*.

Desde una perspectiva psicométrica, los 17 ítems muestran una consistencia interna, a partir del alpha de Cronbach, de 0,68. Al considerar los tres grupos de variables por separado se obtuvo una consistencia interna de 0,73, 0,52 y 0,65, para los tres grupos de variables, respectivamente. A continuación se describen los resultados de este apartado, tomando como referencia los tres grupos de variables obtenidos.

Tabla 10. Historial de conglomeración

Etapa	Conglomerado que se combina		Coeficientes	Etapa en la que el conglomerado aparece por primera vez		Próxima etapa
	Conglomerado 1	Conglomerado 2		Conglomerado 1	Conglomerado 2	
1	4	6	0,882	0	0	8
2	3	5	0,853	0	0	4
3	12	13	0,765	0	0	7
4	3	10	0,765	2	0	5
5	3	7	0,721	4	0	6
6	3	8	0,702	5	0	10
7	12	17	0,691	3	0	13
8	4	15	0,691	1	0	9
9	4	16	0,667	8	0	12
10	3	9	0,662	6	0	11
11	3	14	0,620	10	0	14
12	2	4	0,588	0	9	15
13	11	12	0,578	0	7	16
14	1	3	0,576	0	11	15
15	1	2	0,529	14	12	16
16	1	11	0,504	15	13	0

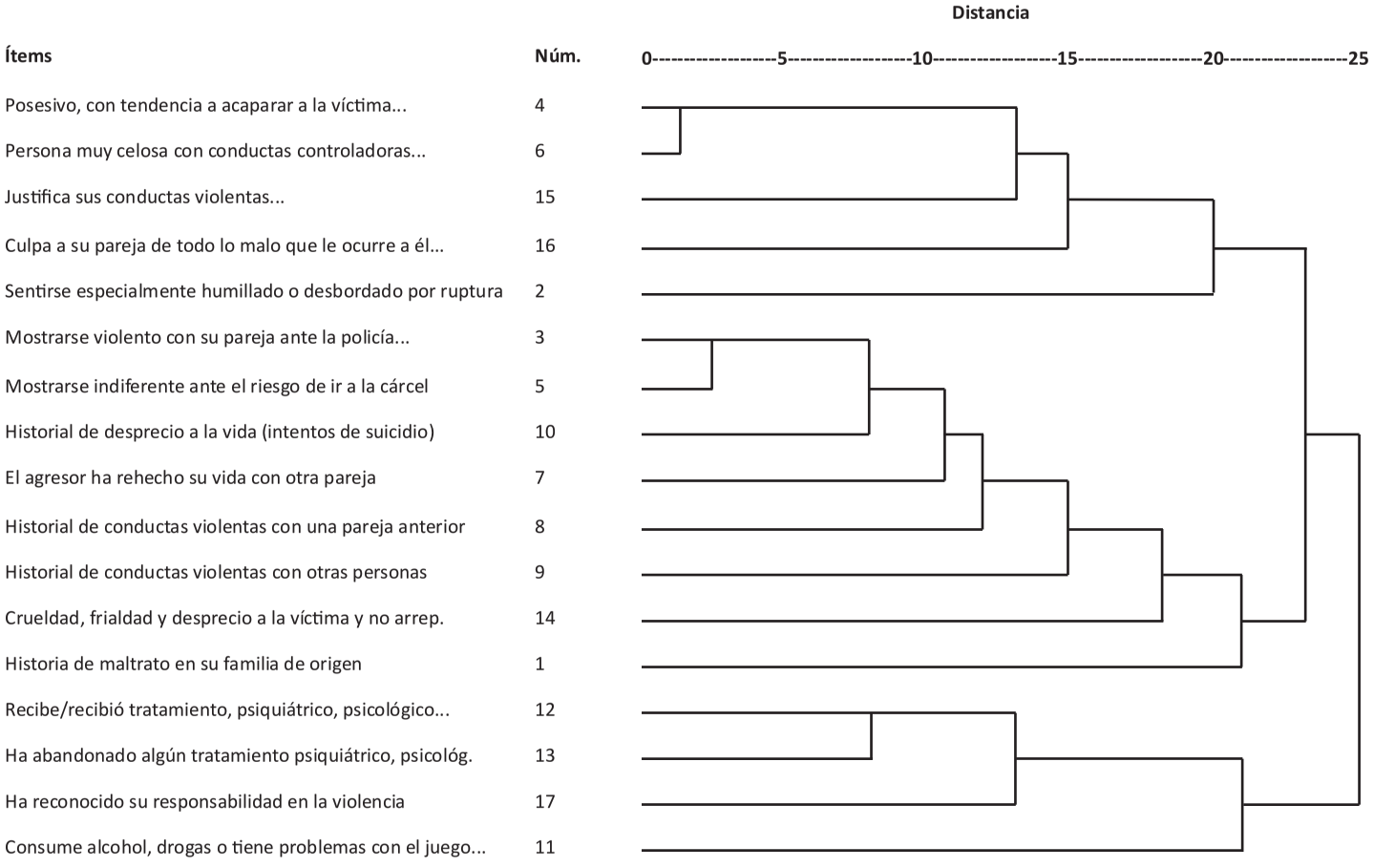

Figura 11. Dendrograma de las conductas de maltrato (17 ítems)

En *primer lugar*, se observa que aproximadamente la mitad de los agresores muestran comportamientos posesivos (56,3%) y celotípicos (61,3) con respecto a su pareja, justifican sus conductas violentas o consideran inevitable su ocurrencia (52,3%), y suelen culpar a su pareja de todo lo malo que les ocurre a todos los miembros de la familia, sin reconocer ninguna responsabilidad (55,1%). Asimismo, el 45,2% se sienten especialmente humillados o desbordados por la ruptura de la pareja (en el caso de que ésta exista).

En *segundo lugar*, aproximadamente un tercio de los agresores se comportan de forma violenta en general, con crueldad o frialdad, no se arrepienten de la violencia ejercida, y pueden llegar a maltratar delante de diferentes autoridades. Más específicamente, el 34% de los agresores presenta un historial de conductas violentas con otras personas (amigos, compañeros de trabajo, etc.), y el 24,5% han maltratado a parejas previas. A pesar de ello, el 27,7% ha logrado rehacer su vida con otra pareja. Asimismo, dos de cada diez agresores se han mostrado violentos o amenazantes en relación con su pareja incluso en presencia de figuras de autoridad (policía, agentes judiciales, etc.), el 26,2% dan muestras de indiferencia al castigo cuando conocen que su conducta violenta les puede llevar a la cárcel, y el 27,7% de ellos parecen despreciar la vida.

En *tercer lugar,* dentro de la muestra de agresores la mayoría consumen alcohol o drogas (76,6%), algo más de la mitad (54,6%) han reconocido en alguna ocasión su responsabilidad en los episodios de violencia contra su pareja, y aquellos agresores que comparten estas características también es más probable que reciban o hayan recibido algún tipo de tratamiento psiquiátrico, psicológico y/o comunitario (54,6%). La mayoría (87,5%) fueron atendidos exclusivamente por problemas con el consumo abusivo de drogas (en otros casos por depresión e intentos de suicidio, trastornos del control de impulsos, síntomas psicóticos...). Otro aspecto de interés es que cerca del 43% de los agresores que han estado en tratamiento lo han abandonado.

Por otra parte, un elevado porcentaje de agresores han sido maltratados en la infancia (46,3%), y tienen un estilo de conducta caracterizado por la crueldad, frialdad y desprecio a la víctima, junto con la falta de arrepentimiento por la violencia ejercida (43,1%). Asimismo, estas dos variables eran más probables en los agresores que ejercen una violencia más generalizada (más vinculadas al segundo grupo de variables).

Dentro de la muestra total de agresores, el 74% son consumidores habituales de diferentes tipos de drogas. Como se puede observar en la tabla 11 y en la figura 12, las drogas más consumidas en términos porcentuales son el alcohol (67%), la cocaína (63%), y la mezcla de alcohol y cocaína (32,4%). A continuación le siguen el consumo de hachís (39,3%), heroína (32,4%) y la mezcla de heroína y cocaína (22,2%). Ahora bien, las drogas que se consumen con más probabilidad a diario o de forma continua son la cocaína, el alcohol y el hachís. Por otra parte, las drogas menos consumidas –alrededor del 10% de los casos- son las drogas de síntesis, las anfetaminas, y otro tipo de sustancias (por ejemplo, benzodiacepinas).

Tabla 11. Frecuencia de consumo de diferentes tipos de drogas o adicciones

	Diario	Continuo	Habitual	Esporádico	No hay consumo
Hachís	20,6%	3,7%	5,6%	9,3%	60,8%
Cocaína	29,7%	12%	13%	8,3%	37%
Anfetaminas	1,8%	2,8%	2,8%	4,7%	87,9%
Drogas de síntesis	0%	3,7%	0,9%	6,5%	88,9%
Heroína	15,7%	4,6%	7,4%	4,6%	67,7%
Heroína + Cocaína	13%	1,9%	4,6%	2,8%	77,8%
Alcohol + Cocaína	13%	9,3%	3,7%	6,5%	67,6%
Otras drogas	5,6%	1,8%	1,9%	0%	90,7%
Juegos de apuesta	4,6%	0%	1,9%	0,9%	92,6%

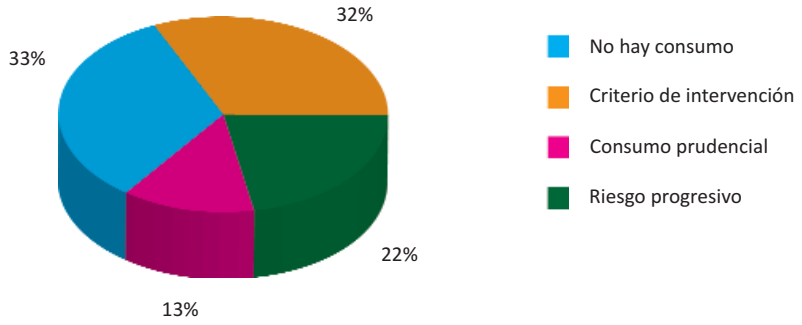

Figura 12. Frecuencia de consumo de alcohol por parte del agresor

Además de la elevada tasa prevalencia del *consumo de alcohol,* el 45% de la muestra total de agresores tienen un consumo de alcohol que estaría comprendido entre los límites del *riesgo progresivo* y el *criterio de intervención*[7]. Asimismo, dentro de este grupo, alrededor

[7] La categoría de "riesgo progresivo" se estableció para un consumo que osciló entre 21 y 35 unidades de bebida estándar por semana, o entre tres y cinco al día. La categoría de "criterio de intervención" se estableció para un consumo de 35 unidades estándar de bebida o más por semana, o cinco o más al día. Cada unidad estándar de bebida representa 10 gramos de alcohol (lo que equivale al consumo de una bebida fermentad.

del 35% abusan del alcohol pero no consumen otras drogas; el resto lo consumen mezclado con cocaína, o bien consumen diferentes tipos de drogas en diferentes momentos. En este último caso, es más característico que haya consumidores de heroína, heroína y cocaína, cocaína, y hachís (se obtuvieron correlaciones interconsumo que oscilaron entre 0,36 y 0,79); y menos característico los consumidores de anfetaminas, drogas de síntesis, y hachís (correlaciones interconsumo entre 0,28 y 0,67).

3.6. VULNERABILIDAD DE LAS VÍCTIMAS

La vulnerabilidad de las víctimas fue analizada mediante diez variables. Igual que en el apartado anterior, se realizó un análisis cluster jerárquico para formar grupos de variables en función de su proximidad. En este caso, se obtuvieron dos conjuntos de variables (ver tablas 12 y 13 y figura 13). El primer grupo estaba formado por ocho variables referidas a la *vulnerabilidad de las víctimas* (haber estado en peligro de muerte, haberse enfrentado al agresor, tras la separación haber iniciado una nueva relación de pareja, etc.), y el segundo grupo por dos variables referidas a la *protección* (disponer de apoyo por parte de familiares o amigos en caso de separación y tener autonomía económica para vivir por sí sola sin depender del agresor).

Tabla 12. Historial de conglomeración

Etapa	Conglomerado que se combina		Coeficientes	Etapa en la que el conglomerado aparece por primera vez		Próxima etapa
	Conglomerado 1	Conglomerado 2		Conglomerado 1	Conglomerado 2	
1	7	9	0,813	0	0	4
2	8	10	0,771	0	0	7
3	1	2	0,750	0	0	9
4	5	7	0,719	0	1	6
5	3	6	0,646	0	0	7
6	4	5	0,646	0	4	8
7	3	8	0,583	5	2	8
8	3	4	0,529	7	6	9
9	1	3	0,409	3	8	0

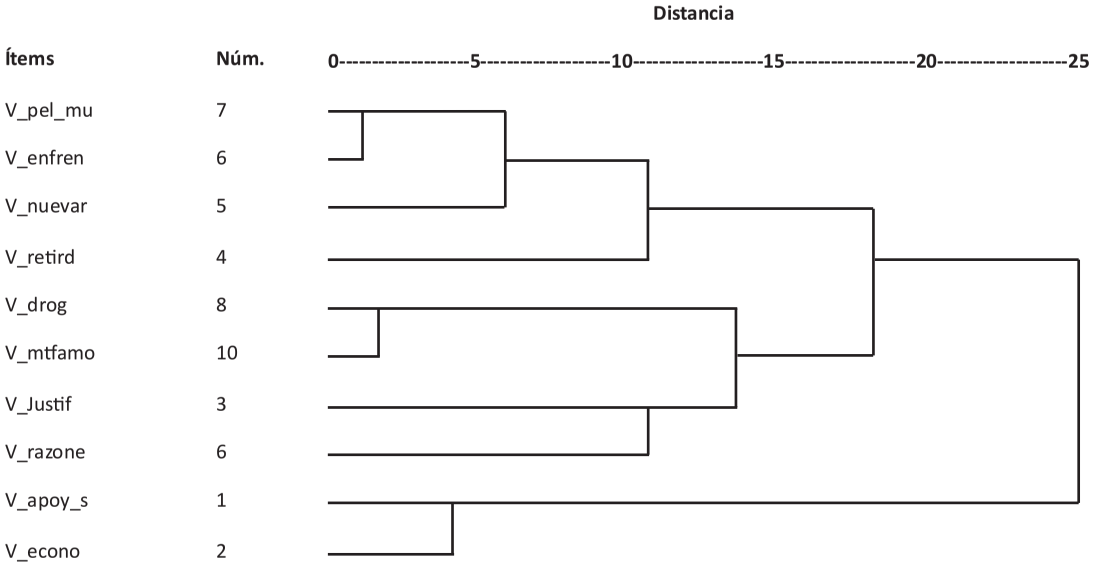

Figura 13. Dendrograma de las características de las víctimas (10 ítems)

Tabla 13. Ítems referidos a la vulnerabilidad de las víctimas

Ítems	Nº	Contenido de los ítems
V_pel_mu	7	¿Se ha sentido la víctima en peligro de muerte en el último mes?
V_enfren	9	¿Se ha enfrentado la víctima al agresor o ha habido un intercambio de agresiones en el último mes?
V_nuevar	5	En el caso de separación, ¿ha iniciado recientemente la víctima una relación afectiva con otra persona?
V_retird	4	¿Ha intentado retirar en alguna ocasión denuncias previas o se ha echado atrás en la decisión de abandonar o denunciar al agresor?
V_drog	8	¿La víctima consume abusivamente alcohol y drogas o tiene problemas con los juegos de azar?
V_mtfamo	10	¿La víctima ha sido maltratada en su familia de origen o en una relación anterior?
V_Justif	3	¿Tiende la víctima a justificar o a quitar importancia a las agresiones sufridas?
V_razone	6	¿Es la víctima especialmente vulnerable por razón de edad, enfermedad, soledad o dependencia?
V_apoy_s	1	¿Cuenta la víctima con algunas personas cercanas (familiares o amigos) a las que poder recurrir en caso de decidir terminar la relación de pareja con el agresor?
V_econo	2	¿Tiene la víctima autonomía económica para vivir por sí sola sin depender del agresor?

Sorprendentemente, la mayor parte de las víctimas cuenta con personas cercanas (familiares o amigos) a las que pueden recurrir en caso de decidir terminar la relación de pareja (80,4%), y el 68,3 por ciento tienen autonomía económica para vivir por sí solas sin depender del agresor. Como se puede ver en la figura 13 estas variables estaban relacionadas entre sí (coeficiente de concordancia simple [CCS]=0,75).

Por otra parte, aunque el porcentaje sea bajo, un 7,6% de las víctimas se han sentido en peligro de muerte en el último mes; un 16% se ha enfrentado al agresor o ha intercambiado agresiones en el último mes; un 30,7% de las víctimas separadas han iniciado recientemente una relación afectiva con otra persona. Asimismo, un porcentaje similar de víctimas (38,7%) han intentado retirar en alguna ocasión denuncias previas o se han echado atrás en la decisión de abandonar o denunciar al agresor. Dentro de este grupo, las víctimas que han estado en peligro de muerte en el último mes es más probable que hayan tenido enfrentamientos con el agresor en el último mes (CCS=0,81), hayan iniciado recientemente una relación afectiva con otra persona (CCS=0,75), y hayan intentado retirar en alguna ocasión denuncias previas (CCS=0,67).

Aproximadamente una de cada tres victimas ha sido maltratada en su familia de origen o en una relación anterior (figura 14) y algo más de la mitad de las víctimas, consume abusivamente alcohol y otras drogas (56,6%). A su vez, estas variables estaban relacionadas significativamente (CCS=0,77). En la tabla 14 se muestra la frecuencia de consumo de los diferentes tipos de drogas consumidas por las víctimas. Como se puede observar, las drogas más consumidas son el alcohol y la cocaína. Por otra parte, se analizó el patrón de consumo de drogas por parte de las víctimas, en función del consumo de alcohol, cocaína, heroína, hachís y anfetaminas (figura 15). Dentro de la submuestra de víctimas que consumían drogas (n=53), el 33% consumían exclusivamente una droga, siendo la predominante el alcohol, seguido de la cocaína. No se encontró ningún caso en el que se consumiera exclusivamente heroína o hachís. El restante 67% consumían múltiples tipos de drogas, predominando el consumo de alcohol y cocaína. Por otra parte, es destacable que de esta submuestra de víctimas consumidoras de drogas, el 40% consumiera tres o más drogas (predominando las personas que consumían alcohol, cocaína, hachís y anfetaminas).

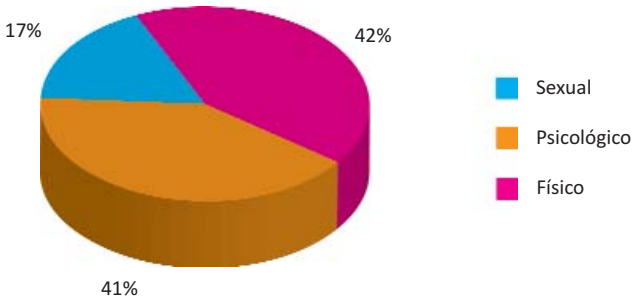

Figura 14. Tipo de violencia sufrida en su familia de origen o relación de pareja anterior

Tabla 14. Frecuencia de consumo de diferentes tipos de drogas

	Habitual	Esporádico	No hay consumo
Alcohol	34%	13%	53%
Hachís	13%	10%	77%
Cocaína	31%	16%	53%
Anfetaminas	4%	6%	90%
Heroína	13%	9%	78%
Heroína + Cocaína	10%	4%	86%
Alcohol + Cocaína	11%	6%	83%
Otras drogas	3%	3%	94%

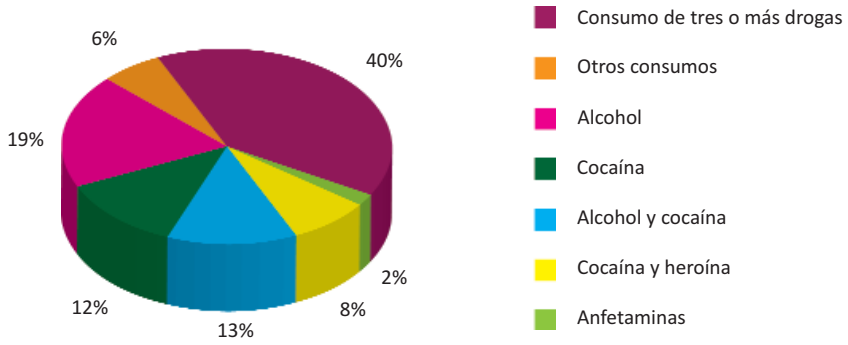

Figura 15. Drogas consumidas por las víctimas y diferencias individuales en el patrón de consumo

Finalmente, dentro de la muestra total, con mucha frecuencia, las víctimas tienden a justificar o a quitar importancia a las agresiones sufridas (46,5%), y muchas se sienten especialmente vulnerables por diferentes motivos (60,8%); entre ellos destacan la dependencia a drogas (41%), la dependencia económica (11,8%) o la mezcla de ambas (7,8%). En otros casos, el sentimiento de vulnerabilidad proviene de la dependencia emocional (4%), o soledad (13%), y, en el resto, los motivos señalados suponen una mezcla de los anteriores (cuando en una víctima se dan dos o más motivos previamente señalados) u otros distintos (la edad, tener algún trastorno o enfermedad, etc.).

3.7. VIOLENCIA DE GÉNERO E INGRESO EN PRISIÓN

Dentro de la muestra total de agresores, 31 personas (26,3%) habían ingresado alguna vez en un centro penitenciario. De ellos, siete de cada diez habían ingresado por violencia de género (maltrato habitual, intento de homicidio, quebrantamiento de las órdenes de alejamiento, etcétera.). También, en dos de cada diez casos el motivo de ingreso estuvo relacionado con robos y cuestiones vinculadas a las drogas.

De las 31 personas que habían ingresado alguna vez en un centro penitenciario, el 35,5 por ciento de ellas ingresaron la primera vez por un delito de violencia de género. De estos últimos casos, la mayoría habían ingresado una sola vez, y, en un caso, el delito cometido implicó el fallecimiento de la víctima. Por otra parte, aunque uno de cada dos agresores de los que habían ingresado en prisión asume la comisión del delito, la mayor parte de ellos (77%), justifica su ingreso en prisión como consecuencia de la excesiva protección legal hacia la mujer.

Finalmente, los datos de esta sección conviene considerarlos con extremada cautela, fundamentalmente debido al reducido tamaño muestral de hombres que habían ingresado en prisión dentro de este estudio.

3.8. VIOLENCIA Y CONSUMO DE DROGAS

3.8.1. Consumo de drogas en víctimas y agresores

De todos los casos, en el 46% de las parejas (n=51) ambos consumían drogas. Asimismo, el porcentaje de personas agresoras que consumía drogas era mayor que el de las víctimas (figura 16). Además, las personas agresoras presentaban significativamente (t=4,52; p<=0,001) una puntuación media mayor (M=4,23; D.T.= 3,17) en la frecuencia de consumo global[8] de drogas que las víctimas (M=2,52; D.T.= 3,02). Algunas de las drogas más consumidas por los agresores en comparación con las víctimas eran el alcohol (67% vs. 47% de consumo en agresores y víctimas, respectivamente), la cocaína (63% vs. 47%), heroína (32,3% vs. 22%) y hachís (39,2% vs. 23%).

Sin embargo, dentro de las parejas en las que *ambos consumían drogas* se encontró una correlación de 0,49 (p<0,01) en la frecuencia global de consumo, sin que hubiera diferencias estadísticamente significativas -entre los agresores (M=5; D.T.= 3,28) y las víctimas (M=4,53; D.T.= 3,38)- en los valores medios de la frecuencia global de consumo de drogas (t=0,87; p=0,39). Es decir, en esta submuestra la frecuencia de consumo es similar entre víctimas y agresores/as.

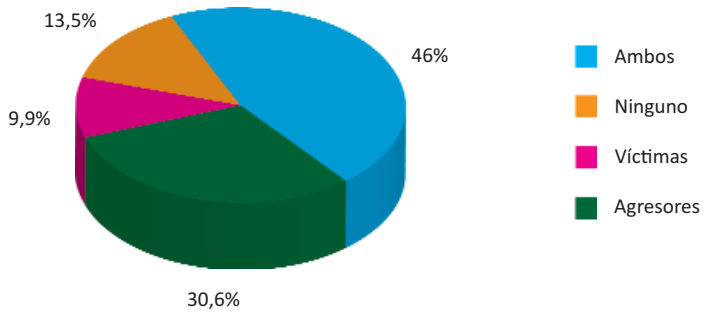

Figura 16. Consumo de drogas dentro de la pareja

[8] Se crearon dos variables –frecuencia global de consumo de drogas de las víctimas y de los agresores- sumando en cada caso la frecuencia de consumo de las diferentes sustancias tóxicas estudiadas (cocaína, heroína, hachís, alcohol, anfetaminas, drogas de síntesis y drogas mezcladas), y recodificando las variables para que estuvieran en el mismo nivel de medida.

3.8.2. Tipo de maltrato y consumo de drogas

En este apartado se analizan múltiples aspectos relacionados con el tipo de maltrato –físico, sexual y exclusivamente psicológico- sufrido por las víctimas. Por una parte, se comparan los diferentes tipos de maltrato en función de la frecuencia de consumo tanto global como específico de las diferentes drogas estudiadas; y, por otra, se compara el tipo de maltrato con la presencia o no de consumo de drogas en las víctimas y/o agresores/as.

a) Tipo de maltrato y presencia de consumo de drogas

Se encontró relación entre el tipo de violencia sufrida por las víctimas y quiénes eran los que consumían drogas dentro de la relación de pareja (c^2=12,81; p<0,05). Así, era más probable el maltrato físico cuando la persona que consumía drogas era el agresor, y menos probable cuando ninguno de los dos consumía drogas. Por otra parte, era más probable el maltrato psicológico cuando la persona que consumía drogas era la víctima, y más probable el maltrato sexual cuando ninguno de los dos consumía drogas (ver tabla 15). Finalmente, dentro de cada tipo de violencia, en términos porcentuales, cuando ambos consumían drogas era más probable la presencia de cualquiera de los tres tipos de violencia.

Tabla 15. Tipo de violencia y consumidores de droga dentro de la pareja

Tipo de violencia		Quiénes consumen drogas				Total
		Ambos	Agresor	Víctima	Ninguno	
Psicológica	Recuento	11	2	4	3	20
	% del total	12,1%	2,2%	4,4%	3,3%	22,0%
	Residuos	1,0	-2,4	1,5	,5	
Física	Recuento	20	22	5	3	50
	% del total	22,0%	24,2%	5,5%	3,3%	54,9%
	Residuos	-1,1	2,7	-,3	-2,0	
Sexual	Recuento	10	5	1	5	21
	% del total	11,0%	5,5%	1,1%	5,5%	23,1%
	Residuos	,3	-,9	-1,0	1,9	
	Recuento	41	29	10	11	91
	% del total	45,1%	31,9%	11,0%	12,1%	100,0%

b) Tipo de maltrato y frecuencia en el consumo de drogas

Tras realizar varios análisis *de varianza de un factor*, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los *niveles globales de consumo de drogas* tanto por parte de quienes agredieron a su pareja (F=0,23; *p*=0,79) como de las víctimas (F=2,88; *p*=0,06; significación tendencial). En este último caso, y sólo de forma tendencial, las víctimas de maltrato psicológico mostraron una frecuencia mayor de consumo de drogas que las víctimas de maltrato sexual.

Análogamente, cuando se analizaron los diferentes *consumos específicos de droga* en víctimas y agresores, en la mayor parte de los casos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del tipo de maltrato sufrido por las víctimas (tabla 16). Las únicas diferencias estadísticamente significativas indican que cuando hay maltrato psicológico es más probable que las víctimas consuman esporádicamente hachís, cocaína, y la mezcla de cocaína y alcohol (en este último caso se obtuvo una significación tendencial); por el contrario, las víctimas de maltrato físico presentaban, en mayor proporción que el resto de víctimas, un consumo habitual de cocaína, y un consumo de cocaína mezclada con alcohol (en este último caso, de forma tendencial). Por otra parte, el consumo de los agresores no predijo el tipo de maltrato sufrido por las víctimas. La única excepción, y con una significación tendencial, indica que cuando los agresores consumen cocaína de forma habitual ejercen con más probabilidad una violencia de tipo físico, y cuando consumen concaína esporádicamente ejercen con más probabilidad un maltrato de tipo exclusivamente psicológico.

Tabla 16. Drogas consumidas y tipo de maltrato

	Víctimas	Agresores
Alcohol	χ^2= 6,27; n.s.	χ^2= 4,70; n.s.
Hachís	χ^2= 10,59*	χ^2= 2,13; n.s.
Cocaína	χ^2= 9,54*	χ^2= 9,05+
Anfetaminas	χ^2= 3,07; n.s.	χ^2= 3,42; n.s.
Heroína	χ^2= 3,00; n.s.	χ^2= 1,85; n.s.
Heroína + Cocaína	χ^2= 3,27; n.s.	χ^2= 2,74; n.s.
Alcohol + Cocaína	χ^2= 8,58+	χ^2= 1,68; n.s.

En resumen, se puede decir en general que el tipo de violencia que sufre la víctima es independiente del nivel global de droga consumida tanto por la víctima como por quien agrede a su pareja. Ahora bien, el consumo *esporádico* de hachís y cocaína parece estar vinculado al maltrato psicológico, y el consumo *habitual* de hachís y de cocaína por parte de la víctima la podría hacer más vulnerable a padecer maltrato físico.

3.8.3. Violencia cruzada y consumo de drogas

En este apartado se compara la presencia o no de violencia cruzada en función de quiénes consumían drogas dentro de la relación de pareja, y de la frecuencia de consumo tanto global como específico de las diferentes drogas estudiadas.

a) Violencia cruzada y presencia de consumo de drogas

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la presencia o no de violencia cruzada en función de quienes consumieron drogas dentro de la relación de pareja (c^2=5,73; n.s.).

Tabla 17. Tipo de violencia y consumidores de droga dentro de la pareja

Violencia cruzada		Quiénes consumen drogas				Total
		Ambos	Agresor	Víctima	Ninguno	
Sí	Recuento	13	16	víctima	3	34
	% del total	15,1%	18,6%	2	3,5%	39,5%
	Residuos	-1,2	2,3	2,3%	-,4	
No	Recuento	27	12	-1,1	6	52
	% del total	31,4%	14,0%	7	7,0%	60,5%
	Residuos	1,2	-2,3	8,1%	,4	
Total	Recuento	40	28	1,1	9	86
	% del total	46,5%	32,6%	9	10,5%	100,0%

b) Violencia cruzada y frecuencia en el consumo de drogas

Apenas se encontraron diferencias entre la presencia o no de violencia cruzada y el consumo de drogas. En este sentido, el consumo global de los agresores no estuvo relacionado con la probabilidad de que hubiera violencia cruzada (*t*=-0,70; p=0,48), ni tampoco la mayor parte del consumo de drogas específicas (ver tabla 18). Así, la única

diferencia estadísticamente significativa encontrada fue con el consumo mezclado de heroína y cocaína. Concretamente, la violencia cruzada era más probable cuando el agresor consumía de forma esporádica heroína mezclada con cocaína (c^2=7,07; p<0,05). También, pero sólo de forma tendencial, era menos probable la violencia cruzada cuando el agresor consumía anfetaminas de forma habitual (c^2=5,21; p<0,10).

Por otra parte, se encontró una relación tendencial entre la cantidad de consumo de drogas de las víctimas y la violencia cruzada. Es decir, es más probable que haya violencia cruzada –*M*=1,76 (DT=2,56) para el grupo de violencia cruzada y *M*=2,93 (DT=3,27) para el grupo en el que no hubo violencia cruzada- cuando las víctimas consumen más cantidad de drogas (t=-1,76; p<0,05). Asimismo, cuando se analizó el consumo específico de drogas por parte de las víctimas, se encontró que el consumo de heroína era la única droga consumida por las víctimas que tenía relación con la violencia cruzada (c^2=7,98; p<0,05). Específicamente, la violencia cruzada era más probable si la víctima consumía habitualmente heroína.

Tabla 18. Drogas consumidas y violencia cruzada

	Víctimas	Agresores
Alcohol	χ^2= 0,84; n.s.	χ^2= 1,29; n.s.
Hachís	χ^2= 3,63; n.s.	χ^2= 2,96; n.s.
Cocaína	χ^2= 4,55; n.s.	χ^2= 1,36; n.s.
Anfetaminas	χ^2= 0,61; n.s.	χ^2= 5,21+
Heroína	χ^2= 7,98*	χ^2= 2,43; n.s.
Heroína + Cocaína	χ^2= 3,09; n.s.	χ^2= 7,09*
Alcohol + Cocaína	χ^2= 0,94; n.s.	χ^2= 0,65; n.s.

* Significativo (p<0,05); + Tendencial (p<0,10)

3.8.4. Otros aspectos relacionados con el consumo de drogas en víctimas y agresores

Finalmente, se analizó el consumo de drogas de las víctimas en función del tipo de violencia, de las circunstancias de maltrato, así como de las características de las víctimas y de los agresores. Dentro de este apartado se comentan únicamente los resultados significativos.

a) Consumo de drogas en las víctimas

Las mujeres que han sufrido diversas amenazas (de muerte, con llevarse a los hijos, etc.), minusvaloraciones, descalificaciones o indiferencia, humillaciones a solas o delante de otras personas, y han sido culpadas o chantajeadas emocionalmente, consumieron con más frecuencia drogas que aquellas que no sufrieron estos comportamientos de maltrato psicológico. En el resto de conductas de maltrato psicológico o de otros tipos de violencia (física o sexual) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Por otra parte, era más probable un mayor consumo de drogas en las víctimas cuando el agresor había rehecho su vida con otra persona (t=-2,21; p<0,05), cuando el agresor era además violento con otras personas (t=-2,06; p<0,05), y tendencialmente cuando el agresor culpaba a la víctima de todo lo malo que le ocurría a él, a ellos o a sus hijos, sin reconocer ninguna responsabilidad. Asimismo, y también con significación tendencial, las víctimas que habían retirado la denuncia consumían más droga que aquellas que no la retiraron (t=-1,72; p<0,10). En este caso, la droga que estaba significativamente asociada a la retirada de la denuncia fue el consumo esporádico de alcohol por parte de las víctimas (c^2=5,79; p<0,05).

En el resto de aspectos analizados (circunstancias de maltrato, características de las víctimas, etcétera) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función de la frecuencia de consumo de drogas por parte de las víctimas.

b) Consumo de drogas en los agresores

Es más probable que el agresor consuma con más frecuencia droga cuando se comporta violentamente tanto con su pareja como con otras personas (t=-2,15; p<0,05), y con significación tendencial cuando presenta un historial de desprecio a la vida o de intentos de suicidio (t=-1,77; p<0,10) o cuando justifica la violencia ejercida contra su pareja (t=-1,96; p<0,10). En el resto de aspectos analizados (tipos de maltrato, circunstancias de maltrato, características de las víctimas, etcétera) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 19. Tipos de maltrato y consumo de drogas en las víctimas

Tipos de maltrato	Valores *t*
Físico	
Golpear (abofetear, dar puñetazos)	t= 0,39 n.s.
Morder o arañar	t=-0,56 n.s.
Dar patadas	t=-1,40 n.s.
Zarandear y empujar	t= 0,40 n.s.
Dar palizas	t=-1,45 n.s.
Estrangular	t=-0,34 n.s.
Utilizar armas contra la víctima (apuñalar, disparar, lanzar objetos contra la víctima, etc.)	t=-0,76 n.s.
Intentar asesinar	t=0,29 n.s.
Obligar a la víctima a drogarse	t=-0,43 n.s.
Psicológico	
Amenazar a la víctima (de muerte, con llevarse a los hijos, etc.)	t=-2,18*
Controlar el dinero y someter a penurias económicas a la víctima e insultar	t=-1,48 n.s.
Aislar o retener a la víctima	t=-1,62 n.s.
Minusvalorar, descalificar o mostrar indiferencia	t=-4,57***
Humillar (a solas o delante de otras personas)	t=-6,32***
Culpabilizar y chantajear emocionalmente	t=-2,69 *
Sexual	
Exigir a la víctima a mantener relaciones sexuales	t=-0,03 n.s.
Violar	-
Transmitir enfermedades sexuales	-

*** Significativo (p<0,001); * Significativo (p<0,05); + Tendencial (p<0,10); n.s.
(no significativo); - (análisis no realizados por la baja frecuencia de casos en una de las categorías de la variable.

4. CONCLUSIONES

Aunque muchas investigaciones señalan que el consumo abusivo de sustancias tóxicas –fundamentalmente el alcohol- y la violencia de pareja están significativamente relacionados, se conoce poco acerca de las consecuencias derivadas de los episodios de violencia (daños producidos a las víctimas, denuncias ante la policía, etc.) (*cfr.* Thompson y Kingree, 2006). Lo cierto es que el consumo por parte, principalmente, del agresor o de ambos miembros de la pareja incrementa la probabilidad de que exista violencia de mayor gravedad dentro de la relación (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Corral, 2009).

En esta investigación, el 64% de las personas que acudieron a diversos Centros de Día, especializados en adiciones tóxicas y no tóxicas, en busca de tratamiento, habían vivido una situación de violencia dentro de sus relaciones familiares o de pareja, a lo largo de su vida. Asimismo, dentro de este porcentaje alrededor de la mitad de las víctimas (53%) habían sido maltratadas por su pareja. Estos porcentajes de violencia son considerablemente mayores a los obtenidos por las diferentes encuestas de población realizadas en España (Instituto de la Mujer, 1999, 2002, 2006), sobre la prevalencia de la violencia contra las mujeres dentro de la población normativa.

Desde una perspectiva *sociodemográfica,* las personas que agredieron a su pareja eran habitualmente hombres (en nueve de cada diez casos), y las víctimas con más frecuencia fueron mujeres. Dentro de la muestra estudiada, predominaban las parejas heterosexuales, y llevaban una media de 8,7 años de relación de pareja (rango de 1 a 30 años). Por otra parte, las parejas eran relativamente jóvenes (la mayor parte de la muestra tenía 45 años o menos), de nacionalidad española en casi todos los casos, y con niveles de formación académica relativamente bajos (en uno de cada dos casos no tenían estudios, y alrededor de la mitad habían alcanzado un nivel formativo correspondiente a la enseñanza primaria). Asimismo, la mayor parte de las parejas presentaban un nivel socioeconómico medio o bajo. A su vez, se encontró una gran correspondencia entre los niveles socioeconómicos y culturales de las víctimas y los agresores; sin embargo, los agresores eran por término medio tres o cuatro años mayores que las víctimas (39 años vs. 35 años de media, respectivamente).

En este sentido, aunque la violencia de género en parejas jóvenes tiende a ser psicológica y de menor gravedad que en parejas adultas (González-Ortega, Echeburúa y Corral, 2008), cuando se analizan las parejas maltratadas que buscan ayuda terapéutica, las más jóvenes (entre 18 y 29 años) experimentan un maltrato objetivamente más grave, están expuestas a un mayor riesgo para su integridad y sufren mayor impacto psicológico que las víctimas de mayor edad (entre 30 y 69 años) (Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa y Corral, 2007). De hecho, según el Centro Reina Sofía (2007), el 30,88% de las víctimas de violencia mortal en parejas jóvenes pertenecen al rango de edad comprendido entre los 25 y los 34 años.

A nivel *laboral*, aunque la mayor parte de las parejas trabajaban temporalmente o de forma fija, había un elevado porcentaje de víctimas y de agresores que se encontraban desempleados (28,4% vs. 12,7%, respectivamente). En cuanto a los grupos profesionales, los agresores pertenecían mayoritariamente al de profesionales y técnicos (trabajadores vinculados a la construcción, fontanería, pintura, etc.), a diferencia de las víctimas que desempeñaban su actividad laboral generalmente en el sector servicios (supermercados, hostelería, limpieza, etc.).

A pesar de que la mayor parte de las víctimas (63,5%) estaban separadas cuando fueron evaluadas, muchas de ellas seguían siendo maltratadas después de la separación, y, en otros casos, habían sufrido violencia incluso antes de haber iniciado la convivencia. También, de todas las víctimas alrededor del 6% habían vuelto a convivir con su expareja después de una ruptura de la relación.

Como se ha señalado anteriormente, el abandono de una relación de pareja violenta supone una decisión extremadamente compleja y difícil de tomar. En cada caso existen unas circunstancias particulares –contextuales (dependencia económica, aislamiento familiar y social, presiones familiares o sociales, dificultades para acceder a recursos comunitarios, etc.), personales (p. ej., creencias, sentimientos de baja autoestima, malestar emocional, miedo extremo al agresor, etc.) y vinculadas a los maltratadores (p. ej., presencia de características antisociales, dependencia emocional con respecto a la víctima, "arrepentimientos" intermitentes por su comportamiento violento, amenazas de suicidio o de muerte a su mujer e hijos si es abandonado, etc.)- que dificultan enormemente el abandono de la relación (Amor, 2000; Echeburúa et al., 2002; Rhodes y Baranoff, 1998; Salber y Taliaferro, 2000).

Por otro lado, las personas violentas contra su pareja no suelen aceptar la *separación* en un primer momento (sobre todo si la decisión fue tomada por la víctima), y en muchos casos se dedican a hostigarla con frecuencia mediante amenazas telefónicas, visitas inesperadas, seguimiento y vigilancia, agresiones verbales, etc. Además, la situación es más complicada en aquellas parejas o exparejas que tienen hijos en común. En estos

casos, suele existir una gran conflictividad por la guardia y custodia de los hijos o por el régimen de visitas. Habitualmente los agresores aceptan la separación con el paso del tiempo, y, sobre todo, cuando inician una nueva relación de pareja.

En este trabajo se consideró como violencia de pareja a las agresiones físicas, psíquicas o sexuales llevadas a cabo reiteradamente por parte de la pareja o expareja, que causan daño físico o psicológico, y que vulneran la libertad de la otra persona (Echeburúa y Corral, 1998). De los tres *tipos de violencia* considerados algo más de la mitad de las víctimas habían sufrido maltrato físico (incluyendo conductas de maltrato psicológico). Así, las conductas de maltrato más frecuentes fueron humillaciones sufridas a solas o delante de otras personas, golpes de diversa índole, minusvaloraciones, descalificaciones, indiferencia, culpabilización por diferentes motivos, chantaje emocional, e incluso amenazas de muerte dirigidas a la víctima o a otros familiares. Sin embargo, los intentos de estrangulamiento, las agresiones sexuales, la utilización de armas contra la víctima, las palizas y patadas, así como las amenazas a la víctima, el aislamiento o retención, junto con el sometimiento a penurias económicas, fueron las conductas de maltrato más relacionadas con el riesgo de homicidio de la víctima.

Por otra parte, hay una gran similitud entre el patrón habitual de las agresiones y el episodio violento más reciente. De esta forma, se observó que aunque la mayor parte de víctimas habían sufrido violencia dentro de casa, en dos de cada diez casos la violencia se dio en múltiples lugares (en el trabajo, en la calle, en bares, etc.). La violencia era más probable durante los fines de semana, y con frecuencia venía precedida del consumo de drogas (generalmente alcohol y cocaína) por parte de la persona que agredió. Sin embargo, la violencia no siempre estuvo precedida del consumo de drogas; de hecho en la mitad de los casos también hubo violencia durante períodos de abstinencia, y en uno de cada tres casos se habían dado episodios violentos con anterioridad al inicio del consumo de drogas. Asimismo, en aquellos casos en los que hubo *consumo de drogas* la gravedad de las agresiones fue mayor. Datos que coinciden con el estudio de Echeburúa et al. (2009) a partir de 1081 denuncias por violencia de género realizadas en el País Vasco. Finalmente, en la mayor parte de los casos las agresiones van precedidas de una discusión motivada por cuestiones económicas, por el consumo de drogas, por celos e infidelidades, o por la situación de la relación de pareja y el riesgo de separarse; sin embargo, en uno de cada diez casos las víctimas habían sido maltratadas sin una discusión previa.

Dentro de este contexto, no es infrecuente que, en alguna ocasión la víctima también se haya comportado con violencia contra su agresor/a, o se haya defendido de los malos tratos (58%). Asimismo, hay que tener en cuenta, por una parte, que en esta investigación las víctimas no siempre respondieron con agresividad ante la violencia de su pareja (cuando una persona es agredida su respuesta puede ser de defensa o de escape/huida, tratando de evitar males mayores, por miedo, etc.); y por otra, cuando se da *violencia bidireccional*, las mujeres tienen una mayor probabilidad de ser heridas por la violencia,

y suelen expresar más miedo que los hombres como resultado de la violencia (Cascardi, Langhinrichsen y Vivian, 1992). Es más, dentro de esta investigación muchas víctimas se habían enfrentado al agresor con violencia cuando se habían visto en una situación de peligro de muerte, cuando después de haber iniciado una nueva relación de pareja seguían siendo acosadas, o incluso cuando eran maltratadas después de que el agresor había manifestado arrepentimiento o culpa durante un periodo de abstinencia.

Por otra parte, es importante que las víctimas de violencia conozcan los riesgos que conlleva su victimización, y qué aspectos deben tener en cuenta para valorar el riesgo de verse dañadas gravemente o incluso de ser asesinadas por su pareja. En este sentido, un considerable porcentaje de víctimas (de una a tres por cada 10) sufrieron diversos tipos de violencia o vivían en un contexto que incrementaba la probabilidad de que su vida estuviera en peligro. Algunas de las variables de *riesgo de homicidio* tienen que ver con aquellos casos en los que el agresor poseía armas de fuego o de otro tipo, éstas habían sido utilizadas para amenazar de muerte a su pareja delante de otras personas, y cuando la víctima había observado que el agresor tenía la intención de causarle daños graves o muy graves. Otras variables de riesgo de homicidio fueron las agresiones sexuales forzadas, el maltrato en presencia de los hijos o de otros familiares, y la extensión de la violencia hacia los hijos u otros familiares. También en otros casos se observó un aumento creciente de la frecuencia de los incidentes violentos, y, en menor medida, dentro del último mes, un incremento de la gravedad de las lesiones derivadas de la violencia y las amenazas de muerte.

Desde otra perspectiva, algunas víctimas tienden a justificar o a quitar importancia a las agresiones sufridas, y muchas más se sienten especialmente vulnerables por diversos motivos (dependencia a drogas y/o dependencia económica, dependencia emocional, soledad, etc.). Asimismo, más de la mitad de las víctimas de esta investigación consumían drogas de forma abusiva, siendo el alcohol y la cocaína las más frecuentes. También una de cada tres había sufrido maltrato en su familia de origen o en una relación anterior; en este último caso, el porcentaje fue superior al hallado en otra investigación realizada con mujeres maltratadas que acudieron en busca de asistencia psicológica exclusivamente por la violencia sufrida (20,4%) (Amor et al., 2002). En una proporción similar, habían intentado retirar en alguna ocasión denuncias previas o no habían sido capaces de denunciar o de abandonar al agresor. Por último, el 16% de las víctimas reconoció haberse enfrentado al agresor o haber intercambiado agresiones en el último mes, en especial aquellas víctimas que estuvieron en peligro de muerte. De forma opuesta, la mayor parte de las víctimas (ocho de cada diez) contaban con personas cercanas a las que podían recurrir en caso de decidir finalizar la relación de pareja, y más de la mitad de ellas tenían la suficiente autonomía económica como para vivir por sí solas sin depender del agresor.

En definitiva, ser mujer y tener un trastorno adicitvo supone un doble factor de riesgo para la violencia doméstica (Chait y Zulaica, 2005); y el maltrato doméstico representa

un claro *factor de riesgo para la salud física y psicológica* de las víctimas. Desde el punto de vista *físico*, las víctimas de maltrato muestran menos salud general que el resto de mujeres, lo que se traduce en molestias y diversos dolores, en trastornos asociados al estrés y en una mayor debilidad del sistema inmunitario, que les hace más vulnerables ante infecciones y otros problemas de salud (cfr. Campbell, 2002).

Desde una *perspectiva psicopatológica*, los cuadros clínicos más frecuentemente relacionados con los efectos de la violencia familiar son la depresión y el trastorno de estrés postraumático (Amor et al., 2002; Cascardi y O'Leary, 1992; Dutton, 1992; Sato y Heiby, 1992). Asimismo pueden aparecer síntomas de elevada ansiedad, baja autoestima e inadaptación en diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo, vida social, relaciones con los hijos, etc. (Khan, Welch y Zillmer, 1993; Sato y Heiby, 1992). Además, y de forma simultánea, pueden surgir problemas temporales o permanentes de abuso de fármacos, alcohol u otras drogas, a modo de estrategias de afrontamiento inadecuadas para hacer frente a los problemas planteados (por ejemplo, consumir diferentes sustancias tóxicas para bloquear los síntomas de estrés postraumático) (Walker, 1994). En otros casos, hay un consumo por parte de ambos miembros de la pareja.

Por otra parte, y con carácter general, los *maltratadores* suelen presentar carencias psicológicas significativas, como distorsiones cognitivas graves, estereotipos sexuales machistas, dificultades de comunicación, irritabilidad y una falta de control de los impulsos, así como dificultades específicas (abuso de alcohol y celos patológicos) (Dutton y Golant, 1999; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997). Dentro de esta investigación, alrededor de la mitad de las personas que agredían a su pareja mostraban comportamientos celotípicos y posesivos, justificaban sus conductas violentas y con mucha frecuencia culpaban a su pareja de todo lo malo que les ocurría a todos los miembros de la familia. Estos datos están en consonancia con estudios anteriores (Echeburúa et al., 2009; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; Faulkner, Stoltemberg, Cogen, Nolder y Shooter, 1992; Saunders, 1992). Asimismo, un tercio de las personas que agredieron a su pareja también se comportaron violentamente contra otras personas (parejas anteriores, amigos, conocidos, etc.); en estos casos sus conductas violentas estaban caracterizadas por crueldad o frialdad, carentes de arrepentimiento, y, a veces, realizadas delante de figuras de autoridad (policías, agentes judiciales, etc.), mostrando indiferencia ante el riesgo de ir a la cárcel.

En cuanto al *consumo de sustancias tóxicas*, las tres cuartas partes de quienes agredieron a su pareja en esta investigación consumían alcohol u otras drogas, fundamentalmente alcohol (67%), cocaína (63%) y la mezcla de ambas sustancias (32,4%). Estos porcentajes de consumo son *similares* a los agresores que han ejercicio una violencia extremadamente grave contra su pareja, y que incluye el homicidio o intento de homicidio (75% de los casos) (Echeburúa et al., 2009), *superiores* a agresores que ejercen una violencia de menor gravedad (cuyo rango oscila entre el 25% y el 60%) (Echeburúa et al., 2009;

Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997), y *considerablemente superiores* a los detectados en la población adulta de hombres, en donde el 10% de la población tiene un consumo arriesgado o perjudicial, y cerca del 5% de la población de hombres y mujeres podrían tener problemas de alcoholismo (Echeburúa, 2001).

En cambio las tasas de incidencia del consumo de drogas en hombres violentos son mucho menores que el consumo abusivo de alcohol, al oscilar entre el 13% y el 35% de los sujetos estudiados (Bergman y Brismar, 1993; Fagan, Steward y Hansen, 1983).

Además del consumo abusivo o dependiente de drogas, uno de cada cuatro agresores había estado en *prisión,* y en la mayoría de los casos (siete de cada diez) por violencia de género. Asimismo, aunque la mayor parte de ellos asumieron la comisión del delito, tendían a justificar su ingreso en prisión como consecuencia de la excesiva protección legal hacia las mujeres.

Con respecto a las relaciones entre el *consumo de drogas y el tipo de violencia*, se encontró que la violencia física era más probable cuando el agresor era el único que consumía drogas, a diferencia del maltrato psicológico que ocurría en mayor medida cuando ambos miembros de la pareja o exclusivamente la víctima consumían drogas. Sin embargo, el tipo de violencia que sufrieron las víctimas eran independiente de los niveles globales de consumo tanto de las víctimas como de los agresores. Ahora bien, al analizar por separado los diferentes tipos de droga consumida se observó que el consumo habitual de hachís y de cocaína de la víctima podría hacerla más vulnerable a padecer maltrato físico, o ser empleado como una estrategia de afrontamiento de este tipo de violencia; en cambio, el consumo esporádico de hachís y de cocaína estaba más vinculado al maltrato psicológico. Por otra parte, el consumo de los agresores no predijo el tipo de maltrato sufrido por las víctimas, salvo el consumo habitual o esporádico de *cocaína* que estaba asociado al maltrato físico o psicológico, respectivamente.

Al estudiar las relaciones entre el consumo de drogas y la *violencia cruzada o defensiva* de las víctimas, no se encontraron diferencias significativas en función de quiénes consumieron drogas dentro de la relación, ni tampoco en función del consumo de drogas de los agresores. En cambio cuando las víctimas consumían habitualmente heroína era más probable la violencia cruzada o defensiva.

En cuanto a las relaciones entre el consumo de drogas en las víctimas y los agresores con otros aspectos de interés, se encontró que cuando los *agresores consumían más cantidad de droga* justificaban con más probabilidad la violencia que ejercían, mostraban un historial de desprecio a la vida y se comportaban violentamente contra otras personas además de su pareja. Los agresores de este grupo tienen una gran similitud con el grupo de maltratadores de *alto riesgo* descritos en diferentes estudios tipológicos (Amor et al. 2009; Cavanaugh y Gelles, 2005; Holtzworth-Munroe y Stuart, 1994). Concretamente,

estos agresores se caracterizan por desplegar una violencia más grave y frecuente que los demás grupos, suelen presentar elevados niveles de psicopatología, consumo de drogas, y, normalmente, tienen historia criminal (Echeburúa et al., 2009).

Por otro lado, las *víctimas consumían más drogas* cuando habían sufrido diversas conductas de maltrato psicológico (por ejemplo, amenazas de muerte, minusvaloraciones, descalificaciones o indiferencia, humillaciones, chantajes emocionales, etc.), cuando el agresor había rehecho su vida con otra persona, y cuando el agresor era además violento contra otras personas. También se encontró que las víctimas que habían retirado la denuncia o que no habían sido capaces de denunciar o de abandonar al agresor consumían de forma esporádica alcohol. En otra investigación multicéntrica, realizada en diez ciudades norteamericanas, sobre patrones de consumo de alcohol y violencia de pareja, se encontró que un mayor porcentaje de víctimas que habían sufrido un intento de homicidio por parte de su pareja (10,5%) presentaban problemas de bebida en comparación con otras mujeres maltratadas o con mujeres de un grupo control sin violencia (Sharps et al., 2001). De forma similar, el 13% de las víctimas que fueron asesinadas o sufrieron un intento de homicidio por parte de su pareja entre los años 2005 y 2006 en el País Vasco, presentaban un consumo abusivo de alcohol, a diferencia de aquellas que sufrían una violencia de menor gravedad (8,4% consumían abusivamente alcohol) (Echeburúa et al., 2009).

En definitiva, las pocas víctimas que abusan del alcohol estarían en una situación de mayor vulnerabilidad ante la violencia de género (González-Ortega et al., 2008), aunque claramente existe un mayor riesgo cuando es el agresor quien abusa del alcohol o de otras drogas, entre otros muchos factores.

Finalmente, uno de los principales retos de futuro, dentro de un contexto de violencia de pareja consistirá en confeccionar programas de tratamiento multidisciplinares, eficientes y suficientemente motivadores tanto para las víctimas como para los agresores que también tienen problemas con el consumo de drogas, dando respuesta a las principales necesidades de cada individuo. Según Chait y Zulaica (2005), los objetivos de la intervención con mujeres maltratadas y drogodependientes deben dirigirse tanto a frenar el consumo de drogas como a superar la situación de maltrato que sufren, tratar la dependencia afectiva con la pareja y actuar de forma preventiva con los/as hijos/as (Chait y Zulaica, 2005). Por otra parte, en los agresores conviene analizar en profundidad múltiples aspectos: tipología de agresor y características psicopatológicas (déficit en asertividad y habilidades sociales, dificultades para resolver problemas, manejo de diversas emociones, autoestima, etc.), sistema de creencias (p.ej., sobre las mujeres y los hombres, las relaciones de pareja, la utilización de la violencia como estrategia para lograr objetivos, etc.), grado en el que asumen la responsabilidad de sus comporta-mientos violentos, y, sobre todo, su motivación para cambiar. La obtención de esta información puede contribuir a diseñar programas de intervención más adecuados a cada caso.

5. REFERENCIAS

Aguilar, R.J. y Nightingale, N.N. (1994). The impact of specific battering experiences on the self-esteem of abused women. *Journal of Family Violence. 9*,35-45.

Aguirre, B.E. (1985). Why do they return? Abused wives in shelters. *Social Work, 30,* 350-354.

Amaro, H., Fried, L.E., Cabral, H. y Zuckerman, B. (1990). Violence during pregnancy and substance use. *American Journal of Public Health, 80,* 575-579.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th. edition).* Washington, DC. Author.

Amor, P.J. (2000). *Variables sociodemográficas y psicopatológicas en mujeres víctimas de maltrato doméstico.* Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco.

Amor, P.J., Bohórquez y Echeburúa, E., (2006). ¿Por qué y a qué coste físico y psicológico permanece la mujer junto a su pareja maltratadora? *Acción Psicológica, 2* (4), 129-154.

Amor, P.J., Echeburúa,E. y Loinaz, I. (2009). ¿Se puede establecer una clasificación tipológica de los hombres violentos contra su pareja? *International Journal of clinical and Health Psychology, 9 (3), 519-539.*

Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2001b). Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: un estudio comparativo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 6,* 167-178.

Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2001a). Perfil psicopatológico diferencial en víctimas de maltrato doméstico y de agresiones sexuales. *Análisis y Modificación de Conducta, 27,* 605-629.

Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology, 2,* 227-246.

Anderson, D.J. (2003). The impact on subsequent violence of returning to an abusive partner. *Journal of Comparative Family Studies, 34,* 93-112.

Anthony, J.C. y Helzer, J.E. (1991). Syndromes of drug abuse and dependence. En L.N. Robin y D.A. Regier (Eds.). *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study.* The Free Press. New York.

Arias, I., Lyons, C.M. y Street, A.E. (1997). Individual and marital consequences of victimization: Moderating effects of relationship efficacy and spouse support. *Journal of Family Violence, 12,* 193-209.

Barnett, O.W., Martínez, T.E. y Keyson, M. (1996). The Relationship Between Violence, Social Support, and Self-Blame in Battered Women. *Journal of Interpersonal Violence, 11,* 221-233.

Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown, G.K. (1996). BDI-II: *Beck Depression Inventory manual* (2nd ed.). Boston: Harcourt, Brace.

Bennett, L., & Lawson, M. (1994). Barriers to cooperation between domestic-violence and substance-abuse programs. *Families in Society, 75*(5), 277-286.

Bennice, J.A., Resick, P.A., Mechanic, M. & Astin, M. (2003). The relative effects of intimate partner physical and sexual violence on posttraumatic stress disorder symptomatology. *Violence and victims, 18,* 87-94

Bergman, B. y Brismar, B. (1993). Assaltants and victims. A comparative study of male wife-beaters and battered males. *Journal of Addictive Diseases, 123,* 1-10.

Bergman, B., Larsson, G., Brismar, B. y Klang, M. (1987). Psychiatric morbidity and personality characteristics of battered women. *Acta Psychiatrica Scandinava, 76,* 678-683.

BOE (2004). Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre de 2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

Brockner, J. y Rubin, J.Z. (1985). *Entrapment in escalating conflicts: A social Psychological analysis.* New York. Springer-Verlag.

Browne, A. (1986). Assault and homicide at home: When battered women kill. En M. Saks y L. Saxe (Eds.). *Advances in Applied Psychology.* Hillsdale. Erlbaum. (Vol. 3).

Browne, A. (1987). *When battered women kill.* New York. McMillan Press.

Byrne, C.A., Arias, I. y Lyons, C.M. (1993, Marzo). *Attributions for partner behavior in violent and nonviolent couples.* Paper presented at the annual meeting of the Southeastern Psychological Association. Atlanta.

Campbell, J. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet, 359*, 1331-1336.

Campbell, J. C. y Soeken, K.L. (1999). Forced sex and intimate partner violence: Effects on women's risk and women's health. *Violence Against Women 5,* 1017-1035.

Campbell, J.C. (1986). Nursing Assessment for risk of homicide with battered women. *Advances in Nursing Science, 8,* 36-51.

Campbell, J.C. (1995). *Assessing dangerousness.* London. Sage Publications, Inc.

Campbell, J.C. y Alford, P. (1989). The dark consequences of marital rape. *American Journal of Nursing, 89,* 946-949.

Campbell, J.C. y Lewandowski, L.A. (1997). Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. *The Psychiatric Clinics of North America, 20,* 353-374.

Campbell, J.C., Sullivan, C.M. y Davidson, W.S. (1995). Women who use domestic violence shelters: Changes in depression over time. *Psychology of Women Quarterly, 19,* 237-255.

Cascardi, M., Langhinrichsen, J., & Vivian, D. (1992). Marital aggression: Impact, injury, and health correlates for husbands and wives. *Archives of Internal Medicine*, *152*, 1178-1184.

Cascardi, M. y O'Leary, K.D. (1992). Depressive symptomatology, self-esteem, and self-blame in battered women. *Journal of Family Violence, 7*, 249-259.

Cascardi, M. y O'leary, K.D., Lawrence, E.E., y Schlee, K.A. (1995). Characteristics of women physically abused by their spouses and who seek treatment regarding marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63,* 616-623.

Cavanaugh, M.M. y Gelles, R.J. (2005). The utility of male domestic violence offender typologies. *Journal of Interpersonal Violence, 20 (2),* 155-166.

Centro Reina Sofía (2005). *Femicidios de pareja.* Informe elaborado por el Centro Reina Sofía: Valencia.

Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. *Estadística sobre violencia familiar.* (2007). Recuperado el 15 de enero de 2008, desde http://www.gva.es/violencia/.

Cerezo, A.I. (1998). El homicidio entre parejas. *Boletín Criminológico, 37,* 1-4.

Chait, L., & Zulaica, B. (2005). Mujeres drogodependientes maltratadas: análisis para la intervención. *Trastornos adictivos, 7*(2), 104-113.

Chambliss, L. R. (1997). Domestic violence: A public health crisis. *Clinical Obstetrics And Gynecology. Sep, 40*, 630-638.

Choice, P. y Lamke, L.K. (1997). A conceptual approach to understanding abused women's stay/leave decisions. *Journal of Family Issues, 18,* 290-314.

Clark, A.H. y Foy, D.W. (2000). Trauma exposure and alcohol use in battered women. *Violence Against Women, 6,* 37-48.

Corsi, J. (1994). *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social.* Buenos Aires. Paidós.

Drossman, D.A., Leserman, J. Nachman, G., Li, Z., Gluck, H., Toomey, T.C. y Mitchell, M. (1990). Sexual and physical abuse in women and functional or organic gastrointestinal disorders. *Annals of Internal Medicine, 113,* 828-833.

Dutton, D.G. (1988). Profiling of wife assaulters: Preliminary evidence for a trimodal analysis. *Violence and Victims, 3,* 5-30.

Dutton, D.G. y Golant, S.K. (1999). *El golpeador. Un perfil psicológico.* Buenos Aires. Paidós.

Dutton, D.G. y Painter, S.L (1981). Traumatic bonding: The development of emotional attachment in battered women and other relationships of intermittent abuse. *Victimology: An International Journal, 6,* 139-155.

Dutton, D.G. y Painter, S.L. (1993). The battered woman syndrome: Effects of severity and intermittency of abuse. *American Journal of Orthopsychiatry, 64,* 614-622.

Dutton, M.A. (1992). Assessment and treatment of posttraumatic stress disorder among battered women. En D.W. Foy (Ed.). *Treating PTSD. Cognitive-behavioral strategies.* New York. Guilford Press.

Dutton, M.A., Kaltman, S., Goodman, L.A., Weinfurt, K. y Vankos, N. (2005). Patterns of intimate partner violence: Correlates and outcomes. *Violence and Victims, 20,* 483-497.

Easton, C. J., Swan, S., & Sinha, R. (2000). Prevalence of family violence in clients entering substance abuse treatment. *Journal of substance abuse treatment, 18*(1), 23-28.

Eberle, P. (1982). Alcohol abuser and non-users: A discriminate function analysis. *Journal of Health and Social Behavior, 23,* 260.

Eby, K. K., Campbell, J. C., Sullivan, C. M., y Davidson, W. S. (1995). Health effects of experiences of sexual violence for women with abusive partners. *Health Care for Women International, 16*, 563-576.

Echeburúa, E. (2001). *El alcoholismo.* Madrid. Aguilar

Echeburúa, E. & Fernández-Montalvo (2001). *Celos en la pareja: una emoción destructiva.* Barcelona. Ariel

Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar.* Madrid. Siglo XXI.

Echeburúa, E., Amor, P.J. y Corral, P., (2002).Mujeres maltratadas en convivencia prolongada con el agresor: variables relevantes. *Acción Psicológica, 2,* 135-150.

Echeburúa, E., Amor, P.J. y Fernández-Montalvo, J. (2000). ¿Por qué y cómo tratar a los maltratadores en el hogar? En M. Lameiras y J.M. Faílde (Eds.). *La psicología clínica y de la salud en el siglo XXI: posibilidades y retos (pp. 337-358).* Madrid. Dykinson.

Echeburúa, E., Amor, P.J. y Fernández-Montalvo, J. (2002). *Vivir sin violencia*. Madrid. Pirámide.

Echeburúa, E., Corral, P. Amor, P.J., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1997). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 2,* 7-19.

Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P.J. (2001). Estrategias de afrontamiento ante los sentimientos de culpa. *Análisis y Modificación de Conducta, 27,* 905-929.

Echeburúa, E., Corral, P., Fernández-Montalvo, J. y Amor, P.J. (2004). ¿Se puede y debe tratar psicológicamente a los hombres violentos contra la pareja? *Papeles del Psicólogo, 88,* 10-18.

Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (2009). Evaluación de un programa de tratamiento en prisión de hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 9,* 5-20.

Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Corral, P. (2009). Predicción del riesgo de homicidio y de violencia grave en la relación de pareja. Valencia: Centro Reina Sofía y Generalitat Valenciana.

Fals-Stewart, W., & Kennedy, C. (2005). Addressing intimate partner violence in substance-abuse treatment. *Journal of substance abuse treatment, 29*(1), 5-17.

Fagan, J.A., Stewart, D.K. y Hansen, K.V. (1983). Violent men or violent husbands. En D. Finkelhor, R.J. Gelles, G.T. Hotaling y M.A. Straus (Eds.). *The dark side of families: current family violence research.* Beverly Hills, CA. Sage.

Faulkner, K., Stoltemberg, C.D., Cogen, R., Nolder, M. y Shooter, E. (1992). Cognitive-behavioral group treatment for male spouse abusers. *Journal of Family Violence, 7,* 37-55.

Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). Variables psicopatológicas y distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar: un análisis descriptivo. *Análisis y Modificación de Conducta, 23*, 151-180.

Finn, J. (1986). The relationship between sex-role attitudes supporting marital violence. *Sex and Roles, 14,* 225-234.

Follingstad, D., Rutledge, L., Serg, B., House, E. y Ploek, D. (1990). The role of emotional abuse in physical abusive relationships. *Journal of Family Violence, 5,* 107-120.

Follingstad, D.R., Brennan, A.F., Hause, E.S., Polek, D.S., et al. (1991). Factors moderating physical and psychological symptoms of battered women. *Journal of Family Violence, 6* (1), 81-95.

Frieze, I.H. (1979). Perceptions of battered wives. En I.H. Frieze, D. Bar-Tal y J.S. Carroll (Eds.). *New Approaches to Social Problems: Applications of Attribution Theory.* San Francisco. Jossey-Bass.

Gazmararian, J.A., Lazorick, S., Spitz, A. M., Ballard, T.J., Saltzman, L.E. y Marks, J.S. (1996). Prevalence of violence against pregnant women. *Journal of the American Medical Association, 275,* 1915-1920.

Gelles, R.J. (1979). *Family Violence.* Sage. Beverly Hills.

Generalitat Valenciana y Conselleria de Bienestar Social (1997). *Intervención asistencial especializada en violencia de género.* Valencia. Generalitat Valenciana.

Gleason, W.J. (1993). Mental disorders in battered women: An empirical study. *Violence and Victims. 8*, 53-68.

Gil, J.A. (2003). *Métodos de investigación en educación*. Volumen III. Madrid. UNED.

Goldberg, M. E. (1995). Substance-abusing women: False stereotypes and real needs. *Social work, 40*(6), 789-798.

Goldberg, W.G. y Tomlanovich, M.C. (1984). Domestic violence victims in the emergency department. *Journal of The American Medical Association, 251,* 3259-3264.

Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence 14*, 99-132.

Gómez Moya, J. (2006). El alcoholismo femenino, una verdad oculta. *Trastornos adictivos, 8*(4), 251-260.

Gondolf, E. (1988). The state of the debate: A review essay on woman battering. *Response to the Victimization of Women & Children*, *11*(3), 3-8.

González-Ortega, I., Echeburúa, E. Y Corral, P. (2008). Variables significativas en las relaciones violentas en parejas jóvenes: una revisión. *Psicología Conductual, 16,* 207-225

González Méndez, R. y Santana Hernández, J.D. (2001). La violencia en parejas jóvenes. *Psicothema,* 13(1), 127-131.

Gutierres, S. E., & Van Puymbroeck, C. (2006). Childhood and adult violence in the lives of women who misuse substances. *Aggression and Violent Behavior, 11*(5), 497-513.

Haber, J.D. (1985). Abused women and chronic pain. *American Journal of Nursing, 85,* 1010.

Harrison, L., & Willis Esqueda, C. (2000). Effects of race and victim drinking, on domestic violence attributions. *Sex Roles*, *42*(11), 1043-1057.

Hattendorf, J., Ottens, A.J. y Lomax, R.G. (1999). Type and severity of abuse and postraumatic stress disorder symptoms reported by women who killed abusive partners. *Violence against women, 5,* 292-312.

Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5,* 377-391.

Hickling, E. J. y Blanchard, E. B. (1992). Post-traumatic stress disorder and motor vehicle accidents. *Journal of Anxiety Disorders, 6,* 283-304.

Holtzworth-Munroe, A. y Stuart, G.L. (1994). Typologies of male batterers: Three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin, 116,* 476-497.

Houry, D., Kaslow, N. y Thompson, M.P. (2005). Depressive symptoms in women experiencing intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence, 20,* 1467-1477.

Jurik, N.C. y Winn, R. (1990). Gender and homicide: A comparison of men and women who kill. *Violence and Victims, 5,* 227-242.

Kemp, A., Green, B.L., Hovanitz, C. y Rawlings, E.I. (1995). Incidence and correlates of post-traumatic stress disorder in battered women: Shellter and community samples. *Journal of Interpersonal Violence, 10,* 43-55.

Kemp, A., Rawlings, E.I. y Green, B.L. (1991). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in battered women: A shelter sample. *Journal of Traumatic Stress, 4,* 137-148.

Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U. y Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 51,* 8-19.

Khan, F.I., Welch, T.L. y Zillmer, E.A. (1993). MMPI-2 profiles of battered women in transition. *Journal of Personality Assessment. 60* (1), 100-111.

Kilpatrick, D.G., Acierno, R., Resnick, H.S., Saunders, B.E. y Best, C.L. (1997). A 2-year longitudinal analysis of the relationships between violent assault and substance use in women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65,* 834-847.

Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. & Lozano, R. (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization.

Kubany, E.S. y Manke, F.P. (1995). Cognitive therapy for trauma-related guilt: Conceptual bases and treatment outlines. *Cognitive and Behavioral Practice, 2,* 27-61.

Kubany, E.S., Haynes, S.N., Abueg, F.R., Manke, F.P., Brennan J.M. y Stahura, C. (1996). Development and Validation of the Trauma-related Guilt Inventory (TRGI). *Psychological Assessment, 4,* 428-444.

Langhinrichsen-Rohling, J. (2005). Top 10 greatest "hits". Important findings and future directions for intimate partner violence research. *Journal of Interpersonal Violence, 20,* 108-118.

Lee, W. V., Gottheil, E., Sterling, R. C., Weinstein, S. P., & Serota, R. D. (1997). Characteristics of cocaine-addicted individuals who abuse their partners. *Journal of substance abuse treatment, 14*(4), 367-371.

Lipsky, S., Holt, V.L., Easterling, T.R. y Critchlow, C.W. (2005). Police-reported intimate partner violence during pregnancy: who is at risk? *Violence and Victims, 20,* 69-86.

Long, G.M. y McNamara, J.R. (1989). Paradoxical punishment as it related to the battered women syndrome. *Behavior modification, 13,* 192-205.

Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal.* Barcelona. Crítica.

Mahoney, P. (1999). High rape chronicity and low rates of help-seeking among wife rape survivors in a nonclinical sample: Implications for research and practice. *Violence Against Women, 5,* 993-1016.

Mann, C.R. (1990). Black female homicide in the United States. *Journal of Interpersonal Violence, 5,* 227-242.

Marx , B.P. (2005). Lessons learned from the last twenty years of sexual violence research. *Journal of Interpersonal Violence, 20,* 225-230.

Matud, M.P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema,* 16(3), 397-401.

McCauley, J., Kern, D.E., Kolodner, K., Dil, L, Schroeder, A.F., De Chant, H.K., Ryden, J., Bass, E.B. y Derogatis, L.R. (1995). The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine, 123,* 737-746.

McFarlane, J., Malecha, A., Gist, J., Watson, K., Batten, E., Hall, I., et al. (2005). Intimate partner sexual assault against women and associated victim substance use, suicidality, and risk factors for femicide. *Issues in Mental Health Nursing, 26*(9), 953-967.

McFarlane, J., Parker, B., & Soeken, K. (1995). Abuse during pregnancy: Frequency, severity, perpetrator, and risk factors of homicide. *Public Health Nursing*, *12*(5), 284-289.

McFarlane, J., Parker, B., & Soeken, K. (1996). Physical abuse, smoking, and substance use during pregnancy: Prevalence interrelationships, and effects on birth weight. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Neonatal Nursing, 25,* 31-320.

Mertin, P. & Mohr, P. (2000). Incidence and correlates of posttraumatic stress disorder in australian victims of domestic violence. *Journal of Family Violence, 15 (4),* 411-422.

Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (1999, 2002, 2006). *La violencia contra las mujeres. Resultados de la macroencuesta.* Madrid: Sigma Dos S.A.

Mitchell, R.E. y Hodson, C.A. (1983). Coping with domestic violence: Social support and psychological health among battered women. *American Journal of Community Psychology, 11,* 629-654.

Moscicki, E.K. (1989). Epidemiologic surveys as tools for studiying suicidal behavior: A review. *Suicide Life-Threat. Behav., 19,* 131-146.

Murphy, C.C., Schei, B., Myhr, T.L. y Du Mont, J. (2001). Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association J., 164,* 1567-1572.

Naciones Unidas (1987). *Violence against women in the family.* New York.

Najavits, L. M., Sonn, J., Walsh, M., & Weiss, R. D. (2004). Domestic violence in women with PTSD and substance abuse. *Addictive Behaviors, 29*(4), 707-715.

O'Leary, K.D. (1999). Psychological abuse: A variable deserving critical attention in domestic violence. *Violence and Victims, 14,* 1-21.

Orava, T.A., McLeod, P.J. y Sharpe, D. (1996). Perceptions of control, deprressive symptomatology, and self-esteem of women in transition from abusivve relationship. *Journal of Family Violence, 11,* 167-186.

Pagelow, M.H. (1984). *Family Violence.* New York. Praeger Publishers.

Parker, R. N., & Auerhahn, K. (1998). Alcohol, drugs, and violence. *Annual Review of Sociology, 24*, 291-311.

Perrin, S., Van Hasselt, V. B. y Hersen, M. (1997). Validation of the Keane MMPI-PTSD Scale against DSM-III-R criteria in a sample of battered women. *Violence and Victims, 12*, 99-104.

Pfouts, J.H. (1978). Violent families: coping responses of abused wives. *Child Welfare. 57,* 101-111.

Picó-Alfonso, M.A. (2005). Psychological intimate partner violence: The major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 29, 181-193.*

Plichta, S.B. (1996). Violence and abuse. En M.M. Falik y K.S. Collins (Eds.). *Women's health: The Commonwealth fund survey.* Baltimore. London: JHU Press.

Plichta, S.B. y Abraham, C. (1996). Violence and gynecologic health in women <50 years old. *American Journal of Obstetricians and Gynecologist, 174,* 903-907.

Ratner, P.A. (1993). The incidence of wife abuse and mental health status in abused wives in Edmonton, Alberta. *Canadian Journal of Public Health, 84,* 246-249.

Ratner, P.A. (1995). Indicators of exposure to wife abuse. *Canadian Journal of Public Health, 84,* 246-249.

Resnick, H.S., Falsetti, S.A., Kilpatrick, D.G. y Freedy, J.R. (1996). Assessment of rape and other civilian trauma-related PTSD: Emphasis on assessment of potentially traumatic events. En T.W. Miller (Ed.). *Theory and Assessment of Stressfull Life Events. Madison*, CT. International Universities Press.

Rhodes, K.V., Lauderdale, D.S., He, T. y Howes, D.S. (2002). "Between me and the computer": Increased detection of intimate partner violence using a computer questionnaire. *Annals of Emergency Medicine, 40,* 476-484.

Rhodes, N.R. y Baranoff, E.C. (1998). Why do battered women stay?: three decades of research. *Aggression and Violent Behavior, 4,* 391-406.

Roberts, A.R. (1996). *Helping Battered Women: New Perspectives and Remedies.* Oxford University Press. New York.

Rodriguez, R. (1989). Perception of health needs by battered women. *Response lo the Victimization of Women and Children, 12* (4)*,* 22-23.

Rojas Marcos, L. (1995). *Las semillas de la violencia.* Madrid. Espasa-Calpe.

Rosewater, L.B. (1988). Battered or schizophrenic? Psychological tests can't tell. En K. Yllö y M. Bograd (Eds.). *Feminist perspectives on wife abuse.* Newbury Park. CA: Sage.

Rothbaum, B.O., y Foa, E.B. (1996). Cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. En B.A. Van der Kolk, A.C. McFarlane y L. Weisaeth. (Eds). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society.* New York. Guilford Press.

Rusbult, C. (1983). A longitudinal test of the investment model: The development (and deterioration) of satisfaction and commitment in heterosexual involvements. *Journal of Personality and Social Psychology, 45,* 101-117.

Saarijärvi, M.D., Niemi, H., Lehto, H. y Ahola, V. y Salokangas, R (1996). Lifetime prevalence of nine common psychiatric/personality disorders in female domestic abuse survivors. *Brief Reports,* 645-652.

Salber, P.R. y Taliaferro, E. (2000). *Reconocimiento y prevención de la violencia doméstica en el ámbito sanitario*. Barcelona. Cedecs.

Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2000). *Violencia en la pareja.* Málaga. Aljibe.

Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E. y Corral, P. (2007). Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad: un estudio exploratorio. *Psicothema, 19*, 459-466.

Sato, R.A. y Heiby, E.M. (1992). Correlates of depressive symptoms among battered women. *Journal of Family Violence. 7* (3), 229-245.

Saunders, D.G. (1992). A tipology of men who batter: three types derive from cluster analysis. *American Journal of Orthopsychiatry, 62,* 264-275.

Saunders, D.G. (1994). Posttraumatic Stress Symptom Profiles of Battered Women. A comparison of Survivors in Two Settings. *Violence and Victims, 9,* 31-44.

Saunders, D.G. (1994). Posttraumatic Stress Symptom Profiles of Battered Women. A comparison of Survivors in Two Settings. *Violence and Victims, 9,* 31-44.

Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death.* San Francisco, CA: Freeman.

Sepúlveda, A. (2000). Psicopatología de las víctimas de malos tratos. En A.I. Vargas (Ed.). *Violencia habitual en el ámbito familiar.* Madrid. Centro de Estudios Jurídicos.

Shackelford, T.K. & Mouzos, J. (2005). Partner killing by men in cohabiting and marital relationships. A comparative, cross-National analysis of data from Australia and the United States. *Journal of Interpersonal Violence, 20* (10), 1310-1324.

Sharps, P. W., Campbell, J., Campbell, D., Gary, F., & Webster, D. (2001). The role of alcohol use in intimate partner femicide. *The American Journal on Addictions, 10*(2), 122-135.

Slade, M., Daniel, L. J., & Heisler, C. J. (1991). Application of forensic toxicology to the problem of domestic violence. *Journal of forensic sciences, 36*(3), 708-713.

Stark, E. y Flitcraft, A. (1988). Violence among intimates: an epidemiologic review. En V.B. Van Hasselt, R.L. Morrinson, A.S. Bellack y M. Hersen (Eds.). *Handbook of Family Violence.* New York, Plenum Press.

Sternmac, L., Del Bove, G. y Addison, M. (2001). Violence, injury, and presentation patterns in spousal sexual assault. *Violence Against Women, 7,* 1218-1233.

Straus, M.A. y Gelles, R. J. (1990). *Physical violence in American families: Risk and adaptations to violence in 8,145 families.* New Brunswick, NJ. Transaction Publishers.

Strube, M.J. (1988). The Decision to Leave an Abusive Relationship: Empirical Evidence and Theoretical Issues. *Psychological Bulletin. 2,* 236-250.

Stuart, G. L. (2005). Improving violence intervention outcomes by integrating alcohol treatment. *Journal of Interpersonal Violence, 20*(4), 388-393.

Tang, C. (1997). Psychological impact of wife abuse. (Experiences of Chinese women and their children). *Journal of Interpersonal Violence, 12*, 466-478.

Testa, M., Livingston, J. A., & Leonard, K. E. (2003). Women's substance use and experiences of intimate partner violence: A longitudinal investigation among a community sample. *Addictive Behaviors, 28*(9), 1649-1664.

Thompson, M. P., & Kingree, J. B. (2006). The roles of victim and perpetrator alcohol use in intimate partner violence outcomes. *Journal of Interpersonal Violence, 21*(2), 163-177.

Torres, P. y Espada, F.J. (1996). *Violencia en casa.* Madrid. Aguilar.

Tuel, B. D. y R. K. Russell (1998). Self-esteem and depression in battered women: A comparison of lesbian and heterosexual survivors. *Violence Against Women 4,* 344-362.

Velez, M. L., Montoya, I. D., Jansson, L. M., Walters, V., Svikis, D., Jones, H. E., et al. (2006). Exposure to violence among substance-dependent pregnant women and their children. *Journal of substance abuse treatment, 30*(1), 31-38.

Villavicencio, P. y Sebastián, J. (1999). Variables predictoras de ajuste psicológico en mujeres maltratadas desde un modelo de estrés. *Psicología Conductual.* 7(3) 431-458.

Vitanza, S., Vogel, L.C.M. y Marshall, L.L. (1995). Distress and symptoms of posttraumatic stress disorder in abused women. *Violence and Victims, 10,* 23-34.

Walker, L.E. (1979). *The battered woman.* Harper and Row. New York.

Walker, L.E. (1984). *The battered woman syndrome.* New York. Springer.

Walker, L.E. (1994). *Abused women and survivor therapy: A practical guide for the psychotherapist.* American Psychological Association, Washington, DC.

Walker, L.E. y Browne, A. (1985). Gender and victimization by intimates. *Journal of Personality, 53*, 179-195.

Walling, M.K., Reiter, R.C., O'Hara, M.W., Milburn, A.K., Lilly, G., y Vincent, S.D. (1994). Abuse history and chronic pain in women. I Prevalences of sexual abuse and physical abuse. *Obstetrics and Gynecology, 84,* 193-199.

Wingwood, G.M., DiClemente, R.J. y Raj, A. (2000). Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters. *American Journal of Preventive Medicine, 19,* 270-275.

World Health Organization (WHO) (2005). *Multicountry Study on Women´s Health and Domestic Violence Against Women.* Disponible en:
http//www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/

6. ANEXOS

6.1. ANEXO I

Cuestionario de Screening
(Instituto de la Mujer, 2000; modificado)

1. ¿Has vivido una situación de violencia en relaciones familiares o de pareja con alguna persona con la que convives, **a lo largo de tu vida**?

- ☐ SI
- ☐ NO

En caso afirmativo, la persona que causa el maltrato es:

- ☐ Pareja
- ☐ Hijos/as
- ☐ Padre
- ☐ Madre
- ☐ Hermanos/as
- ☐ **Yo mismo (en caso de ser agresor/a)**
- ☐ Otros (especificar)
- ☐ Múltiples personas

2. ¿Has vivido alguna situación de violencia en tus relaciones familiares o de pareja o con alguna persona con la que convives, **durante el último año**?

- ☐ SI
- ☐ NO

3. Por favor, señala con una **X** la casilla que mejor refleje su situación en relación con su pareja, familiares o personas con las que convives en cada una de las situaciones señaladas en la lista:

SITUACIONES	Nunca	A veces	Frecuen-temente
¿Le impide" ver a la familia o tener relaciones con amigos y/o vecinos...?			
¿Le quita el dinero que gana o no le da lo que precisa para las necesidades básicas de la familia?			
¿Le insulta o amenaza?			
¿Decide las cosas que puede o no puede hacer y no tiene en cuenta sus necesidades?			
¿Insiste en tener relaciones sexuales aunque usted no tenga ganas?			
¿En ciertas ocasiones le produce miedo?			
Cuando se enfada, ¿llega a empujar o golpear?			
¿Le descalifica, infravalora o se mofa de sus actuaciones?			
¿Le desautoriza completamente en presencia de sus hijos, invitándoles a no tenerle en cuenta?			

Pasar el cuestionario “violencia en la relación de pareja y adicción a drogas” si en las preguntas 1 y 2 ha contestado SÍ.

Pasar el cuestionario “violencia en la relación de pareja y adicción a drogas” si en las preguntas 3 ha contestado en alguna pregunta “a veces” o “frecuentemente”.

6.2. ANEXO II

Violencia en la relación de pareja y adicción a drogas
(Echeburúa, Fernández Montalvo y Corral, 2009; modificado)

REFERENCIA:

Centro (Rodee con un círculo el nº)

01	Amigó Castellón
02	Avape Valencia
03	Patim Castellón
04	Cáritas Salamanca
05	Avant Valencia
06	ACOAD Pamplona
07	Hogar 20 Granada
08	Adat Badajoz
09	Proyecto Hombre Valencia
10	Antaris, Dos Hermanas, Sevilla
11	Otro centro:

I. Datos personales (Rodee con un círculo)**:**

Sexo del agresor	Sexo de la víctima
1 Hombre	1 Hombre
2 Mujer	2 Mujer

	Agresor	Víctima
Edad Actual		
Nacionalidad		

Señale, si conoce, la etnia, religión y cultura, tanto del agresor como de la víctima:

	Agresor	Víctima
Etnia		
Religión		
Cultura		

Nivel cultural

	Agresor	Víctima
Sin estudios	1	1
Enseñanza primaria	2	2
Enseñanza secundaria	3	3
Formación profesional	4	4
Formación universitaria	5	5

Nivel socioeconómico

	Agresor	Víctima
Bajo	1	1
Medio	2	2
Alto	3	3

Profesión del agresor: .....
Profesión de la víctima: .....

Situación laboral

	Agresor	Víctima
Buscando primer empleo	1	1
Trabajo fijo	2	2
Trabajo temporal	3	3
Pensionista	4	4
En paro	5	5
Otros:	6	6

Tipo de domicilio familiar

Comunidad de vecinos	1
Casa aislada	2
Otros...	3

Si la violencia se refiere a su pareja indique, por favor, los años de relación de pareja

	Años
Noviazgo sin convivencia	
Convivencia en pareja	
SUMA TOTAL	

En la actualidad con qué personas convive la víctima de violencia

	Marcar con X	Poner nº personas
Hijos propios		
Hijos de relaciones anteriores de la mujer		
Hijos de relaciones anteriores del hombre		
Madre y/o padre del agresor		
Madre y/o padre de la víctima		
Compañeros/as comunidad terapéutica		
Otros		
TOTAL de personas con las que convive		

II. Situación de la relación de pareja

¿El problema de violencia lo tuvo con su pareja o expareja?

- ☐ NO
- ☐ SI (en caso afirmativo, responda a la siguiente pregunta)

indique cuál es su situación actual con respecto a ella (rodee con un círculo el nº correspondiente):

Pareja sin convivencia	1
Convivencia en pareja	2
En trámites de separación	3
Separación	
De menos de 1 mes	4
Entre 1 y 3 meses	5
Entre 3 y 6 meses	6
Entre 6 y 12 meses	7
Más 12 meses	8
Separación, pero conviviendo juntos	9
Regreso a la convivencia	10

Observaciones:

En el caso de separación

	No	Si	Actualmente sí, pero no inicialmente
¿Es aceptada por el agresor?			

	No	Si	Observaciones
¿La víctima ha sido acosada en el último mes?			
En caso afirmativo indique en las observaciones los comportamientos de acoso sufridos			
¿Se queja la persona agresora de problemas económicos serios?			
¿Cuenta el agresor con algún tipo de apoyo?			
Familiar			
Social			
Señale si hay una alta conflictividad en relación con:			
la guarda y custodia de los hijos			
el régimen de visitas			
la asignación de la vivienda familiar			

En el caso de que exista una orden de alejamiento dictada por el juez

	No	Si	Observaciones
¿Hubo quebrantamiento intencionado de esa orden…			
en el último mes?			
en el pasado?			
El quebrantamiento de esta orden ha sido:			
en numerosas ocasiones			
consentido por la víctima			
Debido a diferentes circunstancias			

III. Tipo de violencia

☐ FÍSICO	☐ PSICOLÓGICO	☐ SEXUAL
☐ Golpear (abofetear, dar puñetazos)	☐ Amenazar a la víctima (de muerte, con llevarse a los hijos, etc.)	☐ Exigir a la víctima a mantener relaciones sexuales
☐ Morder o arañar	☐ Controlar el dinero y someter a penurias económicas a la víctima	☐ Violar
☐ Dar patadas	☐ Insultar	☐ Transmitir enfermedades sexuales
☐ Zarandear y empujar	☐ Aislar o retener a la víctima	
☐ Dar palizas	☐ Minusvalorar, descalificar o mostrar indiferencia	
☐ Estrangular	☐ Humillar (a solas o delante de otras personas)	
☐ Utilizar armas contra la víctima (apuñalar, disparar, lanzar objetos contra la víctima, etc.)	☐ Culpabilizar y chantajear emocionalmente	
☐ Intentar asesinar		
☐ Obligar a la víctima a drogarse		

Circunstancias de la última agresión (rodee el nº o letra que corresponda):

Lugar de la agresión	1 Casa 2 Calle 3 Lugar de trabajo 4 Otro lugar 5 Múltiples lugares 6 Coche 7 Colegio de los niños
Momento del día	1 Mañana 2 Tarde 3 Noche 4 Madrugada 5 Cualquier momento
Día de la semana	L M X J V S D
¿Hubo consumo de drogas el mismo día o el anterior por parte de la persona agresora? En caso afirmativo especificar qué tipo de droga	0 NO 1 SÍ: droga: _____
Hubo alguna discusión previa En caso afirmativo rodee con un círculo el nº correspondiente al motivo principal	0 NO 1 SÍ (motivo): 1 Económico 2 Consumo de drogas 3 Celos/control 4 Infidelidad 5 Hijos 6 Labores domésticas 7 Temas de conversación 8 Amenazas 9 Sexo 10 Situación de la relación 11 Separación 12 Sin motivo aparente 13 Otros
Tipo de agresión sufrida	1 Psicológica 2 Física 3 Sexual
Describa brevemente, si recuerda, la última agresión sufrida	_____ _____

Historia de agresiones previas al último episodio de maltrato (patrón habitual de la agresión)

Lugar habitual de las agresion	1 Casa 2 Calle 3 Lugar de trabajo 4 Otro lugar 5 Múltiples lugares 6 Bar
Día o días de la semana más proclives a la agresión	L M X J V S D ☐ Días laborales ☐ Días festivos ☐ Cualquier día de la semana
¿Se suele asociar la agresió consumo de drogas? En caso afirmativo, especificar tipo de droga	0 NO 1 SÍ (especificar): _____ _____
¿Se dan también episodios de lencia en los periodos de ab nencia?	0 NO 1 SÍ 2 Agresor/a no consume 3 Pocos periodos de abstinencia 4 No sabe
En el caso de haber consumo drogas, ¿aumenta la gravedad las agresiones bajo el efecto d sustancia?	0 NO 1 SÍ 2 No hay consumo de drogas
¿Se han dado episodios violen con anterioridad al inicio del c sumo de drogas?	0 NO 1 SÍ 2 No sabe
¿Es frecuente que la agresión v precedida de una discusión? En caso afirmativo, especifica motivo que más se repita	0 NO 1 SÍ (Especificar el motivo): _____ _____
¿Hay respuesta agresiva a la ag sión, es decir, violencia cruzada forma de violencia física o ver (insultos, amenazas de cau daño, etc.)?	0 NO 1 SÍ
En los periodos de abstinen ¿verbaliza el agresor sentimien de arrepentimiento o culpa, o p perdón por la violencia ejercid	0 NO 1 SÍ

	No	Si	Observaciones
¿Ha habido una progresión del clima de tensión y un aumento creciente de la frecuencia de los incidentes violentos en el último mes? En caso afirmativo, especificar en las observaciones si ha habido algún desencadenante claro			
¿Ha habido un aumento creciente de la gravedad de las lesiones físicas en el último mes? En caso afirmativo, especificar en las observaciones qué ha sentido y si ha habido peligro de muerte para la víctima			
En el caso de separación, ¿ha llevado a cabo en el último mes advertencias o amenazas verbales sobre conductas que podría realizar ante el rechazo de la pareja?			
¿Ha habido amenazas de muerte en el último mes?			
¿Ha habido amenazas de muerte a la pareja y de suicidio posterior del agresor en el último mes?			
¿Han tenido lugar estas amenazas en presencia de otras personas además de la pareja?			
¿Tiene armas de fuego en casa o fácil acceso a las mismas?			
¿Ha amenazado alguna vez con objetos peligrosos, con armas blancas o de fuego a la pareja? En caso afirmativo, especificar el tipo			1 Arma de fuego 2 Arma blanca 3 Armas blanca y de fuego 4 Otras armas: _____
¿Se observa en la conducta del agresor la intención de causar daños graves o muy graves? En caso afirmativo, especificar las conductas concretas que denotan dicha intencionalidad			
¿La víctima ha sufrido relaciones sexuales forzadas dentro de su relación de pareja?			
¿Hay violencia en presencia de los hijos u otros familiares?			
¿Se ha extendido la violencia de pareja a los hijos o a otros familiares? En caso afirmativo, especificar el tipo, el destinatario y la frecuencia			**Tipo:** ☐ Psicológica ☐ Física ☐ Sexual Destinatario(s):_____ _____ **Frecuencia:** • menos de 1 vez al mes • 1 vez al mes • 1 vez por semana • varias veces por semana • casi todos los días

IV. Perfil de la persona agresora

	No	Si	Observaciones
¿Ha sido víctima de maltrato en su familia de origen? *En caso afirmativo, especificar el tipo de violencia padecida: física, psicologica y/o sexual*			1 Psicológica 2 Física 3 Sexual 4 No especificado
¿Se siente el agresor especialmente humillado o desbordado por la ruptura de la pareja?			
¿Se ha mostrado el agresor conscientemente violento o amenazante en relación con la pareja incluso en presencia de la policía o de los agentes judiciales?			
¿Es el agresor una persona muy posesiva, con tendencia a acaparar a la pareja y a aislarla del círculo familiar y de amigos?			
¿Se ha mostrado el agresor indiferente al castigo cuando se ha percatado o le han hecho ver que su conducta violenta puede llevarle a la cárcel?			
¿Es el agresor una persona muy celosa y con conductas controladoras sobre su pareja?			
¿Ha rehecho el agresor su vida con otra pareja?			
¿Tiene el agresor un historial de conductas violentas con una pareja anterior?			
¿Tiene el agresor un historial de conductas violentas con otras personas (amigos, compañeros de trabajo, etc.)?			
¿Tiene el agresor un historial de desprecio a la vida (intentos de suicidio)?			
¿Es el agresor un consumidor de alcohol, drogas o un tiene problemas con los juegos de apuestas? *En caso afirmativo, especificar el tipo de juego o de droga y su consumo con arreglo al siguiente esquema:*			

	Frecuencia de consumo			
	Diario >4 días por semana	**Continuo** (3 ó 4 fines de semana al mes)	**Habitual** (1 ó 2 veces por semana)	**Esporádico** (menos de 8 veces al año)
Hachís				
Cocaína				
Anfetaminas				
Drogas de síntesis				
Heroína				

Frecuencia de consumo (continúa)				
	Diario >4 días por semana	**Continuo** (3 ó 4 fines de semana al mes)	**Habitual** (1 o 2 veces por semana)	**Esporádico** (menos de 8 veces al año)
Heroína + Cocaína				
Alcohol + Cocaína				
Otras drogas				
Juego de apuesta				
Alcohol * (Tabla Unidades de bebida estándar)				
Alcohol *(Tabla)	**Criterio de intervención:** 35 U*. o más a la semana, o 5 o más al día		**Riesgo progresivo:** Entre 21 y 35 U. a la semana, o entre 3 y 5 al día	**Consumo prudencial:** 21 U. o menos a la semana, o 3 o menos al día
Hombre (en caso de ser varón el agresor)				
	Criterio de intervención: 21 U. o más a la semana, o 3 o más al día		**Riesgo progresivo:** Entre 14 y 21 U. a la semana, o entre 2 y 3 al día	**Consumo prudencial:** 14 U. o menos a la semana, o 2 o menos al día
Mujer (en caso de ser la mujer la agresora)				

*** Tabla en unidades de bebida estándar.**

Consumo de una bebida	Gramos de alcohol	*Unidad de bebida estándar (U)
Bebida fermentada (vino, cerveza, sidra, ...)	10	1
Bebida destilada (whisky, ron, ginebra, coñac, anís, ...)	20	2

	No	Si	Observaciones
¿Recibe o ha recibido tratamiento psiquiátrico, psicológico y/o comunitario? En caso afirmativo, rodee con un círculo el motivo principal			1 Drogodependencia 2 Depresión/suicidio 3 Trastornos ansiedad 4 Síntomas psicóticos 5 Trastornos del control de impulsos 6 Otros
¿Ha abandonado algún tratamiento psiquiátrico, psicológico y/o comunitario anterior?			
¿El agresor presenta un estilo de conducta caracterizado por crueldad, frialdad y desprecio a la víctima, así como de falta de arrepentimiento?			
¿Justifica el agresor sus conductas violentas y considera inevitable su ocurrencia?			
¿Culpa a su pareja de todo lo malo que le ocurre a él, a ellos o a sus hijos, sin reconocer ninguna responsabilidad?			
¿Ha reconocido en alguna ocasión su propia responsabilidad en los episodios de violencia contra la pareja?			

V. Vulnerabilidad de la víctima

	No	Si	Observaciones
¿Cuenta la víctima con algunas personas cercanas (familiares o amigos) a las que poder recurrir en caso de decidir terminar la relación de pareja con el agresor?			
¿Tiene la víctima autonomía económica para vivir por sí sola sin depender del agresor?			
¿Tiende la víctima a justificar o a quitar importancia a las agresiones sufridas?			
¿Ha intentado retirar en alguna ocasión denuncias previas o se ha echado atrás en la decisión de abandonar o denunciar al agresor?	0 No 1 Sí 2 No hubo denuncia		
¿Es la víctima especialmente vulnerable por razón de edad, enfermedad, soledad o dependencia? *En caso afirmativo, especificar los motivos de vulnerabilidad en esta persona*			☐ Dependencia a drogas ☐ Dependencia económica ☐ Dependencia emocional ☐ Soledad ☐ Otros motivos
¿Se ha sentido la víctima en peligro de muerte en el último mes?			
¿La víctima consume abusivamente alcohol y drogas o tiene problemas con los juegos de azar? *En caso afirmativo, especificar el tipo de juego o droga, y su consumo con arreglo al siguiente esquema:*			

	Habitual	Esporádico
Alcohol		
Hachís		
Cocaína		
Anfetaminas		
Heroína		
Heroína + cocaína		
Cocaína y alcohol		
Otras drogas: _____		
Juego		

	No	Si	Observaciones
¿Se ha enfrentado la víctima al agresor o ha habido un intercambio de agresiones en el último mes?			
¿La víctima ha sido maltratada en su familia de origen o en una relación anterior? *En caso afirmativo, especificar el tipo de violencia padecida: física, psicológica y/o sexual*			1 Psicológica 2 Física 3 Sexual

VI. INGRESO EN PRISIÓN DE LA PERSONA AGRESORA POR VIOLENCIA DE GÉNERO

	No	Si	Observaciones
¿Alguna vez la persona agresora ha ingresado en un centro penitenciario? *En caso afirmativo, por favor, responda a las siguientes preguntas*			
¿Cuál o cuáles han sido los motivos de ingreso?	_____ _____ _____		
¿Es la primera vez que ingresa en un Centro Penitenciario por un delito de violencia de género?			
Señale el número de veces que ha ingresado en prisión por violencia de género	0 Nunca ha ingresado por este motivo 1 Ha ingresado una vez 2 Ha ingresado dos veces 3 Ha ingresado tres o más veces		
El delito cometido por la persona agresora ¿ha generado secuelas permanentes en la víctima?			
El delito cometido por la persona agresora ¿implica el fallecimiento de la víctima?			
¿Asume la comisión del delito?			
¿Justifica su ingreso en prisión como una consecuencia de la excesiva protección legal hacia la mujer?			

OBSERVACIONES (señalar cualquier aspecto que se considere de interés en este caso)