

TRABAJO FIN DE MASTER

Master de Investigación en Ciencias de la Salud

***Prevalencia de violencia contra la pareja
en pacientes adictos en tratamiento: Diferencias en
el perfil de pacientes con y sin conductas violentas***

Alumno: **ALFONSO ARTEAGA OLLETA**

Directores del trabajo: **BERNABÉ SARABIA HEYDRICH
JAVIER FERNÁNDEZ-MONTALVO**

Universidad Pública de Navarra / Nafarroako Unibersitate Publikoa

Pamplona-Iruñea, Junio de 2011

Quiero expresar mi agradecimiento a todas aquellas personas que han colaborado para que el presente trabajo haya podido realizarse. En primer lugar a Javier Fernández-Montalvo y José Javier López-Goñi, compañeros del Grupo de Investigación al cual pertenezco e impulsores del Proyecto de Investigación en el marco del cual he realizado el trabajo. Por su apoyo, ánimo y ayuda en todo cuanto he necesitado para llevarlo a cabo.

A la dirección y profesionales de la Fundación Proyecto Hombre Navarra, por permitir y facilitar el desarrollo del trabajo, y a los pacientes usuarios de sus Programas por permitirme disponer de todos los datos e información necesaria.

Por último, y especialmente, a las personas que han sufrido los efectos colaterales de la realización de este trabajo y de tantos otros a lo largo del Máster. A Arantzazu, Haritz y Oihane, por su paciencia y comprensión.

ÍNDICE DE TABLAS	7
1. PARTE TEÓRICA: JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	11
1.1. INTRODUCCIÓN	11
1.2. TRATAMIENTO DE MALTRATADORES A LA PAREJA	14
1.2.1. <i>Programas generales para maltratadores</i>	14
1.2.2. <i>Programas específicos de tratamiento en el ámbito de las drogodependencias</i>	15
1.2.3. <i>Programas basados en terapia de pareja</i>	17
1.3. CONCLUSIONES	19
2. PARTE EMPÍRICA.....	23
2.1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	23
2.1.1. <i>Objetivos</i>	23
2.1.2. <i>Hipótesis</i>	23
2.2. MATERIAL Y MÉTODO	24
2.2.1. <i>Participantes</i>	24
2.2.2. <i>Instrumentos de evaluación</i>	25
2.2.2.1. <i>Variables sociodemográficas y de consumo de sustancias</i>	25
2.2.2.2. <i>Conductas violentas</i>	26
2.2.2.3. <i>Variables psicopatológicas</i>	26
2.2.2.4. <i>Otras variables de personalidad</i>	27
2.2.3. <i>Procedimiento</i>	29
2.2.4. <i>Evaluadores</i>	30
2.2.5. <i>Análisis de datos</i>	30
2.3. RESULTADOS	30
2.3.1. <i>Prevalencia de conductas violentas contra la pareja</i>	30
2.3.2. <i>Diferencias en el perfil sociodemográfico y de consumo de sustancias entre pacientes con conductas violentas y sin ellas</i>	32
2.3.3. <i>Diferencias en el perfil psicopatológico entre pacientes con conductas violentas y sin ellas</i>	34
2.3.4. <i>Diferencias en otras variables de personalidad entre pacientes con y sin conductas violentas</i>	36
2.4. DISCUSIÓN	37
3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
4. ANEXOS	53
4.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO	53
4.2. EUROPASI	55
4.3. REVISED CONFLICTS TACTICS SCALE-2	63
4.4. INVENTARIO DE PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS SOBRE LA MUJER	69
4.5. INVENTARIO DE PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS SOBRE EL USO DE LA VIOLENCIA	73
4.6. SCL-90-R	77
4.7. INVENTARIO CLÍNICO MULTIAIXIAL DE MILLON (MCMI-III)	85
4.8. ÍNDICE DE RESPUESTA INTERPERSONAL	89
4.9. INVENTARIO DE MANIFESTACIÓN DE LA IRA RASGO-ESTADO (STAXI)	93
4.10. ESCALA DE IMPULSIVIDAD (BIS-10)	97
4.11. ESCALA DE INADAPTACIÓN	101

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Resultados de los programas de intervención con hombres maltratadores	14
Tabla 2. Prevalencia y tipos de conductas violentas contra la pareja.....	31
Tabla 3. Comparación en pensamientos distorsionados de pacientes con y sin conductas violentas contra la pareja	31
Tabla 4. Comparación en variables sociodemográficas de pacientes con y sin conductas violentas contra la pareja.....	32
Tabla 5. Comparación en consumo de sustancias de pacientes con y sin conductas violentas contra la pareja.....	33
Tabla 6. Comparación en la gravedad de consumo de pacientes con y sin conductas violentas contra la pareja.....	34
Tabla 7. Comparación en síntomas de malestar psicológico de pacientes con y sin conductas violentas contra la pareja.....	34
Tabla 8. Comparación en escalas de personalidad de pacientes con y sin conductas violentas contra la pareja.....	35
Tabla 9. Comparación en otras variables de personalidad de pacientes con y sin conductas violentas contra la pareja.....	36

1. PARTE TEÓRICA

1. PARTE TEÓRICA: JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

1.1. Introducción

La violencia contra la pareja constituye un problema en alza en nuestra sociedad. La prevalencia de este fenómeno ha aumentado alarmantemente, hasta el punto de convertirse en la actualidad en uno de los problemas sociales y sanitarios de mayor prioridad. Este hecho ha provocado en la comunidad científica un interés creciente por la comprensión del fenómeno, y por el estudio tanto de quienes practican la violencia como de sus víctimas. En lo que se refiere a violencia en la pareja, diferentes estudios indican que las cifras de mujeres que la han sufrido alguna vez en su vida oscilan entre el 12-15% en Europa (Consejo de Europa, 2006) y el 24,8% en España (Ruiz-Pérez et al., 2010).

La relación entre el maltrato a la mujer y el consumo de sustancias por parte del agresor es un tema polémico y de gran actualidad. El código penal vigente considera el consumo de alcohol como un atenuante en las penas impuestas por delitos de violencia de género (artículos 20 y 21 del Código Penal). En los últimos meses se han alzado numerosas voces críticas ante este hecho, principalmente desde asociaciones de víctimas e, incluso, desde medios judiciales. Todo ello ha provocado un debate intenso en los medios de comunicación, hasta el punto de constituir un tema de primera plana, así como en el ámbito de los profesionales de la psicología que se dedican a temas de violencia de género.

Sin embargo, al margen de la polémica legal sobre la consideración del consumo de sustancias –en este caso el alcohol– como atenuante o agravante, la presencia del consumo de drogas y de alcohol entre las personas violentas en general y, más específicamente, entre los agresores a la mujer, está bien documentada. Los estudios sobre el perfil psicológico de los agresores, tanto nacionales como internacionales, coinciden en sus resultados. Algunos autores consideran incluso que la violencia es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad entre pacientes adictos, especialmente en el caso de las sustancias ilegales (Marshall, Fairbairn, Li, Wood, & Kerr, 2008). En cualquier caso, son varios los estudios que han mostrado evidencias científicas sobre la existencia de altas tasas de violencia física entre pacientes adictos.

Estos estudios analizan la violencia, tanto desde una perspectiva general, como desde la perspectiva específica de la violencia de género.

Por lo que se refiere a la violencia en general, el consumo de sustancias aparece frecuentemente relacionado con la presencia de conductas violentas contra la sociedad, así como con la comisión de actos delictivos. En el estudio de Colasanti, Natoli, Moliterno, Rossattini, De Gaspari y Mauri (2008), con una muestra de 350 pacientes psiquiátricos, las conductas agresivas se presentaron en el 45% de los pacientes. Además, las conductas violentas estaban asociadas, entre otros factores, al abuso de alcohol o drogas. Datos similares se han obtenido en otros estudios. Marshall et al., (2008), con una muestra de 1.114 toxicómanos, encontraron que a lo largo de un seguimiento de 5 años, el 70% de las mujeres y el 66% de los hombres informaba de algún tipo de agresión. En esta misma línea, Mericle y Havassy (2008) encontraron que el 41% de la muestra estudiada había estado implicado en conductas violentas durante el mes anterior al estudio. Además, en el 40% de los incidentes detectados estaba presente el consumo de drogas. Lo mismo ocurre con la comisión de actos delictivos relacionados con el consumo de drogas. Tanto los estudios internacionales (Bennett y Holloway, (2005); Boles y Miotto, (2003), como los escasamente llevados a cabo en nuestro país (Santamaría y Chait, (2004) muestran la existencia de numerosos actos delictivos, así como una estrecha relación entre los mismos y el consumo de drogas.

Por lo que se refiere a la violencia de género, uno de los principales datos que se repite en los diferentes estudios llevados cabo hasta la fecha es la elevada presencia de consumo de alcohol y/o de drogas entre los hombres violentos contra la pareja. La tasa de agresores que presentan problemas de abuso o dependencia alcohólica oscila en los distintos estudios entre el 50% y el 60% (Echeburúa, Fernández-Montalvo, y Amor, 2003; Fernández-Montalvo, Echeburúa, y Amor, 2005; Fernández-Montalvo y Echeburúa, (1997), (2005); Klostermann y Fals-Stewart, (2006); Stuart, O'Farrell, y Temple, (2009)). En el caso de otro tipo de drogas ilegales, los datos varían en las diferentes investigaciones pero, como media, en torno al 20% de los hombres agresores presenta un consumo abusivo de drogas (Fals-Stewart, Golden, y Schumacher, 2003; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997, 2005; Moore et al., 2008; Stuart et al., 2008). En este sentido, la mayor parte de los estudios se han centrado en el consumo de cocaína y de cannabis. Los resultados específicos indican una fuerte asociación entre el consumo de estas drogas y la gravedad de los episodios violentos (Stuart, et al., 2008).

Esta misma relación se observa también cuando se analiza el problema desde la perspectiva inversa. Las investigaciones más recientes muestran que aproximadamente entre un 40% y un 60% de los pacientes drogodependientes que viven con sus parejas presentan episodios violentos contra las mismas durante el año previo al inicio del tratamiento para su adicción (Easton, Swan, y Sinha, 2000; Fals-Stewart, et al., 2003; O'Farrell y Murphy, 1995). Unos resultados similares se han observado incluso en pacientes que presentan problemas relacionados con la adicción al juego (Korman et al., 2008). Además, en algunos estudios ha quedado clara la influencia del consumo de sustancias, principalmente alcohol, en el desarrollo y desencadenamiento de episodios violentos contra la pareja (Fals-Stewart, 2003; Fals-Stewart, Leonard, y Birchler, 2005; Murphy, O'Farrell, Fals-Stewart, y Feehan, 2001; Stuart et al., 2009). Sin embargo, a pesar de la relación existente entre el consumo de sustancias y la presencia de conductas violentas, hoy por hoy no hay ningún estudio que establezca una relación causal entre ambos fenómenos (Leonard, 2005). Probablemente, el abuso de sustancias constituye un factor precipitante, más que un factor causal, de la violencia contra la pareja.

Como resultado de la frecuente presencia conjunta de consumo de sustancias y de maltrato a la pareja, se ha producido en los últimos años un aumento del interés y de la preocupación por estudiar dicha relación, así como por establecer vías específicas de intervención conjunta para ambas problemáticas (Moore, et al., 2008). Más en concreto, se ha comenzado a considerar que los programas de tratamiento de drogodependencias pueden ser un contexto adecuado para identificar la presencia de conductas violentas en general, de agresores contra la pareja en particular, y de diferentes tipos de actos delictivos. De esta forma, una vez identificados, y conocida su repercusión en la evolución terapéutica, se podría intervenir simultáneamente en ambas problemáticas y mejorar así los resultados de los programas de tratamiento existentes.

Dada la importancia de esta nueva línea de trabajo, en esta parte teórica del trabajo se lleva a cabo una revisión de los programas de tratamiento para maltratadores contra la pareja que se llevan a cabo en un contexto de atención a pacientes drogodependientes. Debido a la novedad del tema, son escasos los programas existentes. Sin embargo, los resultados obtenidos por los mismos son claramente esperanzadores.

1.2. Tratamiento de maltratadores a la pareja

1.2.1. Programas generales para maltratadores

En los últimos años se han desarrollado distintos programas de intervención terapéutica con maltratadores. Se trata de programas específicos que se aplican tanto en el ámbito comunitario como penitenciario. Estos programas se basan en su mayoría en técnicas cognitivo-conductuales que tratan de hacer frente a las características que presentan estos hombres, así como dotarles de habilidades alternativas a la violencia para afrontar las dificultades cotidianas. Hoy en día se cuenta con un conocimiento más preciso que años atrás de las características clínicas de los hombres violentos contra la mujer. Los agresores suelen presentar carencias psicológicas significativas, como sesgos cognitivos (pensamientos distorsionados sobre los roles sexuales y la inferioridad de la mujer, principalmente), dificultades de comunicación, irritabilidad y una falta de control de los impulsos, así como otras dificultades específicas (abuso de alcohol y celos patológicos) (Dutton y Golant, 1999; Echeburúa, et al., 2003; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997, 2005). Los programas de tratamiento vigentes cuentan con técnicas específicas para afrontar cada una de estas características. Un resumen de los principales resultados obtenidos hasta la fecha por este tipo de programas se presenta en la Tabla 1.

Como puede observarse, los resultados obtenidos en algunos de ellos, especialmente con los hombres que completan totalmente los programas de intervención, son claramente esperanzadores, tanto si se aplican en un medio comunitario, como en el ámbito penitenciario. El tratamiento psicológico resulta, por tanto, el más adecuado en la actualidad. No obstante, una dificultad existente es la negación -o, al menos, la minimización del problema- por parte del agresor, así como la atribución a la pareja del origen y mantenimiento del conflicto, lo que puede llevar a un rechazo del tratamiento o a un abandono prematuro del mismo. Por ello, es fundamental que el tratamiento psicológico esté perfectamente articulado con las medidas penales establecidas hoy en día en nuestro código penal (Echeburúa, Fernández-Montalvo, y De la Cuesta, 2001).

Tabla 1. Resultados de los programas de intervención con hombres maltratadores

AUTOR Y AÑO	SEGUIMIENTO	RESULTADOS
Deschner <i>et al.</i> (1986)	1 año	<ul style="list-style-type: none">• Mejoría significativa
Harris (1986)	Postratamiento	<ul style="list-style-type: none">• Mejoría en un 73% de los casos
Hamberger y Hastings (1988)	Postratamiento	<ul style="list-style-type: none">• Mejoría significativa• 51% de abandonos
Edleson y Syers (1990)	6 meses	<ul style="list-style-type: none">• Mejoría significativa• 68% de abandonos
Faulkner <i>et al.</i> (1992)	Postratamiento	<ul style="list-style-type: none">• Mejoría significativa
Palmer <i>et al.</i> (1992)	1 año	<ul style="list-style-type: none">• Mejoría significativa en relación con los maltratadores no tratados
Rynerson y Fishel (1993)	Postratamiento	<ul style="list-style-type: none">• Mejoría significativa
Echeburúa y Fernández-Montalvo (1997)	3 meses	<ul style="list-style-type: none">• 48% de rechazos terapéuticos al inicio del programa• 69% de éxito terapéutico con los casos tratados
Taylor <i>et al.</i> (2001)	1 año	<ul style="list-style-type: none">• Mejoría significativa
Echeburúa <i>et al.</i> (2006)	Postratamiento	<ul style="list-style-type: none">• Mejoría significativa
Murphy <i>et al.</i> (2007)	6 meses	<ul style="list-style-type: none">• 68% de éxito terapéutico
Eckhardt <i>et al.</i> (2008)	6 meses	<ul style="list-style-type: none">• 60% de éxito terapéutico
Echeburúa <i>et al.</i> (2009)	Postratamiento	<ul style="list-style-type: none">• Mejoría significativa

1.2.2. Programas específicos de tratamiento en el ámbito de las drogodependencias

Debido a que son escasos los programas específicos aplicados hasta la fecha en el ámbito de las drogodependencias, algunos autores han analizado la evolución de las conductas violentas entre los pacientes adictos que reciben tratamiento. Los resultados han puesto de manifiesto que la intervención estándar para las adicciones, en pacientes drogodependientes con problemas asociados de violencia contra la pareja, provoca una

disminución importante en las conductas violentas, a pesar de no intervenir específicamente en este ámbito (O'Farrell, Fals-Stewart, Murphy, y Murphy, 2003; Stuart et al., 2003). En el estudio de O'Farrell et al. (2003), por ejemplo, con una muestra de 301 hombres alcohólicos, la presencia de violencia contra la pareja disminuyó del 56% antes del tratamiento al 25% después del mismo, a pesar de no haber recibido una intervención específica para ello. Algo similar ocurre en el estudio de Stuart et al. (2003), llevado a cabo con 24 pacientes en tratamiento por alcoholismo. Todos ellos presentaron disminuciones significativas en la frecuencia de las conductas violentas contra la pareja tras recibir un tratamiento para la adicción. En general, los distintos estudios llevados a cabo en este sentido muestran resultados similares. Una revisión más completa sobre este tema específico, puede encontrarse en Stuart et al., (2009). Además, en algunos estudios se ha observado que los pacientes alcohólicos que recaen no reducen las conductas violentas, mientras que aquellos que mantienen la abstinencia, mantienen también la reducción de las conductas violentas (O'Farrell y Murphy, 1995). Sin embargo, si bien la reducción o eliminación del consumo de alcohol o de drogas es necesaria para controlar las conductas violentas, probablemente sea insuficiente para la eliminación definitiva de las mismas.

En cualquier caso, este tipo de investigaciones abre una vía nueva de estudio: la consideración de los programas de tratamiento de drogodependencias como un posible contexto para identificar agresores contra la pareja e intervenir simultáneamente en ambas problemáticas (Fals-Stewart y Kennedy, 2005). Hasta la fecha han sido muy escasos los esfuerzos desarrollados en este sentido. De hecho, en la bibliografía sobre el tema aparecen solamente algunos programas aislados, principalmente en el ámbito estadounidense, que, sin embargo, muestran datos muy esperanzadores. Algunos ejemplos en este sentido son el Dade County's Integrated Domestic Violence Model (Goldkamp, Weiland, Collins, y White, 1996) o el Yale's Substance Abuse Treatment Unit's Substance Abuse-Domestic Violence Program (SATU-SADV) (Easton y Sinha, 2002). Además de estos programas, se han desarrollado algunos estudios específicos sobre el tema, llevados a cabo por equipos concretos de investigación.

Por lo que se refiere al programa desarrollado por Goldkamp et al. (1996), uno de los pioneros en este campo, los resultados obtenidos muestran cómo los pacientes que reciben una intervención focalizada a ambos problemas (adicción y violencia de pareja) obtienen mejores resultados y presentan una tasa más baja de reincidencia en las

conductas violentas. Por su parte, el programa de Yale (SATU-SADV), basado en una intervención cognitivo-conductual con técnicas dirigidas al tratamiento de la adicción y al desarrollo de respuestas no agresivas hacia la pareja, muestra, como datos preliminares, una reducción importante tanto en el consumo de drogas como en los niveles de ira y de violencia hacia la pareja (Easton y Sinha, 2002). En un estudio más reciente de este grupo (Easton et al., 2007), llevado a cabo con 85 pacientes alcohólicos con problemas de violencia de pareja asociados, se comparó la eficacia de este programa de tratamiento cognitivo-conductual (SATU-SADV) con una intervención específica para el alcoholismo. Los pacientes que recibieron la intervención combinada mostraron un consumo de alcohol significativamente menor, así como una mayor reducción en la frecuencia de episodios violentos, en comparación con los que habían recibido la intervención estándar.

En cualquier caso, estos resultados, a pesar de ser claramente esperanzadores, no han sido todavía objeto de una evaluación rigurosa. Además, se trata de programas llevados a cabo fundamentalmente en el ámbito anglosajón, sin que existan hasta la fecha programas específicos desarrollados en nuestro país para la intervención simultánea con drogodependientes con problemas asociados de violencia contra la pareja. Esta constituye, sin duda, una vía prometedora de estudio futuro.

1.2.3. Programas basados en terapia de pareja

La utilización de la terapia de pareja en el ámbito del maltrato hacia la mujer es un tema controvertido y no exento de polémica. Las situaciones de maltrato dentro de la pareja nunca se deben equiparar con los problemas de pareja que pueden afectar a cualquier relación afectiva. La utilización de terapia de pareja no es una vía adecuada de intervención, ya que implícita o explícitamente distribuye la responsabilidad del maltrato a ambos miembros de la pareja. En los casos de violencia de género, la responsabilidad plena es de la persona que agrede, y nunca se debe compartir la misma con la víctima de dichas agresiones. Por ello, es un error utilizar este tipo de estrategias para el tratamiento de los problemas de violencia de género. Es distinto, sin embargo, la utilización de sesiones terapéuticas específicas con ambos miembros de la pareja dentro de los programas de tratamiento de hombres agresores, habitualmente en fases avanzadas de la terapia y en casos con una evolución terapéutica razonable.

Sin embargo, a pesar de las críticas señaladas, algunos estudios estadounidenses (Chase, O'Farrell, Murphy, Fals-Stewart, y Murphy, 2003; Fals-Stewart, Kashdan, O'Farrell, y Birchler, 2002; O'Farrell, Van Hutton, y Murphy, 1999; O'Farrell, Murphy, Stephan, Fals-Stewart, y Murphy, 2004) han valorado la eficacia de la denominada terapia conductual de pareja para el tratamiento de la violencia de género en población drogodependiente. Uno de los principales estudios en este sentido es el desarrollado por O'Farrell et al. (2004), con una muestra de 303 hombres alcohólicos que participaron, junto con sus parejas, en un programa de terapia conductual de pareja. En esta investigación se utilizó también un grupo de control, compuesto también por 303 parejas, sin problemas de alcohol. Todas las parejas de la muestra recibieron una intervención conductual, basada en el programa desarrollado por el grupo de O'Farrell y Fals-Stewart (O'Farrell y Fals-Stewart, 2000; O'Farrell, et al., 2004). Se trata de un programa compuesto por 20-22 sesiones, de carácter semanal, aplicadas durante un período de entre 5 y 6 meses. Las 10-12 primeras sesiones se aplican con cada pareja en solitario (una hora de duración cada sesión), y las 10 restantes en un formato grupal con varias parejas simultáneamente (2 horas cada sesión). Los resultados obtenidos muestran que, en el grupo experimental, se produce una reducción significativa de las conductas violentas tras recibir la intervención terapéutica. En concreto, la tasa de conductas violentas contra la pareja disminuye del 60% antes de la intervención al 24% después de la misma.

Estos resultados avalan los obtenidos en otros estudios previos de este mismo grupo (Fals-Stewart, et al., 2002), que muestran reducciones de las conductas violentas que oscilan desde tasas cercanas al 50% antes de la intervención, a tasas del 17% un año después de la terapia de pareja.

En resumen, los datos disponibles muestran la utilidad de los programas de pareja estudiados para el tratamiento conjunto de las conductas violentas contra la pareja en pacientes drogodependientes. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que los resultados obtenidos en este sentido están avalados hasta la fecha por los estudios pertenecientes a un único grupo de investigación. Es necesario, por tanto, disponer de más datos para valorar la pertinencia y eficacia de este tipo de programas.

1.3. Conclusiones

En esta introducción se ha llevado a cabo una revisión de los estudios desarrollados sobre la aplicación de programas de tratamiento de la violencia contra la pareja en contextos de atención a pacientes drogodependientes. Se trata de un tema novedoso que, hasta la fecha, ha sido muy poco estudiado. Las escasas investigaciones llevadas a cabo muestran que el maltrato a la pareja presenta una tasa de prevalencia elevada entre los pacientes adictos (Easton, et al., 2000; Fals-Stewart, et al., 2003). En la práctica clínica con drogodependientes es relativamente frecuente encontrar sujetos con órdenes judiciales de alejamiento de sus parejas. Tampoco es extraña la presencia de denuncias por malos tratos o, incluso, la existencia de antecedentes penales relacionados con conductas violentas.

Como consecuencia de todo ello, algunos grupos de investigación (Easton, et al., 2007; Fals-Stewart y Kennedy, 2005; Goldkamp, et al., 1996; Moore, et al., 2008; Stuart, O'Farrell, Leonard, et al., 2009) han comenzado a estudiar la aplicación de programas conjuntos de tratamiento para pacientes adictos con conductas asociadas de maltrato a la pareja. En realidad, se trata de adaptar los programas de maltratadores existentes en la actualidad a este contexto específico de las conductas adictivas. Hoy en día, se cuenta con programas generales de intervención con maltratadores, así como con estudios que avalan la eficacia de los mismos (Babcock, Green, y Robie, 2004). La mayoría de estos estudios se han llevado a cabo con agresores que acuden a programas comunitarios de tratamiento (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997), programas en prisión (Echeburúa, Fernández-Montalvo, y Amor, 2006; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2009) o programas para agresores derivados judicialmente (Eckhardt, Holtzworth-Munroe, Norlander, Sibley, y Cahill, 2008; Feder y Wilson, 2005). Muchos de estos programas no tienen en cuenta el consumo de sustancias y la mayoría de ellos excluye a los pacientes que presentan una conducta adictiva, y los deriva a programas específicos de intervención.

En la revisión que se ha llevado a cabo se pone de manifiesto la estrecha relación existente entre el consumo de sustancias y la presencia de conductas violentas (Stuart et al., 2009). Se ha detectado una elevada presencia de violencia contra la pareja entre la población drogodependiente que, en muchas ocasiones, permanece oculta a lo largo del

tratamiento. Parece necesario, por tanto, contar con estudios que valoren la presencia de episodios de malos tratos hacia la pareja entre los pacientes adictos. Se trata de identificar la prevalencia de estas conductas y de establecer una descripción detallada de las características de estos pacientes. Asimismo, se necesita conocer la relación entre ambos aspectos e, incluso, determinar su influencia en la permanencia o abandono de los programas de tratamiento de las drogodependencias.

En cualquier caso, en los estudios desarrollados se han puesto de manifiesto diferentes estrategias de tratamiento de la violencia contra la pareja entre los pacientes adictos. Por una parte, se ha comprobado que los programas estándar de tratamiento de las adicciones consiguen reducciones significativas de la violencia, a pesar de no llevar a cabo una intervención específica en este terreno. Por otra parte, se han desarrollado algunos programas específicos de intervención simultánea para ambas problemáticas. Los resultados obtenidos son todavía limitados, pero claramente esperanzadores. Además abren una línea de estudio novedosa y prometedora desde un punto de vista clínico.

En este sentido, algunas líneas futuras de investigación sobre esta problemática deben ir encaminadas, en primer lugar, al estudio de la tasa de prevalencia de agresores contra la pareja entre los usuarios de programas de tratamiento para adictos, así como de las características específicas de este tipo de pacientes. En segundo lugar, es necesario contar con investigaciones que establezcan la eficacia de programas de intervención psicológica destinados a pacientes drogodependientes que presentan conductas violentas en el hogar. Se trataría de adaptar los programas de intervención que ya han mostrado su utilidad para la eliminación y/o reducción de las conductas violentas y de las actitudes machistas en agresores contra la pareja, para ser aplicados de forma conjunta dentro de los programas de tratamiento de drogodependencias. Todo ello, supone sin duda, un reto importante para los próximos años.

El presente trabajo constituye una primera contribución a este reto, realizando una intervención con personas adictas a drogas, en tratamiento por su consumo, que presentan conductas violentas contra la pareja. Los principales objetivos del mismo consisten, en primer lugar, en determinar la tasa de prevalencia de agresores contra la pareja entre los usuarios de un programa de tratamiento para las drogodependencias. En segundo lugar, se tratará de determinar el perfil diferencial de estos agresores respecto de otros adictos sin violencia de género.

2. PARTE EMPÍRICA

2. PARTE EMPÍRICA

2.1. Objetivos e hipótesis

Los objetivos e hipótesis planteados en esta investigación son los siguientes:

2.1.1. Objetivos

- 1) Establecer la tasa de prevalencia de conductas violentas contra la pareja entre los usuarios drogodependientes del programa Proyecto Hombre Navarra.
- 2) Determinar si existe un perfil diferencial entre los usuarios con y sin conductas violentas hacia la pareja.
 - a) Determinar si existen diferencias sociodemográficas entre los usuarios con y sin conductas violentas hacia la pareja.
 - b) Determinar si existen diferencias de consumo de drogas entre los usuarios con y sin conductas violentas hacia la pareja.
 - c) Determinar si existen diferencias psicopatológicas entre los usuarios con y sin conductas violentas hacia la pareja.
 - d) Determinar si existen diferencias de personalidad entre los usuarios con y sin conductas violentas hacia la pareja.

2.1.2. Hipótesis

- 1) La tasa de sujetos de la muestra con conductas violentas hacia la pareja será mayor que en la población general.
- 2) Existirán diferencias en cuanto a las características sociodemográficas entre los sujetos estudiados, con mayor proporción de casados entre quienes presentan conductas violentas.
- 3) Los sujetos con conductas violentas hacia la pareja presentarán mayor severidad en su adicción a las drogas, en comparación con los que no presentan conductas violentas.
- 4) Los sujetos con conductas violentas hacia la pareja presentarán mayor tasa de pensamientos distorsionados sobre los roles sexuales y sobre la violencia como forma aceptable de resolver conflictos.
- 5) La capacidad empática será mayor y los niveles de impulsividad menores en los sujetos que no presentan conductas violentas hacia la pareja.
- 6) Los pacientes con conductas violentas hacia la pareja tendrán mayor intensidad de comorbilidad psicopatológica que aquellos que no presentan dichas conductas.
- 7) Los pacientes con conductas violentas hacia la pareja presentarán rasgos más alterados de personalidad en comparación con los que no tienen dichas conductas.

- 8) Los sujetos con conductas violentas hacia la pareja tendrán una mayor afectación en las diferentes áreas de su vida cotidiana como consecuencia del consumo de drogas.

2.2. Material y método

2.2.1. Participantes

La muestra está formada por 164 pacientes adictos que acudieron al tratamiento tanto ambulatorio como en comunidad terapéutica de “Proyecto Hombre” en Navarra en el periodo comprendido entre mayo de 2010 y diciembre de 2010. Este programa es un tratamiento cognitivo-conductual orientado a la abstinencia, cuya eficacia ha sido determinada en sucesivos estudios (Fernández-Montalvo & López-Goñi, 2010; Fernández-Montalvo, López-Goñi, Illescas, Landa, & Lorea, 2007; Fernández-Montalvo, López-Goñi, Illescas, Landa, & Lorea, 2008; Lopez-Goni et al., 2010; López-Goñi, Fernandez- Montalvo, Illescas, Landa, & Lorea, 2008; López-Goñi, Fernández-Montalvo, Illescas, Landa, & Lorea, 2008).

Los criterios de admisión para el presente estudio fueron: a) cumplir los criterios diagnósticos para un trastorno de dependencia a sustancias según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000); b) tener entre 18 y 65 años de edad; c) ingresar en el programa de tratamiento; d) haber mantenido una relación estable de pareja; y e) dar su consentimiento para la participación en el estudio.

Fueron criterios de exclusión la existencia de patologías mentales graves que desaconsejaran la realización del estudio, la indicación por parte de los profesionales de no entrevistarles debido al momento de su proceso en el tratamiento, y el desconocimiento del idioma español.

Siguiendo estos criterios, fueron excluidos del estudio 39 personas que cumplían algunos de los criterios de exclusión. Otros 16 pacientes (13 varones y 3 mujeres) rechazaron participar en el estudio. De este modo, los sujetos estudiados fueron 125.

La edad media de los participantes fue de 36,4 años (DT = 9,0), siendo la mayoría varones (76%) y solteros (65,1%). Una descripción más detallada de las características sociodemográficas de las muestra se presenta en el apartado de resultados.

2.2.2. Instrumentos de evaluación

2.2.2.1. Variables sociodemográficas y de consumo de sustancias

El EuropASI (Kokkevi & Hartgers, 1995), que es la versión europea del «Índice de gravedad de la adicción» (Addiction Severity Index, ASI; McLellan, Luborsky, O'Brein y Woody, 1980). La versión española empleada es de Bobes, González, Sáiz y Bousoño (1996). Se trata de una entrevista clínica muy utilizada tanto desde la perspectiva clínica (con funciones de screening, de diagnóstico, de evaluación clínica y de evaluación de resultados) como desde la perspectiva institucional -para la evaluación de los resultados de los programas, la comparación entre dispositivos de tratamiento, la comparación de subpoblaciones de pacientes o la comparación entre diferentes contextos- (González-Saiz et al., 2002; Mäkelä, 2004).

Esta entrevista valora la necesidad de tratamiento del paciente en 7 áreas diferentes: a) estado médico general, b) situación laboral y financiera; c) consumo de alcohol; d) consumo de otras drogas; e) problemas legales; f) relaciones familiares y sociales; y g) estado psicológico. Para ello se puede emplear el Índice de Gravedad del Entrevistador (IGE) (Interviewer Severity Rating). Este índice se calcula considerando una serie de ítems críticos en cada una de las áreas para posteriormente considerar la propia autoevaluación del paciente y el criterio del entrevistador. En función de estos elementos se señala una puntuación comprendida en un rango de puntuaciones comprendido entre 0 (ausencia de problema) y 9 (problema extremo). A mayor puntuación, se entiende que hay una mayor gravedad de la adicción. A su vez, la gravedad se define como la necesidad de tratamiento cuando éste no existe, o como la implementación de tratamiento adicional en el caso de que el paciente esté recibiendo algún tipo de tratamiento en el momento.

Además de dichas puntuaciones de gravedad, en esta investigación se han empleado los diferentes indicadores sociodemográficos, así como los índices de “historia familiar adversa”, de “historia paterna de abuso de sustancias” (Sizoo et al., 2010) y las “medidas generales de adaptación” (J.J. López-Goñi, Fernández-Montalvo, & Arteaga, Pending of publising).

2.2.2.2. Conductas violentas

La Revised Conflicts Tactics Scale-2 (Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996). La CTS-2 mide hasta qué punto las personas utilizan la violencia contra sus parejas y hasta qué punto utilizan la negociación para resolver conflictos. El CTS-2 se compone de 78 ítems, todos ellos referentes tanto a las acciones realizadas por la persona que contesta el cuestionario como a las ejercidas por su pareja. Consta de cinco escalas: Razonamiento/Negociación, Agresión física, Abuso psicológico, Coerción sexual y Lesiones. Cumplimentan este cuestionario las personas que tienen pareja en la actualidad o la han tenido anteriormente.

El Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer (Javier Fernández-Montalvo & Echeburua, 1998) consiste en un listado de 13 ítems binarios que están dirigidos a detectar los pensamientos irracionales del maltratador relacionados con los roles sexuales y la inferioridad de la mujer. Estos pensamientos resultan de gran interés en la medida en que propician la aparición de conductas violentas. El paciente ha de señalar qué ideas expresadas en el inventario corresponden a su forma habitual de pensar. Se puntúa cada respuesta afirmativa. Por ello, el rango del inventario oscila de 0 a 13 puntos. A mayor puntuación, mayor número de distorsiones cognitivas relacionadas con la mujer.

El Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre el Uso de la Violencia (Javier Fernández-Montalvo & Echeburua, 1998) consiste en un listado de 16 ítems binarios que están dirigidos a detectar los pensamientos irracionales del maltratador relacionados con la utilización de la violencia como una forma aceptable de resolver los conflictos. Estos pensamientos resultan de gran interés en la medida en que propician la aparición de conductas violentas. El paciente ha de señalar qué ideas expresadas en el inventario corresponden a su forma habitual de pensar. Se puntúa cada respuesta afirmativa. Por ello, el rango del inventario oscila de 0 a 16 puntos. A mayor puntuación, mayor número de distorsiones cognitivas relacionadas con la utilización de la violencia como una forma aceptable de resolver los conflictos.

2.2.2.3. Variables psicopatológicas

El SCL-90-R (Derogatis, 1992; versión española de González de Rivera, 2002) es un cuestionario autoadministrado de evaluación psicopatológica general. Consta de 90 ítems, con 5 alternativas de respuesta en una escala de tipo Likert, que oscilan entre 0

(nada) y 4 (mucho). El cuestionario tiene como objetivo reflejar los síntomas de malestar psicológico de un sujeto. Al haberse mostrado sensible al cambio terapéutico, se puede utilizar tanto en una única evaluación como en evaluaciones repetidas. El SCL-90-R está constituido por nueve dimensiones de síntomas primarios (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo). Además, ofrece tres índices globales que reflejan el nivel de gravedad global del sujeto: el Índice Global de Severidad (GSI), que refleja la gravedad global de los síntomas presentados, el Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI), que indica la intensidad de los síntomas presentes, y el Total de Sintomatología Positiva (PST), que recoge el número de ítems contestados con una puntuación distinta de 0.

La evaluación de los trastornos de personalidad se llevó a cabo el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III) (Millon, 2004). Se trata de un cuestionario clínico autoaplicado de evaluación de la personalidad y de distintos síndromes clínicos. Está compuesto por 175 ítems de respuesta dicotómica (verdadero/falso), que proporcionan información sobre 11 escalas básicas de personalidad (esquizoide, evitativa, depresiva, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo-sádica, compulsiva, pasivo-agresiva y autodestructiva), 3 escalas de personalidad patológica (esquizoide, límite y paranoide), 6 síndromes clínicos de gravedad moderada (ansiedad, histeriforme, hipomanía, distimia, abuso de alcohol y abuso de drogas) y 3 síndromes clínicos de gravedad severa (pensamiento psicótico, depresión mayor y trastorno delirante). Debido al objetivo de este estudio, se presentan solamente los resultados de las 13 escalas de personalidad. Con arreglo a los criterios más conservadores de Weltzler (1990), en este estudio sólo se ha considerado la presencia de un trastorno de personalidad cuando la puntuación en la tasa-base (TB) del MCMI-II era superior a 84.

2.2.2.4. Otras variables de personalidad

El Índice de Respuesta Interpersonal (Davis, 1980) consta de 28 ítems que valoran cuatro componentes de la empatía: toma de perspectiva (capacidad para apreciar el punto de vista de los demás), interés empático (capacidad para sentir compasión y preocupación por las personas que tienen experiencias negativas), fantasía (capacidad para identificarse con caracteres o personajes ficticios) y aflicción personal (capacidad para compartir las emociones negativas de los demás y de enfrentarse con los

sentimientos negativos). Cada uno de los 28 ítems se puntúan en una escala de tipo Likert que oscila de 0 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo). El rango total de la escala es, por tanto, de 0 a 112.

El Inventario de Manifestación de la Ira Rasgo-Estado (STAXI) (Spielberger, 1988) consta de 10 ítems relacionados con la ira-estado (intensidad de la emoción de la ira en una situación concreta) y de otros 10 referidos a la ira-rasgo (disposición individual para sentir ira habitualmente). El rango de las puntuaciones es de 10 a 40 en cada escala. Asimismo el STAXI cuenta con una tercera subescala de 24 ítems relacionada con la forma de la expresión de la ira (ira interna, ira externa y control de la ira). No obstante, en este caso no se va a utilizar esta última subescala.

La Escala de Impulsividad (BIS-10) (Barratt, 1985), dirigida a evaluar el grado de impulsividad de los sujetos, consta de 33 ítems que puntúan de 0 a 4 en una escala de tipo Likert. El rango total de la escala oscila de 0 a 132. Este instrumento consta de 3 subescalas, de 11 ítems cada una, y con un rango que oscila de 0 a 44. La primera subescala evalúa la impulsividad motora, la segunda la impulsividad cognitiva y, por último, la tercera evalúa la improvisación y ausencia de planificación. A mayor puntuación, mayor presencia del rasgo medido en cada subescala. La puntuación total se obtiene de la suma de todas las subescalas.

La Escala de Inadaptación (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000) refleja el grado en que la situación problemática de cada paciente afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo-estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar. Este instrumento consta de 6 ítems, que oscilan de 0 a 5 en una escala de tipo Likert. Se ha demostrado que existe una estrecha relación entre la puntuación obtenida en esta escala y diferentes escalas de gravedad de síntomas. En general, una puntuación igual o superior a 2 en cada ítem denota inadaptación. El punto de corte de la escala total es, por tanto, 12.

2.2.3. Procedimiento

La evaluación de todos los sujetos de la muestra clínica se llevó a cabo en el marco de la evaluación pretratamiento. De esta forma, a medida que los pacientes acudían al programa, se llevaba a cabo la entrevista clínica y se cumplimentaban los diferentes cuestionarios.

En todos los casos fue un requisito para poder realizar las entrevistas y participar en el estudio la cumplimentación del Consentimiento Informado elaborado para la presente investigación (Ver Anexo 1).

En concreto, se llevaron a cabo 3 sesiones de evaluación. En la primera se recogían los datos sociodemográficos y de consumo mediante el EuropAsi. En la segunda sesión se valoraba la presencia de conductas violentas con la pareja. Sólo después de haber realizado la entrevista, se entregaba a los pacientes el CTS-2 para su cumplimentación (no lo rellenaron quienes no habían tenido nunca una pareja estable o quienes se negaron a cumplimentarlo). Por último, en la tercera sesión se evaluaban las características de personalidad y psicopatológicas de los pacientes de la muestra. En este sentido, tal y como se ha sugerido por parte de algunos autores (Sonne & Brady, 1998), la evaluación de las características de personalidad se realizó una vez transcurridas 3 semanas desde el inicio de la abstinencia, para eliminar así la posible influencia de síntomas de privación.

A la hora de asignar los sujetos al grupo de conductas violentas contra la pareja o al grupo sin conductas violentas, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios, de modo que cumplir uno de ellos ó más suponía pertenecer al grupo con conductas violentas:

1. Reconocimiento del paciente de problemas de violencia contra la pareja.
2. Puntuación positiva en la Escala CTS-2: Conductas de violencia contra la pareja.
3. Puntuación positiva en la escala legal del EuropASI, si se refiere a la pareja.
4. Haber sido denunciado por delito de violencia contra la pareja.
5. Tener orden de alejamiento por motivos de violencia contra la pareja.
6. Impresión clínica fundamentada de existencia de violencia contra la pareja.

2.2.4. Evaluadores

La evaluación de todos los pacientes de la muestra fue llevada a cabo por psicólogos clínicos con amplia experiencia en la evaluación y el tratamiento de las conductas adictivas.

2.2.5. Análisis de datos

Se realizaron análisis descriptivos para todas las variables. En los análisis bivariados entre los pacientes que presentaban conductas violentas contra la pareja y los que no, se empleó el análisis de χ^2 , la prueba no paramétrica “U” de Mann-Whitney o la prueba *t*, según la naturaleza de las variables analizadas y el tamaño del grupo menor, considerándose una $p < 0,05$ como significativa. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS (vs. 15.0).

2.3. Resultados

2.3.1. Prevalencia de conductas violentas contra la pareja

Un 33,6% ($n = 42$) de los 125 pacientes valorados presentó conductas de maltrato contra su pareja en el pasado, según los criterios descritos en el apartado de procedimiento.

La diferencia respecto a las conductas violentas contra la pareja en ambos grupos se puede observar en la Tabla 2. Hay que señalar que no rellenaron el cuestionario CTS-2 que recoge la prevalencia y tipos de conductas violentas contra la pareja 14 personas, 11 de ellas porque no habían tenido nunca pareja estable, y 3 que no quisieron rellenar este instrumento (las 3 cumplían otros criterios de conductas violentas).

Tabla 2. Prevalencia y tipos de conductas violentas contra la pareja

	Total	Con conductas	Sin conductas	X^2 (df)
	N = 111	violentas	violentas	
	n (%)	(n = 39)	(n = 72)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Agresión psicológica	107 (96,4%)	37 (94,9%)	70 (97,2%)	0,01
Menor	105 (94,6%)	37 (94,9%)	68 (94,4%)	0
Grave	66 (59,5%)	32 (82,1%)	34 (47,2%)	12,7***
Agresión física	55 (49,5%)	33 (84,6%)	22 (30,6%)	29,6***
Menor	50 (45,0%)	30 (76,9%)	20 (27,8%)	24,7***
Grave	34 (30,6%)	25 (64,1%)	9 (12,5%)	31,7***
Coerción sexual	44 (39,6%)	17 (43,6%)	27 (37,5%)	0,4
Menor	42 (37,8%)	15 (38,5%)	27 (37,5%)	0
Grave	3 (2,7%)	3 (7,7%)	0 (0%)	3,1
Lesiones	32 (28,8%)	28 (71,8%)	4 (5,6%)	54,1***
Menor	29 (26,1%)	25 (64,1%)	4 (5,6%)	44,9***
Grave	23 (20,7%)	19 (48,7%)	4 (5,6%)	29,7***

*** $p < .001$

El grupo con conductas violentas contra la pareja puntuó de manera significativamente más alta en los ítems referidos a agresión física, lesiones causadas y agresión psicológica cuando ésta era severa.

Respecto a los pensamientos distorsionados sobre el rol de la mujer y sobre la violencia como una forma aceptable de resolver los conflictos, en la Tabla 2 se observa que no aparecieron diferencias significativas entre ambos grupos.

Tabla 3. Comparación en pensamientos distorsionados de pacientes con y sin conductas violentas contra la pareja

	Total		Con conductas		Sin conductas		t	(gl)
	(N = 125)		violentas		violentas			
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)		
Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer	22,2	(5,9)	23,1	(4,9)	21,8	(6,3)	1,2	(118)
Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre el Uso de la Violencia	30,8	(6,7)	30,0	(5,8)	31,2	(7,1)	1,0	(122)

2.3.2 Diferencias en el perfil sociodemográfico y de consumo de sustancias entre pacientes con conductas violentas y sin ellas

Tabla 4. Comparación en variables sociodemográficas de pacientes con y sin conductas violentas contra la pareja.

	Total N = 105		Con conductas violentas (n =37)		Sin conductas violentas (n =68)		U
	Mean	(SD)	Mean	(SD)	Mean	(SD)	
Edad media	36,4	(9,0)	34,1	(7,3)	37,7	(9,6)	1032
	Total N = 125		Con conductas violentas (n =42)		Sin conductas violentas (n =83)		X ² (gl)
	N	(%)	n	(%)	n	(%)	
Sexo							
Hombre	95	(76,0%)	23	(24,2%)	72	(75,8%)	15,6***(1)
Mujer	30	(24,0%)	19	(63,3%)	11	(36,7%)	
	Total N = 105		Con conductas violentas (n =37)		Sin conductas violentas (n =68)		X ² (gl)
	N	(%)	n	(%)	n	(%)	
Estado civil							
Solteros	71	(65,1%)	26	(70,3%)	45	(62,5%)	2 (2)
Casados	23	(21,1%)	5	(13,5%)	18	(25,0%)	
Divorciados	15	(13,8%)	6	(16,2%)	9	(12,5%)	
	Total N = 106		Con conductas violentas (n =36)		Sin conductas violentas (n =70)		X ² (gl)
	N	(%)	n	(%)	n	(%)	
Nivel educativo							
Sin Estudios/Primarios	56	(52,8%)	16	(44,4%)	40	(57,2%)	3,9 (3)
FP/Bachiller-COU	37	(34,9%)	13	(36,1%)	24	(34,3%)	
Secundaria	7	(6,6%)	3	(8,3%)	4	(5,7%)	
Universitarios	6	(5,7%)	4	(11,1%)	2	(2,9%)	
	Total N = 108		Con conductas violentas (n =36)		Sin conductas violentas (n =72)		X ² (gl)
	N	(%)	n	(%)	n	(%)	
Principal fuente de ingresos							
Empleo	36	(33,3%)	11	(30,6%)	25	(34,7%)	3,9 (5)
Desempleo	19	(17,6%)	8	(22,2%)	11	(15,3%)	
Ayuda social	10	(9,3%)	2	(5,6%)	8	(11,1%)	
Pensión	16	(14,8%)	5	(13,9%)	11	(15,3%)	
Familiares o amigos	24	(22,2%)	10	(27,8%)	14	(19,4%)	
Otras	3	(2,8%)	0	(0%)	3	(4,2%)	

*** $p < .001$

Según se observa en la Tabla 4, la edad media de la muestra total se situaba en torno a los 36 años. El perfil general era el de personas solteras cuya fuente de ingresos era su propio empleo sólo en un tercio de los casos, dependiendo el resto económicamente de otras personas o instituciones. En todos estos datos, así como en el nivel de estudios alcanzados, no había diferencias significativas entre el grupo con conductas violentas contra la pareja y el grupo sin conductas violentas.

Donde sí apareció diferencia significativa entre ambos grupos fue en el sexo de los pacientes. Entre las mujeres apareció una prevalencia mucho mayor de conductas violentas contra su pareja (63,3% de las mujeres frente al 24,2% de los hombres estudiados).

Tabla 5. Comparación en consumo de sustancias de pacientes con y sin conductas violentas contra la pareja.

	Total N = 108		Con conductas violentas (n =37)		Sin conductas violentas (n =71)		X ²	(gl)
	N	(%)	n	(%)	n	(%)		
Sustancia motivo tratamiento								
Alcohol	38	(35,2%)	6	(16,2%)	32	(45,1%)		
Cocaína y anfetaminas	48	(44,4%)	24	(64,9%)	24	(33,8%)	11,1**	(2)
Otros (heroína, cannabis...)	22	(20,4%)	7	(18,9%)	15	(21,1%)		

** $p < .01$

También aparecieron diferencias en la droga consumida que motivó el tratamiento (Tabla 5). El grupo con conductas violentas consumía mayoritariamente cocaína y otras drogas estimulantes, frente al consumo de alcohol que fue el que más motivó el tratamiento entre quienes no tenían conductas violentas.

Respecto a qué grado de afectación presentaron las personas en las diferentes áreas, se encontró una necesidad de tratamiento en el área de consumo de drogas significativamente mayor en el grupo con conductas violentas contra la pareja (Tabla 6).

Tabla 6. Comparación en la gravedad de consumo de pacientes con y sin conductas violentas contra la pareja.

	Total (N = 107)	Con conductas violentas (n = 36)	Sin conductas violentas (n = 71)		
EuropASI	M (SD)	M (SD)	M (SD)	t	df
Medical	2,8 (1,9)	3,1 (2,2)	2,6 (1,7)	1,3	57,8
Employment/Support	3,5 (1,9)	3,6 (1,8)	3,4 (2,0)	0,4	108
Alcohol use	4,2 (2,1)	4,0 (1,9)	4,4 (2,1)	0,9	107
Drugs use	4,4 (2,1)	5,0 (1,7)	4,1 (2,2)	2,1*	107
Legal	2,4 (1,8)	2,6 (1,8)	2,3 (1,8)	0,7	105
Family/Social	4,4 (1,9)	4,8 (1,7)	4,2 (2,0)	1,5	106
Psychiatric	4,2 (1,7)	4,2 (1,5)	4,1 (1,8)	0,3	106

* $p < .05$

2.3.3 Diferencias en el perfil psicopatológico entre pacientes con conductas violentas y sin ellas

Tabla 7. Comparación en síntomas de malestar psicológico de pacientes con y sin conductas violentas contra la pareja.

	Total (N = 91)	Con conductas violentas (n = 29)	Sin conductas violentas (n = 62)	
SCL-90-R	M (SD)	M (SD)	M (SD)	U
GSI	66,7 (32,9)	76,9 (27,6)	61,9 (34,3)	631*
PSDI	48,0 (29,5)	57,9 (28,9)	43,4 (28,9)	639,5*
PST	71,3 (30,3)	79,8 (25,0)	67,3 (32,0)	642*
Somatización	60,2 (32,9)	69,1 (29,3)	56,2 (34,0)	685
Obsesión-compulsión	61,7 (33,6)	69,1 (32,6)	58,3 (33,8)	690
Sensibilidad interpersonal	65,2 (31,9)	73,0 (31,6)	61,6 (31,6)	659*
Depresión	64,7 (31,7)	75,1 (27,5)	59,8 (32,5)	628*
Ansiedad	63,6 (33,2)	75,4 (29,4)	58,2 (33,7)	605,5*
Hostilidad	52,7 (32,9)	64,6 (31,6)	47,1 (32,2)	618,5*
Ansiedad fóbica	52,3 (38,6)	49,8 (40,9)	53,5 (37,8)	865,5
Ideación paranoide	64,8 (33,7)	73,6 (34,9)	60,7 (32,6)	666*
Psicoticismo	65,6 (33,4)	72,5 (29,8)	62,4 (34,6)	750,5

* $p < .05$

El grupo con conductas violentas contra la pareja presentó puntuaciones más altas en todos los síntomas de malestar psicológico registrados, tal como se observa en la Tabla 7. Estas eran significativamente más altas en dicho grupo en las escalas

globales (GSI, PSDI, PST), así como en las escalas de sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad e ideación paranoide.

Tabla 8. Comparación en escalas de personalidad de pacientes con y sin conductas violentas contra la pareja.

	Total (N = 86)	Con conductas violentas (n = 30)	Sin conductas violentas (n = 56)	U
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	
MCMI-III				
Esquizoide	45,5 (18,8)	45,1 (18,5)	45,7 (19,1)	796
Evitativa	41,6 (25,0)	39,3 (25,2)	42,8 (25,0)	768,5
Depresiva	43,9 (23,9)	48,1 (21,7)	41,6 (25,5)	700,9
Dependiente	44,8 (22,8)	39,1 (25,0)	47,4 (21,3)	679,5
Histriónica	44,8 (18,6)	52,0 (17,5)	40,9 (18,0)	552,5**
Narcisista	61,6 (13,5)	63,1 (14,0)	60,8 (13,3)	769,5
Antisocial	65,7 (12,3)	70,3 (13,2)	63,3 (11,1)	518**
Agresiva (Sádica)	54,2 (17,5)	63,2 (17,2)	49,4 (15,8)	432,5***
Compulsiva	45,5 (17,5)	42,2 (19,7)	47,3 (16,1)	679
Negativista (Pasivo-Agresivo)	44,6 (20,3)	52,4 (14,9)	40,4 (21,6)	560,5*
Autodestructiva	40,4 (22,2)	44,2 (19,7)	38,4 (23,3)	730,5
Esquizotípica	37,8 (25,3)	40,5 (25,4)	36,3 (25,3)	736
Límite	50,3 (20,3)	55,1 (17,0)	47,8 (21,4)	662
Paranoide	44,7 (25,2)	51,5 (24,0)	41,1 (25,3)	652
Trastorno ansiedad	56,0 (32,7)	57,0 (31,9)	55,4 (33,4)	797,5
Trastorno somatoformo	30,8 (24,5)	33,1 (23,4)	29,5 (25,2)	762
Trastorno bipolar	55,6 (20,9)	60,5 (17,6)	53,1 (22,1)	699,5
Trastorno distímico	41,1 (26,2)	46,3 (22,4)	38,3 (27,8)	722,5
Dependencia alcohol	69,2 (20,1)	72,7 (20,8)	67,4 (20,0)	733,5
Dependencia sustancias	82,1 (11,6)	86,4 (11,5)	79,8 (11,1)	583,5*
Trastorno estrés postraumático	41,8 (25,1)	46,2 (21,9)	39,5 (26,5)	736,5
Trastorno del pensamiento	40,8 (27,2)	42,2 (26,1)	40,1 (27,9)	801,5
Depresión mayor	31,7 (20,9)	34,0 (25,1)	30,4 (30,9)	712,5
Trastorno delirante	44,8 (31,9)	54,6 (28,8)	39,6 (32,4)	615*

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Según vemos en la Tabla 8, las personas con conductas violentas contra la pareja puntuaron significativamente más alto en las siguientes escalas de personalidad: histriónica, antisocial, agresiva (sádica), negativista (pasivo-agresivo), dependencia de sustancias y trastorno delirante.

2.3.4 Diferencias en otras variables de personalidad entre pacientes con y sin conductas violentas

En la Tabla 9 se recogen resultados de los diferentes cuestionarios que miden aspectos relacionados con la personalidad de los pacientes.

Tabla 9. Comparación en otras variables de personalidad de pacientes con y sin conductas violentas contra la pareja.

	Total (N = 125)		Con conductas violentas (n = 42)		Sin conductas violentas (n = 83)		t	(gl)
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)		
Índice de Respuesta Interpersonal	47,7	(9,7)	46,7	8,6	48,2	10,3	0,8	(123)
• Perspectiva empática	12,4	(4,7)	12,9	4,8	12,1	4,6	0,9	(123)
• Interés empático	9,2	(2,7)	8,9	2,7	9,4	2,7	0,8	(123)
• Fantasía empática	13,8	(5,3)	12,6	5,3	14,4	5,3	1,7	(123)
• Aflicción personal	12,3	(4,7)	12,2	4,8	12,3	4,6	0,2	(123)
STAXI-estado	14,8	(5,8)	16,5	6,6	14,0	5,3	2,3*	(117)
STAXI-rasgo	20,1	(5,7)	21,9	5,9	19,2	5,4	2,5*	(119)
Escala de Impulsividad	57,5	(17,2)	61,8	19,6	55,2	15,5	2,1*	(122)
• Impulsividad motora	18,4	(8,1)	21,2	8,3	17,0	7,7	2,8**	(122)
• Impulsividad cognitiva	21,4	(6,4)	22,1	7,5	21,0	5,7	0,9	(66,2)
• Improvisación	17,7	(6,5)	18,5	7,0	17,3	6,2	1,0	(122)
Escala de Inadaptación	19,4	(7,3)	21,0	6,7	18,6	7,5	1,8	(121)

* $p < .05$; ** $p < .01$

No aparecieron diferencias significativas en los niveles de empatía que mide el Índice de Respuesta Interpersonal.

Sí aparecieron diferencias en los niveles de ira que recoge el STAXI, siendo tanto la ira-estado como la ira-rasgo significativamente más altas en el grupo con conductas violentas contra la pareja.

Los niveles de impulsividad evaluados fueron significativamente mayores en el grupo con conductas violentas contra la pareja, tanto en la escala global como en la subescala referida a impulsividad motora.

No aparecieron diferencias significativas entre ambos grupos en el grado de afectación de la situación problemática a las diferentes áreas de su vida.

2.4. Discusión

El **primer objetivo** de este estudio era establecer la tasa de prevalencia de conductas violentas contra la pareja entre los usuarios drogodependientes del programa Proyecto Hombre Navarra. La **primera hipótesis** indicaba que la tasa de sujetos con violencia contra la pareja sería mayor en la población estudiada que en la población general. Se ha encontrado que el 33,6% de las personas entrevistadas presentaba conductas violentas contra la pareja. Cabe destacar que, efectivamente, esta tasa es mayor que la encontrada en la población general en los estudios del Consejo de Europa (2006) y de Ruiz-Pérez et al. (2010), en los que se presentan datos de mujeres que han sufrido violencia por parte de sus parejas. Por lo tanto **se confirma** la hipótesis primera.

El **segundo objetivo** que se propuso fue determinar si existe un perfil diferencial entre los usuarios con y sin conductas violentas hacia la pareja. Dentro de este objetivo se formularon diferentes hipótesis, cuyo análisis se realiza a continuación.

La **segunda hipótesis** afirmaba que existirían diferencias en cuanto a las características sociodemográficas entre los sujetos estudiados, con mayor proporción de casados entre quienes presentan conductas violentas. Los resultados indican que existe mayor proporción de solteros y menor de casados entre quienes presentan conductas violentas, esto es, lo contrario de lo que se preveía en dicha hipótesis, aunque en ningún caso aparece significación estadística. **Se rechaza** la hipótesis segunda.

En la **tercera hipótesis** se planteaba que existiría una mayor severidad en la adicción a las drogas en el grupo de sujetos con conductas violentas hacia la pareja. Los resultados obtenidos indican, por un lado, que en dicho grupo existe un consumo

significativamente mayor de cocaína y otros estimulantes, y menor de alcohol, respecto a quienes no utilizaron conductas violentas. Y en los datos obtenidos mediante el Europasi se encontró una necesidad de tratamiento en el área de consumo de drogas significativamente mayor en el grupo con conductas violentas contra la pareja, siendo además el único área en el que la diferencia era estadísticamente significativa. Así pues, la variable consumo de drogas, es decir, el tipo de sustancia consumida y la severidad de la adicción, parece ser importante a la hora de analizar diferencias entre ambos grupos, de cara a establecer su perfil diferencial. A la vista de estos datos, **se confirma** la hipótesis tercera.

La **hipótesis cuarta** afirmaba que los sujetos con conductas violentas hacia la pareja presentarían mayor tasa de pensamientos distorsionados sobre los roles sexuales y sobre la violencia como forma aceptable de resolver conflictos. Al observar los datos obtenidos en los Inventarios de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y sobre el Uso de la Violencia, se aprecia cómo no existen diferencias significativas entre ambos grupos, y por lo tanto **se rechaza** la hipótesis cuarta.

En la **hipótesis quinta** se planteaba que la capacidad empática sería mayor y los niveles de impulsividad menores en los sujetos que no presentan conductas violentas hacia la pareja. El cuestionario que mide el Índice de Respuesta Interpersonal no arroja diferencias entre ambos grupos. Sin embargo, sí aparecen diferencias entre ellos en los que se refiere a la impulsividad. Sí que aparecen en el grupo con conductas violentas mayores niveles de impulsividad, tanto en la escala general como la subescala de impulsividad motora, al analizar los resultados de la Escala de Impulsividad. Por ello la hipótesis quinta **se acepta parcialmente**, sólo en el apartado referido a la impulsividad, rechazándose la parte que planteaba diferencias en cuanto a capacidad empática.

La **hipótesis sexta** se refería a la comorbilidad psicopatológica, afirmando que los pacientes con conductas violentas hacia la pareja tendrían mayor intensidad de comorbilidad psicopatológica que aquellos que no presentan dichas conductas. Los resultados obtenidos mediante el SCL-90-R muestran cómo, efectivamente, existen puntuaciones significativamente más altas en dicho grupo en las escalas globales (GSI, PSDI, PST), así como en las escalas de sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad e ideación paranoide. Aparecen diferencias en todas estas escalas de malestar psicológico relacionadas con problemas psicopatológicos, y por ello **se confirma** la hipótesis sexta.

En la **hipótesis séptima** se planteaba que los pacientes con conductas violentas hacia la pareja presentarían rasgos más alterados de personalidad en comparación con los que no tienen dichas conductas. Para ello se analizaron los resultados obtenidos con el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III), encontrándose que las personas con conductas violentas contra la pareja puntuaban significativamente más alto en las escalas de personalidad histriónica, antisocial, agresiva (sádica), negativista (pasivo-agresivo), dependencia de sustancias y trastorno delirante. Por otro lado, los datos obtenidos mediante el STAXI muestran cómo existen niveles significativamente más altos de ansiedad-rasgo y de ansiedad-estado en el grupo con conductas violentas. **Se confirma** la hipótesis séptima.

Por último, la **hipótesis octava** planteaba que los sujetos con conductas violentas hacia la pareja tendrían una mayor afectación en las diferentes áreas de su vida cotidiana como consecuencia del consumo de drogas. En los resultados obtenidos mediante la Escala de Inadaptación se aprecia cómo, pese a existir mayores niveles de afectación en el grupo con conductas violentas, esta diferencia no es significativa. **Se rechaza** por ello la hipótesis octava.

Al analizar los datos y observar la población estudiada, se ve cómo existen tasas más altas de violencia contra la pareja en los pacientes adictos a drogas en tratamiento que en la población normal. Sin embargo, cuando se analiza más detenidamente el tipo de violencia ejercido y el perfil de sus autores, mediante la entrevista realizada y los datos obtenidos en la escala CTS-2, resulta que el perfil de quienes puntúan positivo en violencia ejercida contra la pareja no se corresponde con el perfil clásico de agresor. Se trata de una población en la que se puede hablar de agresor sólo en casos contados, siendo la mayoría de situaciones de violencia contra la pareja durante el consumo de drogas, o de una relación problemática en el contexto de una situación personal bastante desestructurada. Esto parece encajar bastante bien con el perfil de toxicómano, caracterizado por ser una persona que suele presentar una gran desestructuración a nivel personal y en distintas áreas de su vida, especialmente la relación de pareja.

En este estudio se ha encontrado una mayor prevalencia de conductas violentas contra la pareja entre las mujeres que entre los hombres. Este dato, a priori sorprendente, encaja sin embargo bien con el perfil de mujer en tratamiento por abuso de drogas. Las mujeres que acceden a recursos de tratamiento por este problema suelen presentar un perfil más complicado y con mayores necesidades de tratamiento, lo cual

se aprecia en los resultados que obtienen en la Escala de Inadaptación. En cualquier caso, no era objetivo de este estudio analizar los perfiles diferenciales entre hombres y mujeres que han tenido violencia contra la pareja. Sin embargo, y a la vista de estos datos, parece interesante y recomendable continuar en futuros estudios analizando dichos perfiles y las diferencias entre sexos. Probablemente futuras líneas de trabajo en el tratamiento de conductas violentas contra la pareja en la población drogodependiente requieran tener en cuenta este aspecto.

Otro aspecto que se ha podido observar es cómo la mayor parte de sujetos estudiados hace referencia a episodios de violencia del pasado, siendo raros los casos en los que existen en la actualidad. Probablemente el propio tratamiento para la drogodependencia, en el que se encuentran en el momento de la entrevista, ya está siendo eficaz en la reducción o desaparición de las conductas violentas. Si esto fuera así, apoyaría la idea de que muchos tratamientos, en principio dirigidos al cese de la dependencia a sustancias, tienen un efecto directo e inmediato sobre diferentes conductas o áreas diferentes de la persona. El propio cese en el consumo, unido al acceso a un recurso socio-sanitario, parece ser buen predictor de la disminución de la violencia. Todas estas impresiones o hipótesis requieren el desarrollo de futuros estudios que así puedan confirmarlo.

Entre las limitaciones de este estudio, se señalan a continuación las más relevantes. Por un lado la muestra es limitada, y perteneciente a un contexto y población concretos. Al ser todos los sujetos pacientes de la Fundación Proyecto Hombre Navarra se deberá ser muy cauto a la hora de generalizar los resultados a otros colectivos, bien de otros tipos de recursos de atención a drogodependientes, bien de otras regiones con características diferenciales. Probablemente futuras réplicas de este trabajo en otros contextos aportarán más luz y permitirá obtener mayores conclusiones.

Otra limitación, relacionada con la anterior, tiene que ver con que no se han separado para el análisis de los datos los sujetos por sexo. La limitación de la muestra hace complicado poder comparar por sexo los grupos con violencia contra la pareja y sin ella, de modo que se puedan extraer conclusiones fiables. En la medida en que se pueda ampliar la muestra en futuros estudios, se podrá mejorar el conocimiento respecto a esta diferencia entre hombre y mujeres.

Por último, ha existido una dificultad importante a la hora de poder acceder a los usuarios y recoger información de los mismos. La inestabilidad de este tipo de pacientes

en los recursos hace que a veces haya sido difícil conseguir toda la información en todos los instrumentos utilizados, ya que entre las diferentes entrevistas se ha perdido información de algunos sujetos en algunas variables. Se trata de una limitación con la que ya se contaba, así como con los posibles rechazos que se han mencionado en la parte empírica del trabajo.

A partir de los datos obtenidos y de las conclusiones señaladas, se proponen algunas líneas de investigación para el futuro. La primera, ya mencionada, sería realizar un análisis diferenciado de perfiles por sexo. En segundo lugar, sería interesante poder contar con otros estudios que repliquen este trabajo y que obtengan información sobre las variables estudiadas en otros contextos, como por ejemplo otras comunidades terapéuticas, otros tratamientos ambulatorios, etc, de la propia comunidad autónoma, o de diferentes comunidades autónomas o países. De este modo se podría ampliar la muestra a diferentes centros y recursos con población drogodependiente, permitiendo poder comparar resultados entre ellos.

En tercer lugar, puede ser de gran interés evaluar la eficacia de los tratamientos para la violencia contra la pareja que han demostrado ser eficaces en otros contextos, al llevarlos a cabo en esta población drogodependiente que ya está en tratamiento para su adicción. Existen tratamientos, descritos en la introducción de este trabajo, que pueden adaptarse bien a esta población, proporcionando una herramienta terapéutica complementaria al propio tratamiento por el abuso de drogas. Un reto interesante puede ser aplicar dichos tratamientos en esta población ya estudiada e identificada, y evaluar la eficacia o no de los mismos en dicho contexto.

3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders (4th Ed. Rev.)*. Washington D.C.: APA.
- Babcock, J. C., Green, C. E., & Robie, C. (2004). Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clinical Psychology Review, 23*, 1023-1053.
- Barratt, E. S. (1985). Impulsiveness subtraits: Arousal and information processing. In J. T. Spence & C. E. Itard (Eds.), *Motivation, Emotion and Personality*. North Holland: Elsevier.
- Bennett, T., & Holloway, K. (2005). The association between multiple drug misuse and crime. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 49*(1), 63-81.
- Bobes, J., González, M. P., Sáiz, P. A., & Bousoño, M. (1996). *Índice europeo de severidad de la adicción: EuropASI. Versión española* Paper presented at the Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría.
- Boles, S. M., & Miotto, K. (2003). Substance abuse and violence - A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior, 8*(2), 155-174.
- Caetano, R., Schafer, J., Fals-Stewart, W., O'Farrell, T., & Miller, B. (2003). Intimate partner violence and drinking: New research on methodological issues, stability and change, and treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 27*(2), 292-300.
- Chase, K. A., O'Farrell, T. J., Murphy, C. M., Fals-Stewart, W., & Murphy, M. (2003). Factors associated with partner violence among female alcoholic patients and their male partners. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 64*(1), 137-149.
- Colasanti, A., Natoli, A., Moliterno, D., Rossattini, M., De Gaspari, I. F., & Mauri, M. C. (2008). Psychiatric diagnosis and aggression before acute hospitalisation. *European Psychiatry, 23*(6), 441-448.
- Davis, M. H. (1980). *Interpersonal Reactivity Index. A multidimensional approach to individual differences in empathy*. Washington: American Psychological Association.
- Derogatis, L. R. (1992). *The SCL-90-R*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Dutton, D. G., & Golant, S. K. (1999). *El golpeador. Un perfil psicológico*. Buenos Aires: Paidós.
- Easton, C. J., Mandel, D. L., Hunkele, K. A., Nich, C., Rounsaville, B. J., & Carroll, K. M. (2007). A cognitive behavioral therapy for alcohol-dependent domestic violence offenders: An integrated substance abuse-domestic violence treatment approach (SADV). *The American Journal on Addictions, 16*, 24-31.

- Easton, C. J., & Sinha, R. (2002). Treating the addicted male batterer: Promising directions for dual-focused programming. In C. Wekerle & A. Wall (Eds.), *The violence and addiction equation: Theoretical and clinical issues in substance abuse and relationship violence* (pp. 275-292). New York: Brunner-Routledge.
- Easton, C. J., Swan, S., & Sinha, R. (2000). Prevalence of family violence entering substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 18*(1), 23-28.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J., & Amor, P. J. (2003). Psychopathological profile of men convicted of gender violence - A study in the prisons of Spain. *Journal of Interpersonal Violence, 18*(7), 798-812.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J., & Amor, P. J. (2006). Psychological treatment of men convicted of gender violence - A pilot study in Spanish prisons. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 50*(1), 57-70.
- Echeburúa, E., Corral, P., & Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta, 26*(107), 325-340.
- Echeburúa, E., & Fernández-Montalvo, J. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de hombres violentos en el hogar: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta, 23*(89), 355-384.
- Echeburúa, E., & 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*(1), 5-20.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J., & Amor, P. J. (2003). Psychopathological profile of men convicted of gender violence: A study in the prisons of Spain. *Journal of Interpersonal Violence, 18*(798-812).
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J., & De la Cuesta, J. L. (2001). Articulación de medidas penales y de tratamiento psicológico en los hombres violentos en el hogar. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense, 1*(2), 19-31.
- Fals-Stewart, W. (2003). The occurrence of partner physical aggression on days of alcohol consumption: A longitudinal diary study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(1), 41-52.
- Fals-Stewart, W., Golden, J., & Schumacher, J. A. (2003). Intimate partner violence and substance use: A longitudinal day-to-day examination. *Addictive Behaviors, 28*(9), 1555-1574.
- Fals-Stewart, W., Kashdan, T. B., O'Farrell, T. J., & Birchler, G. R. (2002). Behavioral couples therapy for drug-abusing patients: effects on partner violence. *Journal of Substance Abuse Treatment, 22*(2), 87-96.
- Fals-Stewart, W., & Kennedy, C. (2005). Addressing intimate partner violence in substance-abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 29*(1), 5-17.

- Fals-Stewart, W., Leonard, K. E., & Birchler, G. R. (2005). The occurrence of male-to-female intimate partner violence on days of men's drinking: The moderating effects of antisocial personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(2), 239-248.
- Fernandez-Montalvo, J., Lopez-Goni, J. J., Illescas, C., Landa, N., & Lorea, I. (2008). Evaluation of a therapeutic community treatment program: A long-term follow-up study in Spain. *Substance Use & Misuse, 43*(10), 1362-1377.
- Fernández-Montalvo, J., & Echeburúa, E. (1998). Laborodependencia: cuando el trabajo se convierte en adicción. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 3*, 103-120.
- Fernández-Montalvo, J., & 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.
- Fernández-Montalvo, J., & Echeburúa, E. (2005). Hombres condenados por violencia grave contra la pareja: un estudio psicopatológico. *Análisis y Modificación de Conducta, 31*(451-475).
- Fernández-Montalvo, J., Echeburúa, E., & Amor, P. J. (2005). Aggressors against women in prison and in the community: An exploratory study of a differential profile. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 49*(2), 158-167.
- Fernández-Montalvo, J., & López-Goñi, J. J. (2010). Comparison of completers and dropouts in psychological treatment for cocaine addiction. *Addiction Research & Theory, 18*(4), 433-441.
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Illescas, C., Landa, N., & Lorea, I. (2007). Relapse precipitants in addictions: results in a therapeutic community. *Journal of Addictive Diseases, 27*(4), 55-61.
- Goldkamp, J. S., Weiland, D., Collins, M., & White, M. (1996). *The role of drugs and alcohol abuse in domestic violence and its treatment: Dade County's Domestic Violence Court Experiment*. Executive Summary of a Crime and Justice Research Institute Study: National Institute of Justice.
- González de Rivera, J. L. (2002). *Versión española del SCL-90-R*. Madrid: TEA.
- González-Saiz, F., Salvador, J. M., Martínez-Delgado, J. M., López-Cárdenas, a., Ruz, I., & Guerra, D. (2002). El *Addiction Severity Index* (ASI): a propósito de una revisión. In I. Iraurgi & F. González-Saiz (Eds.), *Instrumentos de evaluación en drogodependencias*. Madrid: Aula Médica Ediciones.
- Klostermann, K. C., & Fals-Stewart, W. (2006). Intimate partner violence and alcohol use: Exploring the role of drinking in partner violence and its implications for intervention. *Aggression and Violent Behavior, 11*(6), 587-597.

- Kokkevi, A., & Hartgers, C. (1995). European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research, 1*, 208-210.
- Korman, L. M., Collins, J., Dutton, D., Dhayanathan, B., Littman-Sharp, N., & Skinner, W. (2008). Problem gambling and intimate partner violence. *Journal of Gambling Studies, 24*(1), 13-23.
- Leonard, K. E. (2005). Alcohol and intimate partner violence: when can we say that heavy drinking is a contributing cause of violence? *Addiction, 100*(4), 422-425.
- Lopez-Goni, J., Fernandez-Montalvo, J., Menendez, J., Yudego, F., Garcia, A., & Esarte, S. (2010). Group and individual change in the treatment of drug addictions: a follow-up study in therapeutic communities. *Spanish Journal of Psychology, 13*(2), 906-913.
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., Illescas, C., Landa, N., & Lorea, I. (2008). Determining socio-demographic predictors of treatment dropout: results in a therapeutic community. *International Journal of Social Welfare, 17*(374–378), doi:10.1111/j.1468-2397.2008.00584.x
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., & Arteaga, A. (Pending of publishing). A case study of addiction treatment dropout: exploring patients' characteristics.
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., Illescas, C., Landa, N., & Lorea, I. (2008). Razones para el abandono del tratamiento en Proyecto Hombre. *Trastornos Adictivos, 10*(2), 104-111.
- Marshall, B. D. L., Fairbairn, N., Li, K., Wood, E., & Kerr, T. (2008). Physical violence among a prospective cohort of injection drug users: A gender-focused approach. *Drug and Alcohol Dependence, 97*(3), 237-246.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., & O'Brien, C. P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 168*(1), 26-33.
- Mericle, A. A., & Havassy, B. E. (2008). Characteristics of recent violence among entrants to acute mental health and substance abuse services. *Annual meeting of the College on Problems of Drug Dependence, 43*(5), 392-402.
- Millon, T. (2004). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III)*. Madrid: TEA.
- Moore, T. M., Stuart, G. L., Meehan, J. C., Rhatigan, D. L., Hellmuth, J. C., & Keen, S. M. (2008). Drug abuse and aggression between intimate partners: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 28*(2), 247-274.
- Murphy, C. M., O'Farrell, T. J., Fals-Stewart, W., & Feehan, M. (2001). Correlates of intimate partner violence among male alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(3), 528-540.

- Mäkelä, K. (2004). Studies of the reliability and validity of the Addiction Severity Index. *Addiction Research & Theory*(99), 398-410.
- O'Farrell, T. J., & Fals-Stewart, W. (2000). Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment, 18*, 51-54.
- O'Farrell, T. J., Van Hutton, V., & Murphy, C. M. (1999). Domestic violence after alcoholism treatment: A two-year longitudinal study. *Journal of Studies on Alcohol, 60*, 317-321.
- O'Farrell, T. J., Fals-Stewart, W., Murphy, M., & Murphy, C. M. (2003). Partner violence before and after individually based alcoholism treatment for male alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(1), 92-102.
- O'Farrell, T. J., & Murphy, C. M. (1995). Marital violence before and after alcoholism treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(2), 256-262.
- O'Farrell, T. J., Murphy, C. M., Stephan, S. H., Fals-Stewart, W., & Murphy, M. (2004). Partner violence before and after couples-based alcoholism treatment for male alcoholic patients: The role of treatment involvement and abstinence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(2), 202-217.
- Ruiz-Perez, I., Plazaola-Castano, J., Vives-Cases, C., Montero-Pinar, M. I., Escriba-Aguir, V., Jimenez-Gutierrez, E., et al. (2010). Geographical variability in violence against women in Spain. [Article]. *Gaceta Sanitaria, 24*(2), 128-135.
- Santamaría, J. J., & Chait, L. (2004). Drogadicción y delincuencia. Perspectiva desde una prisión. *Adicciones, 16*(3), 207-217.
- Sizoo, B., van den Brink, W., Koeter, M., van Eenige, M. G., van Wijngaarden-Cremers, P., & van der Gaag, R. J. (2010). Treatment seeking adults with autism or ADHD and co-morbid Substance Use Disorder: Prevalence, risk factors and functional disability. *Drug and Alcohol Dependence, 107*(1), 44-50.
- Sonne, S. C., & Brady, K. T. (1998). Diagnosis of personality disorders in cocaine-dependent individuals. *American Journals on Addictions, 7*, 1-6.
- Spielberger, C. D. (1988). *Stait-Traig Anger Expression Inventory*. Orlando, FL: Psychological Assessment Resources.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The revised conflict tactics scales. *Journal of Family Issues, 17*(3), 283-316.
- Stuart, G. L., Moore, T. M., Kahler, C. W., & Ramsey, S. E. (2003). Substance abuse and relationship violence among men court-referred to batterers' intervention programs. *Substance Abuse, 24*(2), 107-122.
- Stuart, G. L., O'Farrell, T. J., Leonard, K., Moore, T. M., Temple, J. R., Ramsey, S. E., et al. (2009). Examining the interface between substance misuse and intimate partner violence. *Substance Abuse: Research and Treatment, 3*, 25-29.

- Stuart, G. L., O'Farrell, T. J., & Temple, J. R. (2009). Review of the association between treatment for substance misuse and reductions in intimate partner violence. *Substance Use & Misuse, 44*(9), 1298-1317.
- Stuart, G. L., Temple, J. R., Follansbee, K. W., Bucossi, M. M., Hellmuth, J. C., & Moore, T. M. (2008). The role of drug use in a conceptual model of intimate partner violence in men and women arrested for domestic violence. *Psychology of Addictive Behaviors, 22*(1), 12-24.
- Weltzer, S. J. (1990). The Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI): A review. *Journal of Personality Assessment, 55*, 445-464.

4. ANEXOS

4. ANEXOS

4.1. Consentimiento Informado.

<p style="text-align: center;">INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO DIRIGIDO A PERSONAS QUE PARTICIPAN EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE REFERENCIA PSI2009-08500</p>

El consumo de sustancias altera habitualmente la convivencia con la pareja. A menudo las estrategias de comunicación y de resolución de conflictos no son las adecuadas, por lo que se producen situaciones violentas en la convivencia. Por este motivo, puede ser útil la aplicación de técnicas específicas encaminadas a mejorar la vida en la relación de pareja.

Desde el Departamento de Psicología y Pedagogía de la Universidad Pública de Navarra hemos elaborado un proyecto de investigación, que está financiado por el Ministerio de Ciencia y Tecnología. Este proyecto tiene como objetivo evaluar la eficacia de un programa específico de tratamiento.

Para desarrollar este proyecto solicitamos tu colaboración y tu permiso para:

- Completar en dos sesiones una serie de cuestionarios y responder a una serie de preguntas que se te plantearán.
- Participar, en función de la evaluación que realice el equipo del proyecto, en un taller de mejora de la relación de pareja. Estos talleres constan de unas 20 sesiones, y son perfectamente compatibles con el tratamiento que has comenzado.
- Contactar contigo nuevamente (aproximadamente dentro de un año) y completar algunos cuestionarios en una o dos sesiones.

Con tu colaboración voluntaria en esta experiencia podrás contribuir a la evaluación y mejora del programa de tratamiento. Por ello te animamos a participar. Los datos obtenidos se tratarán de forma confidencial y en todo momento preservaremos tu intimidad. Las publicaciones que puedan derivarse de este proyecto utilizarán datos disociados de cualquier referencia personal.

En cualquier caso, te recordamos que tu colaboración es totalmente voluntaria y, si no deseas participar, no se derivará ningún perjuicio para ti.

Gracias por tu colaboración.

D./D^a.....

Ha comprendido la información anteriormente expuesta y acepta voluntariamente participar en el proyecto de investigación “**PSI2009-08500**”.

Firmado:.....D.N.I.:

En a de de 201...

4.2. EuropASI

EuropASI

(Kokkevy y Hartgers, 1995)

Descripción

El EuropASI es la versión europea del «Índice de gravedad de la adicción» (Addiction Severity Index, ASI; McLellan, Luborsky, O'Brein y Woody, 1980). Se trata de una entrevista clínica que valora la necesidad de tratamiento en 7 áreas diferentes:

- a) estado médico general,
- b) situación laboral y financiera;
- c) consumo de alcohol;
- d) consumo de otras drogas;
- e) problemas legales;
- f) relaciones familiares y sociales; y
- g) estado psicológico.

Cada escala está basada en la historia de síntomas problema, estado actual y valoración subjetiva de las necesidades de tratamiento en cada área.

El rango de las escalas oscila desde 0 (no necesita ningún tratamiento) hasta 9 (tratamiento necesario en situación de riesgo vital). Esto es, a mayor puntuación, mayor gravedad de la adicción. A partir de 4 puntos se considera que el paciente necesita más ayuda en esa área concreta.

Además de esta valoración general recoge información relevante sobre cada una de las áreas anteriores.

EUROPASI

Adaptación Europea del Addiction Severity Index

INSTRUCCIONES

- Cumplimentar totalmente. Cuando sea preciso utilizar:
X = pregunta no contestada.
N = pregunta no aplicable.
Use un solo carácter por ítem.
- Las preguntas rodeadas por un círculo van dirigidas al estudio de seguimiento. Las preguntas con asterisco son acumulativas y deberían ser reformuladas para el seguimiento.
- Existe espacio al final de cada sección para realizar comentarios adicionales.

ESCALAS DE SEVERIDAD

Las escalas de severidad miden estimaciones de necesidades de tratamiento en cada área. El rango de la escala oscila desde 0 (no necesita ningún tratamiento) hasta 9 (tratamiento necesario en situación de riesgo vital).

Cada escala está basada en historia de síntomas problema, estado actual y valoración subjetiva de sus necesidades de tratamiento en cada área. Para una mejor calificación de esta severidad consultar el manual.

SUMARIO DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL PACIENTE

- Ninguna
- Leve
- Moderado
- Considerable
- Extrema

A.- Nº de Identificación

- B.- TIPO DE TRATAMIENTO:
- Desintoxicación ambulatoria
 - Desintoxicación hospitalaria
 - Tratamiento sustitutivo ambulatorio
 - Tratamiento libre de drogas ambulatoria
 - Tratamiento libre de drogas hospitalario
 - Centro de día
 - Hospital psiquiátrico
 - Otro hospital/servicio
 - Otro: _____
 - Sin tratamiento

C.- FECHA DE ADMISION:

D.- FECHA DE LA ENTREVISTA:

*E.- Hora de inicio:

*F.- Hora de fin:

- G.- TIPO:
- Ingreso
 - Seguimiento

H.- CODIGO DE CONTACTO:

- Personal
- Telefónico

I.- SEXO:

- Varón
- Mujer

J.- CODIGO DEL ENTREVISTADOR:

K.- ESPECIAL:

- Paciente finalizó la entrevista
- Paciente rehusó
- Paciente incapaz de responder

INFORMACION GENERAL

1. LUGAR DE RESIDENCIAL ACTUAL:

- Ciudad Grande (>100.000)
- Mediana (10.000 - 100.000)
- Pequeña (rural) (<10.000)

2. CODIGO DE LA CIUDAD:

*3. Desde cuándo vive Ud. En esa dirección: años meses

*4. Ese lugar de residencia, ¿es propiedad de Ud. o de su familia?
0 = No 1 = Sí

5. EDAD:

6. NACIONALIDAD:

7. PAIS DE NACIMIENTO DEL:

Entrevistado

Padre

Madre

8. ¿Ha estado ingresado en el último mes en un centro de este tipo?

- No
- Cárcel
- Tratamiento de alcohol o drogas
- Tratamiento médico
- Tratamiento psiquiátrico
- Únicamente desintoxicación
- Otro:

9. ¿Cuántos días?

RESULTADOS DE LOS TESTS ADICIONALES

* Puntuación total del BDI:

* Puntuación total del SCL-90:

PERFIL DE SEVERIDAD

9									
8									
7									
6									
5									
4									
3									
2									
1									
0									
PROBLEMAS	MEDICO	EMPLEO/SOPORTES	ALCOHOL	DROGAS	LEGAL	FAMILIA/SOCIAL	PSICOLOGICO		

SITUACION MÉDICA

1. ¿Cuántas veces en su vida ha estado hospitalizado por problemas médicos? (Incluir sobredosis, delirium tremens, excluir desintoxicaciones)	<input type="text"/>	6. En caso afirmativo, ¿hace cuántos meses?	<input type="text"/>	UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACION	<input type="text"/>
2. ¿Hace cuánto tiempo estuvo hospitalizado por última vez por problemas médicos?	<input type="text"/> años <input type="text"/> meses	7. ¿Cuál fue el último resultado del test? 0. VIH - negativo 1. VIH - positivo 2. No lo sé 3. Refusa contestar	<input type="text"/>	12. ¿Cuánto le han molestado o preocupado estos problemas médicos en el último mes?	<input type="text"/>
3. ¿Padece algún problema médico crónico que continúa interfiriendo con su vida? 0. No 1. Sí: _____	<input type="text"/>	8. ¿Está tomando alguna medicación prescrita de forma regular para un problema físico? 0. No 1. Sí	<input type="text"/>	13. ¿Qué importancia tiene ahora para Ud. el tratamientos de estos problemas médicos?	<input type="text"/>
4. ¿Alguna vez ha estado infectado de hepatitis? 0. No 1. Sí 2. No lo sé 3. Refusa contestar	<input type="text"/>	9. ¿Recibe alguna pensión por invalidez médica? (Excluir invalidez psiquiátrica) 0. No 1. Sí	<input type="text"/>	ESCALA DE SEVERIDAD PARA EL ENTREVISTADOR	
5. ¿Alguna vez se ha realizado las pruebas del VIH? 0. No 1. Sí 2. No lo sé 3. Refusa contestar	<input type="text"/>	10. ¿Ha sido tratado por un médico por problemas médicos en los últimos 6 meses? 0. No 1. Sí	<input type="text"/>	14. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento médico?	<input type="text"/>
		11. ¿Cuántos días ha tenido problemas médicos en el último mes?	<input type="text"/>	PUNTUACIONES DE VALIDEZ	
		PARA LAS PREGUNTAS 12 Y 13, POR FAVOR PIDA AL PACIENTE QUE		La información anterior está significativamente distorsionada por:	
				15. ¿Imagen distorsionada del paciente? 0. No 1. Sí	<input type="text"/>
				16. ¿La incapacidad para comprender del paciente? 0. No 1. Sí	<input type="text"/>
				Comentarios	

EMPLEO / SOPORTES

1. Años de educación básica:	<input type="text"/>	¿Recibió dinero para su mantenimiento de alguna de la siguientes fuentes durante el último mes?		PARA LAS PREGUNTAS 22 Y 23, POR FAVOR PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACION	
2. Años de educación superior (Universidad/Técnicos):	<input type="text"/>	10. ¿Empleo? 0. No 1. Sí	<input type="text"/>	22. ¿Cuánto le han molestado o preocupado estos problemas de empleo en el último mes?	<input type="text"/>
3. Grado académico superior obtenido:	<input type="text"/>	11. ¿Paro? 0. No 1. Sí	<input type="text"/>	23. ¿Qué importancia tiene ahora para Ud. el asesoramiento de estos problemas de empleo?	<input type="text"/>
4. ¿Tiene carnet de conducir en vigor? 0. No 1. Sí	<input type="text"/>	12. ¿Ayuda social? 0. No 1. Sí	<input type="text"/>	ESCALA DE SEVERIDAD PARA EL ENTREVISTADOR	
5. ¿Cuánto duró el período más largo de empleo regular? (Ver el manual para definición)	<input type="text"/> años <input type="text"/> meses	13. ¿Pensión o seguridad social? 0. No 1. Sí	<input type="text"/>	24. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de asesoramiento para empleo?	<input type="text"/>
6. ¿Cuánto duró el periodo más largo de desempleo?	<input type="text"/> años <input type="text"/> meses	14. ¿Compañeros, familiares o amigos? 0. No 1. Sí	<input type="text"/>	PUNTUACIONES DE VALIDEZ	
7. Ocupación habitual (o última): (Especificar detalladamente)	<input type="text"/>	15. ¿Illegal? 0. No 1. Sí	<input type="text"/>	La información anterior está significativamente distorsionada por:	
8. Patrón de empleo usual en los últimos 3 años: 1. Tiempo completo 2. Tiempo parcial (horario regular) 3. Tiempo parcial (horario irregular, temporal) 4. Estudiante 5. Servicio militar 6. Retirado / invalidez 7. Desempleado (Incluir ama de casa) 8. En ambiente protegido	<input type="text"/>	16. ¿Prostitución? 0. No 1. Sí	<input type="text"/>	25. ¿Imagen distorsionada del paciente? 0. No 1. Sí	<input type="text"/>
9. ¿Cuántos días trabajó durante el último mes? (Excluir tráfico, prostitución u otras actividades ilegales)	<input type="text"/>	17. ¿Otras fuentes? 0. No 1. Sí	<input type="text"/>	26. ¿La incapacidad para comprender del paciente? 0. No 1. Sí	<input type="text"/>
		18. ¿Cuál ha sido la principal fuente de ingresos este último mes? (Utilice los códigos 10-17)	<input type="text"/>	Comentarios	
		19. ¿Tienes deudas? 0. No 1. Sí: _____ (cantidad)	<input type="text"/>		
		20. ¿Cuántas personas dependen de Ud. para la mayoría de su alimento, alojamiento, etc.?	<input type="text"/>		
		21. ¿Cuántos días ha tenido problemas de empleo /desempleo en el último mes?	<input type="text"/>		

USO DE ALCOHOL Y DROGAS

	Edad (inicio)	A lo largo de la vida	Ultimo mes	*Via admon.
1. Alcohol - cualquier dosis				
2. Alcohol - grandes cantidades				
3. Heroína				
4. Metadona / LAAM				
5. Otros opiáceos / analgésicos				
6. BDZ/Barbitur/sedantes/hipnóticos				
7. Cocaína				
8. Anfetaminas				
9. Cannabis				
10. Alucinógenos				
11. Inhalantes				
12. Otros				
13. Más de 1 sustancia/día (Items 2 a 12)				

Nota: consulte el manual para los ejemplos representativos de cada clase de drogas.

*Vía de administración: 1=oral; 2=nasal; 3=fumada; 4=inyección no IV; 5=inyección IV.

14. ¿Alguna vez se ha inyectado?
0. No 1. Sí

14A Edad en que se inyectó por primera vez: (años)
Se inyectó:
- A lo largo de la vida (años):
- En los últimos 6 meses (meses):
- En el último mes (días):

14B Si se inyectó en los últimos 6 meses:
1. No compartió jeringuilla
2. Algunas veces compartió jeringuilla con otros
3. A menudo compartió jeringuilla

15. ¿Cuántas veces ha tenido: Delirium Tremens:
Sobredosis por drogas:

16. Tipo de servicios y número de veces que ha recibido tratamiento en:

	Alcohol	Drogas
1. Desintoxicación ambulatoria		
2. Desintoxicación residencial		
3. Tto. sustitutivo ambulatorio		
4. Tto. libre de drogas ambulatorio		
5. Tto. libre de drogas residencial		
6. Centro de día		
7. Hospital psiquiátrico		
8. Otro hospital/servicio		
9. Otro tratamiento		

17. ¿Cuántos meses duró el período más largo que estuvo abstinentes como consecuencia de uno de estos tratamientos?

Alcohol: (meses)
Drogas: (meses)

18. ¿Qué sustancia es el principal problema?

POR FAVOR UTILICE LOS CÓDIGOS anteriores ó: 00=no problemas; 15=Alcohol y otras drogas (adicción doble); 16=Politoxicómano. Cuando tenga dudas, pregunte al paciente.

19. ¿Cuánto tiempo duró el último período de abstinencia voluntaria de esta sustancia principal, sin que fuese consecuencia de tratamiento?: (meses, 00=nunca abstinentes)

20. ¿Hace cuántos meses que terminó esa abstinencia?: (00=todavía abstinentes) (meses)

21. ¿Cuánto dinero diría Ud. que ha gastado en el último mes en:
Alcohol (Euros) _____
Drogas (Euros) _____

22. ¿Cuántos días ha estado recibiendo tratamiento ambulatorio para alcohol o drogas en el último mes? (Incluye grupos de autoayuda del tipo AA: Alcohólicos Anónimos, NA: Narcóticos Anónimos)

23. ¿Cuántos días en el último mes ha experimentado Ud.:

problemas relacionados con el alcohol? (días)

problemas con otras drogas? (días)

PARA LAS PREGUNTAS 24 Y 25, POR FAVOR PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACION

24. ¿Cuánto le han molestado o preocupado en el último mes estos

problemas relacionados con el alcohol?

problemas con otras drogas?

25. ¿Qué importancia tiene ahora para Ud. el tratamientos para estos problemas

relacionados con el alcohol?

problemas con otras drogas?

ESCALA DE SEVERIDAD PARA EL ENTREVISTADOR

26. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento para:

abuso de alcohol?

Abuso de otras drogas?

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

27. ¿Imagen distorsionada del paciente? 0. No 1. Sí

28. ¿La incapacidad para comprender del paciente? 0. No 1. Sí

Comentarios

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

SITUACION LEGAL

<p>1. ¿Esta admisión ha sido promovida o sugerida por el Sistema Judicial? (juez, tutor de libertad condicional, etc.) 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. ¿Está en libertad condicional? 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuántas veces en su vida ha sido acusado de:</p> <p>3. Posesión y tráfico de drogas? <input type="text"/></p> <p>4. Delitos contra la propiedad?: (robos en domicilios, tiendas, fraudes, extorsión, falsificación de dinero, compra de objetos robados) <input type="text"/></p> <p>5. Delitos violentos?: (atracos, asaltos, incendios, violación, homicidio) <input type="text"/></p> <p>6. Otros delitos? <input type="text"/></p> <p>7. ¿Cuántos de estos cargos resultaron en condenas?: <input type="text"/></p> <p>¿Cuántas veces en su vida ha sido acusado de:</p> <p>8. Alteración del orden, vagabundeo, intoxicación pública?: <input type="text"/></p> <p>9. Prostitución?: <input type="text"/></p> <p>10. Conducir embriagado?: <input type="text"/></p> <p>11. Delitos de tráfico?: (velocidad, conducir sin carnet, conducción peligrosa, etc.) <input type="text"/></p>	<p>12. ¿Cuántos meses en su vida ha estado en la cárcel?: (meses) <input type="text"/></p> <p>13. ¿Cuánto tiempo duró su último período en la cárcel?: (meses) <input type="text"/></p> <p>14. ¿Cuál fue la causa? (Use los códigos 03-08, 08-11. Si ha habido múltiples cargos, coloque el más severo) <input type="text"/></p> <p>15. En el momento actual, ¿está pendiente de cargos, juicio o sentencia? 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>16. ¿Por qué? (Si hay múltiples cargos codifique el más severo) <input type="text"/></p> <p>17. ¿Cuántos días en el último mes ha estado detenido o encarcelado?: (días) <input type="text"/></p> <p>18. ¿Cuántos días en el último mes ha realizado actividades ilegales para su beneficio?: (días) <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">PARA LAS PREGUNTAS 19 Y 20, POR FAVOR PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACION</p> <p>19. ¿Cómo de serios piensa que son sus problemas legales actuales? (Excluir problemas civiles) <input type="checkbox"/></p>	<p>20. ¿Qué importancia tiene ahora para Ud. el asesoramiento para esos problemas legales? <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">ESCALA DE SEVERIDAD PARA EL ENTREVISTADOR</p> <p>21. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de servicios legales o asesoramiento? <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">PUNTUACIONES DE VALIDEZ</p> <p>La información anterior está significativamente distorsionada por:</p> <p>22. ¿Imagen distorsionada del paciente? 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>23. ¿La incapacidad para comprender del paciente? 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Comentarios</p>
--	---	--

HISTORIA FAMILIAR

¿Alguno de sus familiares ha tenido lo que Ud. llamaría un problema importante de alcoholismo, abuso de otras drogas o psiquiátrico, que le llevó o hubiera debido llevarle a recibir tratamiento?

RAMA MATERNA	RAMA PATERNA	HERMANOS
Alcohol	Drogas	Psq
Abuela <input type="checkbox"/>	Abuela <input type="checkbox"/>	Hermano 1 <input type="checkbox"/>
Abuelo <input type="checkbox"/>	Abuelo <input type="checkbox"/>	Hermano 2 <input type="checkbox"/>
Madre <input type="checkbox"/>	Padre <input type="checkbox"/>	Hermana 1 <input type="checkbox"/>
Tía <input type="checkbox"/>	Tía <input type="checkbox"/>	Hermana 2 <input type="checkbox"/>
Tío <input type="checkbox"/>	Tío <input type="checkbox"/>	Hermanastro <input type="checkbox"/>
Otro impte. <input type="checkbox"/>	Otro impte. <input type="checkbox"/>	

Instrucciones: Ponga un "0" en la categoría familiar cuando la respuesta sea claramente "no para todos los familiares de la categoría", "1" cuando la respuesta es claramente "sí para algún familiar dentro de esa categoría", "X" cuando la respuesta no esté del todo clara o sea no sé, y "N" cuando nunca haya existido un familiar en dicha categoría. En caso de que existan más de 2 hermanos por categoría, codifique los más problemáticos.

RELACIONES FAMILIARES / SOCIALES

1. Estado civil:

- | | |
|-------------------------|---------------|
| 1. Casado | 4. Separado |
| 2. Casado en 2ª nupcias | 5. Divorciado |
| 3. Viudo | 6. Soltero |

2. ¿Hace cuánto tiempo tiene este estado civil?: años meses

3. ¿Está satisfecho con esta situación?

0. No
1. Indiferente
2. Sí

4. Convivencia habitual (En los últimos 3 años)

1. Pareja e hijos
2. Pareja
3. Hijos
4. Padres
5. Familia
6. Amigos
7. Solo
8. Medio protegido
9. No estable

5. ¿Cuánto tiempo ha vivido en esa situación? años meses

(Si es con padres o familia contar a partir de los 18 años)

6. ¿Está satisfecho con esa convivencia?

0. No
1. Indiferente
2. Sí

¿Vive con alguien que:
0. No 1. Sí

6A Actualmente tiene problemas relacionados con el alcohol?

6B Usa drogas psicoactivas?

7. ¿Con quién pasa la mayor parte de su tiempo libre?:

1. Familia, sin problemas actuales de alcohol o drogas
2. Familia, con problemas actuales de alcohol o drogas
3. Amigos, sin problemas actuales de alcohol o drogas
4. Amigos, con problemas actuales de alcohol o drogas
5. Solo

8. ¿Está satisfecho con la forma en que utiliza su tiempo libre?

0. No
1. Indiferente
2. Sí

9. ¿Cuántos amigos íntimos tiene?

Instrucciones para 9A a 18 : Ponga un "0" en la categoría familiar cuando la respuesta sea claramente **no para todos los familiares de la categoría**, "1" cuando la respuesta es claramente **sí para algún familiar dentro de esa categoría**, "X" cuando la respuesta **no esté del todo clara o sea "no sé"**, y "N" cuando nunca haya existido un familiar en dicha categoría.

9A ¿Diría Ud. que a tenido relaciones próximas, duraderas, personales con alguna de las siguientes personas en su vida?

Madre:

Padre:

Hermanos/as:

Pareja sexual/esposo/a:

Hijos/as:

Amigos/as:

Ha tenido períodos en que ha Experimentado problemas serios con:
0. No 1. Sí

	Ultimo mes	A lo largo de la vida
10. Madre	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Padre	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. Hermanos/as	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13. Pareja sexual/esposo/a	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. Hijos/as	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15. Otro/a familiar	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16. Amigos/as íntimos/as	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17. Vecinos/as	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18. Compañeros de trabajo / estudio	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Algunas de estas personas (10-18) ha abusado de Ud.:
0. No 1. Sí

	Ultimo mes	A lo largo de la vida
18A. Emocionalmente? (Insultándole, etc)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18B. Físicamente? (Produciéndole daños físicos)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18C. Sexualmente? (forzándole a mantener relaciones sexuales)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

19. ¿Cuántos días en el último mes ha tenido problemas serios

A. Con su familia?

B. Con otra gente? (Excluir familiares)

PARA LAS PREGUNTAS 20 Y 23, POR FAVOR PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACION

¿Cuánto le han molestado o preocupado en el último mes sus

20. problemas familiares?

21. problemas sociales?

¿Qué importancia tiene ahora para Ud. el asesoramiento para esos:

22. problemas familiares?

23. problemas sociales?

ESCALA DE SEVERIDAD PARA EL ENTREVISTADOR

24. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de asesoramiento familiar y/o social?

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

25. ¿Imagen distorsionada del paciente?
0. No 1. Sí

26. ¿La incapacidad para comprender del paciente?
0. No 1. Sí

Comentarios

ESTADO PSIQUIATRICO

1. ¿Cuántas veces ha recibido tratamiento por problemas psicológicos o emocionales?

Tratamiento hospitalario:

Tratamiento ambulatorio:

2. ¿Recibe una pensión por incapacidad psíquica?
0. No 1. Sí

Ha pasado un período de tiempo significativo (no directamente debido al uso de alcohol o drogas) en el cual Ud. (consulte el manual para definiciones):
0. No 1. Sí

3. Experimentó depresión severa? Ultimo mes A lo largo de la vida

4. Experimentó ansiedad o tensión severa?

5. Experimentó problemas para comprender, concentrarse o recordar?

6. Experimentó alucinaciones?

7. Experimentó problemas para controlar conductas violentas?

8. Recibía medicación prescrita por problemas emocionales o psicológicos?

9. Experimentó ideación suicida severa?

10. Realizó intentos suicidas?

10A ¿Cuántas veces intentó suicidarse?

11. ¿Cuántos días en el último mes ha experimentado esos problemas psicológicos/emocionales?

PARA LAS PREGUNTAS 12 Y 13, POR FAVOR PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACION

12. ¿Cómo le han preocupado o molestado en el último mes estos problemas psicológicos o emocionales?

13. ¿Qué importancia tiene ahora para Ud. el tratamiento para esos problemas psicológicos?

LOS SIGUIENTES ITEMS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS POR EL ENTREVISTADOR

Durante la entrevista, el paciente se presentaba:

0. No 1. Sí

14. Francamente deprimido/retraído

15. Francamente hostil

16. Francamente ansioso/nervioso

17. Con problemas para interpretar la realidad, trastornos del pensamiento, ideación paranoide

18. Con problemas de comprensión, Concentración o recuerdo

19. Con ideación suicida

ESCALA DE SEVERIDAD PARA EL ENTREVISTADOR

20. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento psiquiátrico/psicológico?

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

21. ¿Imagen distorsionada del paciente?
0. No 1. Sí

22. ¿La incapacidad para comprender del paciente?
0. No 1. Sí

Comentarios

4.3. Revised Conflicts Tactics Scale-2

REVISED CONFLICTS TACTICS SCALE-2 (CTS-2) CONDUCTAS DE PAREJA (Strauss et al. 1996)

Descripción

El CTS2 mide hasta qué punto las personas utilizan la violencia contra sus parejas y hasta qué punto utilizan la negociación para resolver conflictos. El CTS2 se compone de 78 ítems, todos ellos referentes tanto a las acciones realizadas por la persona que contesta el cuestionario como a las ejercidas por su pareja. Consta de cinco escalas: Razonamiento/Negociación, Agresión física, Abuso psicológico, Coerción sexual y Lesiones.

Puntuación

A continuación se presentan los ítems que componen cada subescala, así como la dirección de la puntuación. En este caso se va a emplear la prevalencia que es un indicador dicotómico (0-1), que indica si alguno de los actos que componen la escala ha ocurrido o no durante el último año.

▪ Razonamiento/Negociación:

Tipo	Ítems	Puntuación
EMOCIONAL	1, 13 y 39	0 - 1
COGNITIVA	3, 59 y 77	0 - 1

▪ Agresión física:

Tipo	Ítems	Puntuación
MENOR	7, 9, 17, 45 y 53	0 - 1
GRAVE	21, 27, 33, 37, 43, 61 y 73	0 - 1

▪ Abuso psicológico:

Tipo	Ítems	Puntuación
MENOR	5, 35, 49 y 67	0 - 1
GRAVE	25, 29, 65 y 69	0 - 1

▪ Coerción sexual:

Tipo	Ítems	Puntuación
MENOR	15, 51 y 63	0 - 1
GRAVE	19, 47, 57 y 75	0 - 1

▪ **Lesiones**

Tipo	Ítems	Puntuación
MENOR	11 y 71	0 - 1
GRAVE	23, 31, 41 y 55	0 - 1

CTS-2

FORMA A: CONDUCTAS DE PAREJA

No importa la bien que se lleve una pareja, hay veces que no están de acuerdo, se molestan con la otra persona, cada uno quiere cosas diferentes, o tiene riñas o peleas ya sea porque están de mal humor, cansados o por otros motivos. Las parejas también tratan de resolver estas diferencias de diferentes maneras. Ésta es una lista de cosas que tú y tu pareja puede que hagáis cuando tenéis diferencias. Por favor, rodea con un círculo cuántas veces tú y tu pareja habéis hecho alguna de estas cosas en los últimos doce meses. Si no habéis hecho ninguna de estas cosas durante los doce últimos meses, pero ha sucedido alguna vez antes, rodea con un círculo el "7".

¿Cuántas veces ocurrió?

1 = Una vez el año pasado

2 = Dos veces el año pasado

3 = De 3 a 5 veces el año pasado

4 = De 6 a 10 veces el año pasado

5 = De 11 a 20 veces el año pasado

6 = Más de 20 veces el año pasado

7 = Nunca el año pasado, pero sucedió antes

0 = No ha pasado antes

1.	Le dije a mi pareja que le apreciaba incluso en un momento de desacuerdo.	1	2	3	4	5	6	7	0
2.	Mi pareja me dijo que me apreciaba incluso en un momento de desacuerdo.	1	2	3	4	5	6	7	0
3.	Le expliqué a mi pareja mi punto de vista sobre nuestro desacuerdo.	1	2	3	4	5	6	7	0
4.	Mi pareja me explicó su punto de vista sobre nuestro desacuerdo.	1	2	3	4	5	6	7	0
5.	Le dije una palabrota a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7	0
6.	Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
7.	Le tiré algo a mi pareja que pudo hacerle daño.	1	2	3	4	5	6	7	0
8.	Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
9.	Retorcí el brazo a mi pareja o le tiré de los pelos.	1	2	3	4	5	6	7	0
10.	Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
11.	Me hice una torcedura, pequeño corte o cardenal como consecuencia de una pelea con mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7	0
12.	Mi pareja tuvo una torcedura, pequeño corte o cardenal peleando conmigo.	1	2	3	4	5	6	7	0

- 1 = Una vez el año pasado
 2 = Dos veces el año pasado
 3 = De 3 a 5 veces el año pasado
 4 = De 6 a 10 veces el año pasado
 5 = De 11 a 20 veces el año pasado
 6 = Más de 20 veces el año pasado
 7 = Nunca el año pasado, pero sucedió antes
 0 = No ha pasado antes

13. Mostré respeto por los sentimientos de mi pareja sobre un tema.	1	2	3	4	5	6	7	0
14. Mi pareja mostró respeto por mis sentimientos sobre un tema.	1	2	3	4	5	6	7	0
15. Obligué a mi pareja a tener relaciones sexuales sin un condón.	1	2	3	4	5	6	7	0
16. Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
17. Le di un empujón a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7	0
18. Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
19. Usé la fuerza (golpeando, sujetándole, o usando un arma) para obligar a mi pareja a tener sexo oral o anal.	1	2	3	4	5	6	7	0
20. Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
21. Usé un cuchillo o un arma de fuego contra mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7	0
22. Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
23. Perdí el conocimiento después de ser golpeado en la cabeza por mi pareja durante una pelea.	1	2	3	4	5	6	7	0
24. Mi pareja perdió el conocimiento por un golpe en la cabeza durante una pelea conmigo.	1	2	3	4	5	6	7	0
25. Insulté a mi pareja llamándola, por ejemplo, gordo/a o feo/a.	1	2	3	4	5	6	7	0
26. Mi pareja me insultó llamándome, por ejemplo, gordo/a o feo/a.	1	2	3	4	5	6	7	0
27. Di un puñetazo o golpée a mi pareja con algo que pudo hacerle daño.	1	2	3	4	5	6	7	0
28. Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
29. Destrocé algo que pertenecía a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7	0
30. Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
31. Fui al médico como consecuencia de una pelea con mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7	0
32. Mi pareja fue al médico como consecuencia de una pelea conmigo.	1	2	3	4	5	6	7	0
33. Agarré a mi pareja por el cuello como para estranglarla.	1	2	3	4	5	6	7	0

- 1 = Una vez el año pasado
 2 = Dos veces el año pasado
 3 = De 3 a 5 veces el año pasado
 4 = De 6 a 10 veces el año pasado
 5 = De 11 a 20 veces el año pasado
 6 = Más de 20 veces el año pasado
 7 = Nunca el año pasado, pero sucedió antes
 0 = No ha pasado antes

34. Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
35. Grité o chillé a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7	0
36. Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
37. Lancé a mi pareja contra una pared.	1	2	3	4	5	6	7	0
38. Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
39. Le dije que estaba seguro/a de que podíamos solucionar un problema.	1	2	3	4	5	6	7	0
40. Me dijo que estaba seguro/a de que podíamos solucionar un problema.	1	2	3	4	5	6	7	0
41. Necesité ver un médico como consecuencia de una pelea con mi pareja, pero no lo vi.	1	2	3	4	5	6	7	0
42. Mi pareja necesitó ver a un médico como consecuencia de una pelea conmigo, pero no lo vio.	1	2	3	4	5	6	7	0
43. Le di una paliza a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7	0
44. Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
45. Agarré con fuerza a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7	0
46. Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
47. Usé la fuerza (golpeando, sujetándole o usando un arma) para obligar a mi pareja a tener relaciones sexuales.	1	2	3	4	5	6	7	0
48. Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
49. Me fui furioso/a de la habitación, la casa o el patio durante una riña.	1	2	3	4	5	6	7	0
50. Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
51. Insistí en tener relaciones sexuales aunque mi pareja no quería (pero no usé la fuerza física).	1	2	3	4	5	6	7	0
52. Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
53. Le di una bofetada a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7	0
54. Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
55. Me rompí un hueso como consecuencia de una pelea con mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7	0
56. Mi pareja se rompió un hueso como consecuencia de una pelea conmigo.	1	2	3	4	5	6	7	0

- 1 = Una vez el año pasado
 2 = Dos veces el año pasado
 3 = De 3 a 5 veces el año pasado
 4 = De 6 a 10 veces el año pasado
 5 = De 11 a 20 veces el año pasado
 6 = Más de 20 veces el año pasado
 7 = Nunca el año pasado, pero sucedió antes
 0 = No ha pasado antes

57. Usé amenazas para hacer a mi pareja tener sexo oral o anal.	1	2	3	4	5	6	7	0
58. Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
59. Sugerí un pacto para ponernos de acuerdo.	1	2	3	4	5	6	7	0
60. Mi pareja sugirió un pacto para ponernos de acuerdo.	1	2	3	4	5	6	7	0
61. Le provoqué quemaduras o le arrojé un líquido hirviendo a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7	0
62. Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
63. Insistí en que mi pareja tuviera sexo oral o anal (pero no usé la fuerza).	1	2	3	4	5	6	7	0
64. Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
65. Acusé a mi pareja de ser un/a amante pésimo/a.	1	2	3	4	5	6	7	0
66. Mi pareja me acusó de esto.	1	2	3	4	5	6	7	0
67. Hice algo para fastidiar a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7	0
68. Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
69. Amenacé a mi pareja con darle un golpe o arrojarle algo.	1	2	3	4	5	6	7	0
70. Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
71. Todavía tenía dolores el día después de haberme peleado con mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7	0
72. Mi pareja todavía tenía dolores el día después de haberse peleado conmigo.	1	2	3	4	5	6	7	0
73. Le di una patada a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7	0
74. Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
75. Usé amenazas para hacer a mi pareja tener relaciones sexuales.	1	2	3	4	5	6	7	0
76. Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
77. Estuve de acuerdo en intentar la solución que mi pareja propuso a un desacuerdo.	1	2	3	4	5	6	7	0
78. Mi pareja estuvo de acuerdo en intentar la solución que yo propuse.	1	2	3	4	5	6	7	0

4.4. Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS SOBRE LA MUJER (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998)

Descripción

El *Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer* (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998) consiste en un listado de 13 ítems binarios que están dirigidos a detectar los pensamientos irracionales del maltratador relacionados con los roles sexuales y la inferioridad de la mujer. Estos pensamientos resultan de gran interés en la medida en que propician la aparición de conductas violentas. El paciente ha de señalar qué ideas expresadas en el inventario corresponden a su forma habitual de pensar.

Puntuación

Se puntúa cada respuesta afirmativa. Por ello, el rango del inventario oscila de 0 a 13 puntos. A mayor puntuación, mayor número de distorsiones cognitivas relacionadas con la mujer.

**INVENTARIO DE PENSAMIENTOS
DISTORSIONADOS SOBRE LA MUJER**
(Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998)

NOMBRE:

Nº:

TERAPEUTA:

FECHA:

EVALUACION:

Señala, por favor, tu grado de acuerdo-desacuerdo con las siguientes frases

	Muy en Desacuerdo (1)	En Desacuerdo (2)	De Acuerdo (3)	Muy de acuerdo (4)
1. Las mujeres son inferiores a los hombres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Si el marido es el que aporta el dinero en casa, la mujer debe estar supeditada a él.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. El marido es el responsable de la familia, por lo que la mujer le debe obedecer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La mujer debe tener la comida y la cena a punto para cuando el marido vuelva a casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La obligación de una mujer es tener relaciones sexuales con su marido, aunque en ese momento no le apetezca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Una mujer no debe llevar la contraria a su marido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Una mujer que permanece conviviendo con un hombre violento debe tener un serio problema psicológico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Para muchas mujeres, el maltrato por parte de sus maridos es una muestra de su preocupación por ellas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Cuando un hombre pega a su mujer, ella ya sabrá por qué.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Si las mujeres realmente quisieran, sabrían cómo prevenir nuevos episodios de violencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Muchas mujeres provocan deliberadamente a sus maridos para que éstos pierdan el control y les golpeen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Si una mujer tiene dinero, no tiene por qué soportar una relación en la que existe violencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. El hecho de que la mayoría de las mujeres no suele llamar a la policía cuando están siendo maltratadas, prueba que quieren proteger a sus maridos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.5. Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre el Uso de la Violencia

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS SOBRE EL USO DE LA VIOLENCIA (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998)

Descripción

El *Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre el Uso de la Violencia* (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998) consiste en un listado de 16 ítems binarios que están dirigidos a detectar los pensamientos irracionales del maltratador relacionados con la utilización de la violencia como una forma aceptable de resolver los conflictos. Estos pensamientos resultan de gran interés en la medida en que propician la aparición de conductas violentas. El paciente ha de señalar qué ideas expresadas en el inventario corresponden a su forma habitual de pensar.

Puntuación

Se puntúa cada respuesta afirmativa. Por ello, el rango del inventario oscila de 0 a 16 puntos. A mayor puntuación, mayor número de distorsiones cognitivas relacionadas con la utilización de la violencia como una forma aceptable de resolver los conflictos.

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS SOBRE EL USO DE LA VIOLENCIA

(Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998)

NOMBRE:

Nº:

TERAPEUTA:

FECHA:

EVALUACION:

Señala, por favor, tu grado de acuerdo-desacuerdo con las siguientes frases

	Muy en Desacuerdo (1)	En Desacuerdo (2)	De Acuerdo (3)	Muy de acuerdo (4)
1. Si un niño pega a tu hijo, éste debe responderle de la misma forma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Los profesores de escuela hacen bien en utilizar el castigo físico contra niños que son repetidamente desobedientes y rebeldes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Los niños realmente no se dan cuenta de que sus padres pegan a sus madres a no ser que sean testigos de una pelea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Las bofetadas son a veces necesarias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Para maltratar a una mujer hay que odiarla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Si un hombre agrede a su pareja es porque está totalmente justificado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. La mayoría de los hombres que agreden a sus parejas se sienten avergonzados y culpables por ello.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Los golpes en el trasero (a un niño) son a veces necesarios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Lo que ocurre en una familia es problema únicamente de la familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Muy pocas mujeres tienen secuelas físicas o psíquicas a causa de los malos tratos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Si muchas mujeres no fastidiaran tanto a sus maridos, seguramente no serían maltratadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. La mayoría de los maltratadores son personas fracasadas o "perdedores".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Las mujeres a menudo lesionan también a sus maridos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Cuando tus vecinos se están pegando, no es responsabilidad tuya intervenir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. No siempre es un delito que un hombre pegue a una mujer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Los agresores son personas con graves problemas psicológicos que a menudo no saben lo que hacen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.6. SCL-90-R

SCL-90-R (Derogatis, 1975)

Descripción

El *Listado de Síntomas (SCL-90-R)* (Derogatis, 1975) es un cuestionario autoadministrado de evaluación psicopatológica general. Consta de 90 ítems, con 5 alternativas de respuesta en una escala de tipo Likert, que oscilan entre 0 (*nada*) y 4 (*mucho*). El cuestionario tiene como objetivo reflejar los síntomas de malestar psicológico de un sujeto. Al haberse mostrado sensible al cambio terapéutico, se puede utilizar tanto en una única evaluación como en evaluaciones repetidas. El SCL-90-R está constituido por nueve dimensiones de síntomas primarios (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo). Además, ofrece tres índices globales que reflejan el nivel de gravedad global del sujeto: Índice Global de Gravedad (GSI), Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI) y Total de Síntomas Positivos (PST).

Puntuación

Puntuación de cada dimensión: Se suman las puntuaciones de los ítems correspondientes a la dimensión y se divide por el número de ítems que comprende. El resultado debe incluir dos cifras decimales. En este apartado no se tienen en cuenta los ítems adicionales (síntomas discretos que no pertenecen a ninguna dimensión en concreto). Los ítems que corresponden a cada dimensión aparecen marcados con la siguiente clave:

- (S)** Somatización
- (O)** Obsesión-compulsión
- (SI)** Sensibilidad interpersonal
- (D)** Depresión
- (A)** Ansiedad
- (H)** Hostilidad
- (AF)** Ansiedad fóbica
- (I)** Ideación paranoide
- (P)** Psicoticismo

Los 7 ítems que no tienen letra pertenecen a los síntomas discretos.

Puntuación de los índices globales:

- GSI:** Se suman las puntuaciones de todos los ítems de la escala (incluidos los ítems adicionales) y se divide entre 90.
- PSDI:** Se suman las puntuaciones de todos los ítems (incluidos los adicionales) y se divide entre la puntuación obtenida en el PST.
- PST:** Se suma el número de ítems que han sido contestados con respuestas distintas de cero.

Tipificación:

Una vez obtenidos los índices de la escala (dimensionales y globales), han de transformarse en puntuaciones típicas (T), según la tabla correspondiente, en función del grupo normativo al que pertenezca el sujeto.

Omisión de respuestas y puntuación:

En el caso de que el sujeto haya omitido ítems al contestar la prueba, esta no se invalida necesariamente, sino que:

- a) la escala en su globalidad se invalida cuando el sujeto ha omitido más del 20% de los ítems (>18).
- b) una dimensión particular se invalidará cuando el sujeto haya omitido más del 40% de los ítems de aquella dimensión.

En caso de no quedar invalidada la escala, habrá que realizar una serie de ajustes. Para hallar la puntuación de cada dimensión habrá que descontar del denominador el número de ítems omitidos en esa dimensión. Para hallar el índice GSI habrá que descontar del denominador el número total de ítems omitidos en la escala. El PTS y el PSDI no se ven directamente afectados por la omisión de respuestas.

Definición operacional de caso psiquiátrico

Un sujeto se define en el SCL-90-R como caso positivo (con trastorno psiquiátrico) en los siguientes casos:

- a) si el sujeto obtiene una puntuación GSI (según la tabla de "no pacientes") mayor o igual a una puntuación T de 63.
- b) si el sujeto obtiene una puntuación T mayor o igual a 63 en dos dimensiones sintomatológicas.

SCL-90-R
(Derogatis, 1975)

NOMBRE:

Nº:

TERAPEUTA:

FECHA:

EVALUACION:

INSTRUCCIONES PARA CONTESTAR EL CUESTIONARIO.

Lea atentamente la siguiente lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre alguna vez. Piense si a usted le ha pasado en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy.

Rodee con un círculo el número de la respuesta que refleje mejor su situación actual.

0 Nada 1 Un poco 2 Moderadamente 3 Bastante 4 Mucho

- 1S. Dolores de cabeza..... 0 1 2 3 4
- 2A. Nerviosismo o agitación interior..... 0 1 2 3 4
- 3O. Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente..... 0 1 2 3 4
- 4S. Sensaciones de desmayo o mareo..... 0 1 2 3 4
- 5D. Pérdida de deseo o de placer sexual..... 0 1 2 3 4
- 6SI. El hecho de juzgar a otros negativa o críticamente..... 0 1 2 3 4
- 7P. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos..... 0 1 2 3 4
- 8I. La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás..... 0 1 2 3 4
- 9O. La dificultad para recordar las cosas..... 0 1 2 3 4
- 10O. Preocupaciones por la falta de aseo personal, el descuido o la desorganización..... 0 1 2 3 4
- 11H. Sentirse fácilmente irritado o enfadado..... 0 1 2 3 4
- 12S. Dolores en el corazón o en el pecho..... 0 1 2 3 4

0 Nada 1 Un poco 2 Moderadamente 3 Bastante 4 Mucho

- 13AF. Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle 0 1 2 3 4
- 14D. Sentirse bajo de energías o decaído..... 0 1 2 3 4
- 15D. Pensamientos suicidas, o ideas de acabar con su vida..... 0 1 2 3 4
- 16P. Oír voces que otras personas no oyen..... 0 1 2 3 4
- 17A. Temblores..... 0 1 2 3 4
- 18I. La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas..... 0 1 2 3 4
19. Falta de apetito..... 0 1 2 3 4
- 20D. Llorar fácilmente..... 0 1 2 3 4
- 21SI. Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto..... 0 1 2 3 4
- 22D. La sensación de estar atrapado o como encerrado..... 0 1 2 3 4
- 23A. Tener miedo de repente y sin razón..... 0 1 2 3 4
- 24H. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar..... 0 1 2 3 4
- 25AF. Miedo a salir de casa solo..... 0 1 2 3 4
- 26D. Culparse a sí mismo de todo lo que pasa..... 0 1 2 3 4
- 27S. Dolores en la parte baja de la espalda..... 0 1 2 3 4
- 28O. Sentirse incapaz de lograr hacer las cosas..... 0 1 2 3 4
- 29D. Sentirse solo..... 0 1 2 3 4
- 30D. Sentirse triste 0 1 2 3 4
- 31D. Preocuparse demasiado por las cosas..... 0 1 2 3 4
- 32D. No sentir interés por las cosas..... 0 1 2 3 4
- 33A. Sentirse temeroso..... 0 1 2 3 4
- 34SI. Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad..... 0 1 2 3 4

0 Nada 1 Un poco 2 Moderadamente 3 Bastante 4 Mucho

- 35P. La impresión de que los demás se dan cuenta de sus pensamientos..... 0 1 2 3 4
- 36SI. La sensación de que los demás no le comprenden o le hacen caso..... 0 1 2 3 4
- 37SI. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta..... 0 1 2 3 4
- 38O. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien..... 0 1 2 3 4
- 39A. Que su corazón palpite o vaya muy deprisa..... 0 1 2 3 4
- 40S. Náuseas o malestar en el estómago..... 0 1 2 3 4
- 41SI. Sentirse inferior a los demás..... 0 1 2 3 4
- 42S. Dolores musculares..... 0 1 2 3 4
- 43I. Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted..... 0 1 2 3 4
44. Dificultad para conciliar el sueño..... 0 1 2 3 4
- 45O. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace..... 0 1 2 3 4
- 46O. Encontrar difícil el tomar decisiones..... 0 1 2 3 4
- 47AF. Sentir temor de viajar en coche, autobuses, metros o trenes..... 0 1 2 3 4
- 48S. Dificultad para respirar..... 0 1 2 3 4
- 49S. Sentir calor o frío de repente..... 0 1 2 3 4
- 50AF. Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo..... 0 1 2 3 4
- 51O. Que se le quede la mente en blanco..... 0 1 2 3 4
- 52S. Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo..... 0 1 2 3 4
- 53S. Sentir un nudo en la garganta..... 0 1 2 3 4
- 54D. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro..... 0 1 2 3 4

	0 Nada	1 Un poco	2 Moderadamente	3 Bastante	4 Mucho
55O.	Tener dificultades para concentrarse.....				0 1 2 3 4
56S.	Sentirse débil en alguna parte del cuerpo.....				0 1 2 3 4
57A.	Sentirse tenso o agitado.....				0 1 2 3 4
58S.	Pesadez en los brazos o en las piernas.....				0 1 2 3 4
59.	Pensamientos sobre la muerte o el hecho de morir.....				0 1 2 3 4
60.	Comer demasiado.....				0 1 2 3 4
61SI.	Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted.....				0 1 2 3 4
62P.	Tener pensamientos que no son suyos.....				0 1 2 3 4
63H.	Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien.....				0 1 2 3 4
64.	Despertarse de madrugada.....				0 1 2 3 4
65O.	Tener que repetir las mismas acciones, tales como tocar, lavar, contar, etc.....				0 1 2 3 4
66.	Sueño inquieto o perturbado.....				0 1 2 3 4
67H.	Tener ganas de romper algo.....				0 1 2 3 4
68I.	Tener ideas o creencias que los demás no comparten.....				0 1 2 3 4
69SI.	Sentirse muy cohibido entre otras personas.....				0 1 2 3 4
70AF.	Sentirse incómodo entre mucha gente, por ejemplo en el cine, tiendas, etc.....				0 1 2 3 4
71D.	Sentir que todo requiere un gran esfuerzo.....				0 1 2 3 4
72A.	Ataques de terror o pánico.....				0 1 2 3 4
73SI.	Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público.....				0 1 2 3 4
74H.	Tener discusiones frecuentes.....				0 1 2 3 4
75AF.	Sentirse nervioso cuando se queda solo.....				0 1 2 3 4

0 Nada 1 Un poco 2 Moderadamente 3 Bastante 4 Mucho

- 76I. El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros.....0 1 2 3 4
- 77P. Sentirse solo aunque esté con más gente.....0 1 2 3 4
- 78A. Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo.....0 1 2 3 4
- 79D. La sensación de ser inútil o no valer para nada.....0 1 2 3 4
- 80A. Presentimientos de que va a pasar algo malo.....0 1 2 3 4
- 81H. Gritar o tirar cosas.....0 1 2 3 4
- 82AF. Tener miedo de desmayarse en público.....0 1 2 3 4
- 83I. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si los dejara.....0 1 2 3 4
- 84P. Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante.....0 1 2 3 4
- 85P. La idea de que debería ser castigado por sus pecados.....0 1 2 3 4
- 86A. Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo.....0 1 2 3 4
- 87P. La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo.....0 1 2 3 4
- 88P. No sentirse cercano o íntimo con nadie.....0 1 2 3 4
89. Sentimiento de culpabilidad.....0 1 2 3 4
- 90P. La idea de que algo anda mal en su mente.....0 1 2 3 4

4.7. Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III)

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON (MCMI-II)

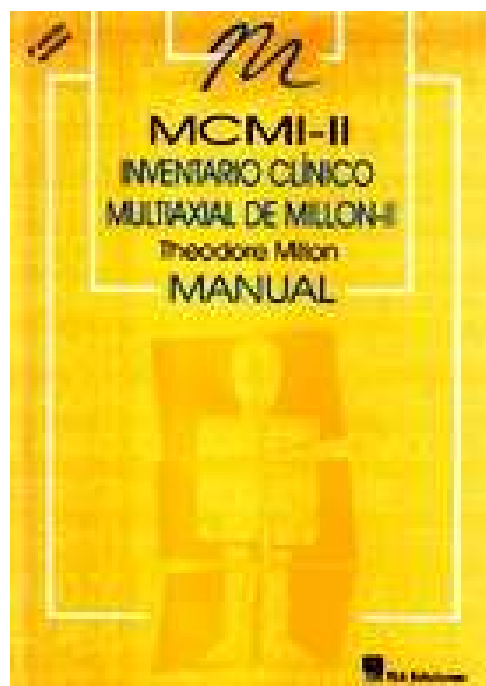
(Millon, 1997)

Descripción

El *Inventario Clínico Multiaxial de Millon* (MCMI-II) (Millon, 1997). Se trata de un cuestionario clínico autoaplicado de evaluación de la personalidad y de distintos síndromes clínicos. Está compuesto por 175 ítems de respuesta dicotómica (verdadero/falso), que proporcionan información sobre 10 escalas básicas de personalidad (esquizoide, fóbica, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivosádica, compulsiva, pasivo-agresiva y autodestructiva), 3 escalas de personalidad patológica (esquizoide, límite y paranoide), 6 síndromes clínicos de gravedad moderada (ansiedad, histeriforme, hipomanía, distimia, abuso de alcohol y abuso de drogas) y 3 síndromes clínicos de gravedad severa (pensamiento psicótico, depresión mayor y trastorno delirante). Debido al objetivo de este estudio, se presentan solamente los resultados de las 13 escalas de personalidad.

En este estudio se empleará la versión informatizada del mismo.

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAJIAL DE MILLON (MCMII-II)
(Millon, 1997)



4.8. Índice de Respuesta Interpersonal

ÍNDICE DE RESPUESTA INTERPERSONAL

(Davis, 1980)

Descripción

El *Índice de Respuesta Interpersonal* (Davis, 1980) consta de 28 ítems que valoran cuatro componentes de la empatía: *toma de perspectiva* (capacidad para apreciar el punto de vista de los demás), *interés empático* (capacidad para sentir compasión y preocupación por las personas que tienen experiencias negativas), *fantasía* (capacidad para identificarse con caracteres o personajes ficticios) y *aflicción personal* (capacidad para compartir las emociones negativas de los demás y de enfrentarse con los sentimientos negativos).

Puntuación

Cada uno de los 28 ítems se puntúan en una escala de tipo Likert que oscila de 0 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo). El rango total de la escala es, por tanto, de 0 a 112. A mayor puntuación, mayor capacidad empática. A continuación se indican los ítems que componen cada una de las subescalas, así como el sentido de la corrección. En concreto, los signos negativos se refieren a aquellos ítems que se puntúan de forma inversa.

Toma de perspectiva: 3 (-), 8, 11, 15 (-), 21, 25, 28

Interés empático: 2 (-), 4, 9, 14 (-), 18 (-), 20, 22

Fantasía: 1, 5, 7 (-), 12 (-), 16, 23, 26

Aflicción personal: 6, 10, 13 (-), 17, 19 (-), 24, 27

ÍNDICE DE RESPUESTA INTERPERSONAL

(Davis, 1980)

NOMBRE:

Nº:

TERAPEUTA:

FECHA:

EVALUACION:

Las siguientes afirmaciones se refieren a sus pensamientos y sentimientos en diversas situaciones. Indique, mediante una **X**, su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las afirmaciones que se presentan en relación con usted mismo. Lea con atención cada uno de los ítems antes de responder. Conteste tan sinceramente como pueda. Gracias.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Algo de acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. A veces sueño despierto y tengo fantasías sobre cosas que podrían pasarme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Con frecuencia me preocupo por los sentimientos y los problemas de la gente que tiene menos suerte que yo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. En ocasiones tengo dificultad para ver las cosas desde el punto de vista de los demás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Algunas veces no me afecta demasiado que otras personas tengan problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Generalmente me identifico con los sentimientos de los personajes de una novela.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Cuando surge alguna cosa de improviso y que no esperaba, me siento desconfiado y a disgusto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Cuando veo una película, me cuesta entrar en el argumento y pocas veces la veo terminar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Antes de tomar una decisión en una discusión intento tener en cuenta el punto de vista de todos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Cuando veo que se están aprovechando de alguien, me sale el instinto de protección hacia esa persona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Cuando estoy en medio de una situación muy tensa a veces siento que no puedo hacer nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. A veces intento entender mejor a mis amigos al imaginar cómo se ven las cosas desde su punto de vista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Algo de acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
12. Es muy raro que me meta del todo dentro de un buen libro o de una película.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Cuando veo a alguien que ha resultado herido suelo quedarme tranquilo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Las desgracias de los demás no me preocupan mucho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Si estoy seguro y tengo razón sobre algo, entonces no pierdo mucho tiempo escuchando los argumentos de los demás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Después de ver una película me siento como uno de sus personajes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Me asustan las situaciones emocionalmente intensas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. A veces, cuando veo que tratan injustamente a alguien, no siento mucha lástima por él.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Normalmente suelo salir bastante bien cuando me enfrento a situaciones que surgen de repente sin que yo las esperase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Con frecuencia me conmuevo bastante por cosas que veo que ocurren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Creo que todas las cuestiones tienen dos lados, e intento siempre mirarlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Creo que soy una persona bastante bondadosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Cuando veo una buena película, me puedo poner fácilmente en el lugar del personaje principal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Suelo perder el control durante situaciones que salen de repente sin que yo las esperase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Cuando estoy enfadado con alguien, normalmente intento ponerme en su lugar durante un rato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Cuando estoy leyendo una historia o novela interesante, me imagino cómo me sentiría si los hechos de la historia me ocurriesen a mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Cuando veo a alguien que está realmente mal en una situación que le ha salido de repente sin que se lo esperase, me quedo hecho pedazos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Antes de criticar a alguien intento imaginarme cómo me sentiría si estuviese en su lugar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.9. Inventario de Manifestación de la Ira Rasgo-Estado (STAXI)

STAXI

(Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg y Jacobs, 1988)

Descripción

El *Inventario de Manifestación de la Ira Rasgo-Estado (STAXI)* (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg y Jacobs, 1988) consta de 10 ítems relacionados con la ira-estado (intensidad de la emoción de la ira en una situación concreta) y de otros 10 referidos a la ira-rasgo (disposición individual para sentir ira habitualmente). El rango de las puntuaciones es de 10 a 40 en cada escala. Asimismo el STAXI cuenta con una tercera subescala de 24 ítems relacionada con la forma de la expresión de la ira (ira interna, ira externa y control de la ira). No obstante, en este caso no se va a utilizar esta última subescala.

Puntuación

- **Parte I (Ira-estado):** Para obtener la puntuación directa se suma la puntuación obtenida en cada uno de los 10 ítems que componen este apartado. A mayor puntuación, mayor grado de ira-estado.
- **Parte II (Ira-rasgo):** Para obtener la puntuación directa se suma la puntuación obtenida en cada uno de los 10 ítems que componen este apartado. A mayor puntuación, mayor grado de ira-rasgo.

STAXI

(Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg y Jacobs, 1988)

NOMBRE:

Nº:

TERAPEUTA:

FECHA:

EVALUACION:

PARTE I: INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Lea cada afirmación y marque con un círculo el número de la respuesta que refleje mejor **CÓMO SE SIENTE USTED EN LOS ÚLTIMOS DÍAS**. Utilice, para ello, la siguiente escala de valoración:

1=En absoluto	2=Algo	3=Moderadamente	4=Mucho
---------------	--------	-----------------	---------

CÓMO ME SIENTO EN LOS ÚLTIMOS DÍAS:

1. Estoy furioso.....1 2 3 4
2. Me siento irritado.....1 2 3 4
3. Me siento enfadado.....1 2 3 4
4. Tengo ganas de pegar a alguien.....1 2 3 4
5. Tengo ganas de romper cosas.....1 2 3 4
6. Estoy desquiciado.....1 2 3 4
7. Me gustaría golpear en la mesa.....1 2 3 4
8. Me gustaría pegar a alguien.....1 2 3 4
9. Estoy quemado.....1 2 3 4
10. Me gustaría decir tacos.....1 2 3 4

PARTE II: INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Lea cada afirmación marque con un círculo el número de la respuesta que refleje mejor **CÓMO SE SIENTE USTED NORMALMENTE**. Utilice, para ello, la siguiente escala de valoración:

1=Casi nunca	2=Algunas veces	3=A menudo	4=Casi siempre
--------------	-----------------	------------	----------------

CÓMO ME SIENTO NORMALMENTE:

11. Me caliento rápidamente..... 1 2 3 4
12. Tengo un carácter irritable..... 1 2 3 4
13. Soy una persona exaltada..... 1 2 3 4
14. Me enfado cuando me retraso por los errores de los demás... 1 2 3 4
15. Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen..... 1 2 3 4
16. Pierdo los estribos..... 1 2 3 4
17. Cuando me siento enfadado digo barbaridades..... 1 2 3 4
18. Me pone furioso que me critiquen delante de los demás..... 1 2 3 4
19. Cuando estoy frustrado me dan ganas de pegar a alguien..... 1 2 3 4
20. Me siento furioso cuando hago un buen trabajo y se me valora poco..... 1 2 3 4

4.10. Escala de Impulsividad (BIS-10)

ESCALA DE IMPULSIVIDAD (BIS-10)

(Barratt, 1985)

Descripción

La *Escala de Impulsividad (BIS-10)* (Barratt, 1985), dirigida a evaluar el grado de impulsividad de los sujetos, consta de 33 ítems que puntúan de 0 a 4 en una escala de tipo Likert. El rango total de la escala oscila de 0 a 132. Este instrumento consta de 3 subescalas, de 11 ítems cada una, y con un rango que oscila de 0 a 44. La primera subescala evalúa la impulsividad motora, la segunda la impulsividad cognitiva y, por último, la tercera evalúa la improvisación y ausencia de planificación.

Puntuación

A continuación se presentan los ítems que componen cada subescala, así como la dirección de la puntuación. A mayor puntuación, mayor presencia del rasgo medido en cada subescala. La puntuación total se obtiene de la suma de todas las subescalas.

▪ Impulsividad motora:

Ítems	Puntuación
2, 5, 11, 13, 16, 19, 22, 25, 28, 31	0 - 4
8	4 - 0

▪ Impulsividad cognitiva:

Ítems	Puntuación
3, 6, 17, 23, 26, 29	0 - 4
9, 12, 14, 20, 32	4 - 0

▪ Improvisación y ausencia de planificación:

Ítems	Puntuación
4, 15, 24, 27, 30	0 - 4
1, 7, 10, 18, 21, 33	4 - 0

ESCALA DE IMPULSIVIDAD (BIS-10)

(Barratt, 1985)

NOMBRE:

Nº:

TERAPEUTA:

FECHA:

EVALUACION:

Las frases que aparecen a continuación se refieren a diferentes formas de actuar. Lee atentamente cada una de ellas, y marca con una "X" la alternativa que más se ajusta a tu forma de ser. MUCHAS GRACIAS.

	Casi nunca/ nunca	Algunas veces	A veces sí/ a veces no	Bastantes veces	Casi siempre / siempre
1. Planeo cuidadosamente lo que voy a hacer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hago cosas sin pensar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me decido rápidamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Soy despreocupado/a y no previsor/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. No presto atención a las cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tengo pensamientos rápidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Planeo mis viajes con bastante antelación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Me sé controlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Me concentro fácilmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ahorro regularmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Estoy inquieto/a cuando acudo a teatros o conferencias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Soy una persona reflexiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Digo cosas sin pensar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Me gusta pensar en problemas complejos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Cambio de tareas constantemente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. A veces me dan "venadas".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Me aburro fácilmente cuando tengo que resolver problemas que exigen pensar mucho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Casi nunca/ nunca	Algunas veces	A veces sí/ a veces no	Bastantes veces	Casi siempre / siempre
18. Suelo acabar lo que empiezo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Actúo de forma impulsiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Me pienso bastante todo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Planifico mi futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Compró cosas dejándome llevar por mis impulsos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. No puedo pensar en más de una cosa a la vez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Cambio de "hobbies" y aficiones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Me muevo y ando rápido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Resuelvo problemas por ensayo y error.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Gasto más de lo que puedo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Hablo rápido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. A veces tengo pensamientos extraños.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Estoy más interesado en el presente que en el futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Me impaciento cuando tengo que estar quieto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Me gustan los "puzzles".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Pienso en el futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.11. Escala de Inadaptación

ESCALA DE INADAPTACIÓN

(Echeburúa y Corral, 1987)

Descripción

La *Escala de Inadaptación* (Echeburúa y Corral, 1987) refleja el grado en que la situación problemática de cada paciente afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo-estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar. Este instrumento consta de 6 ítems, que oscilan de 0 a 5 en una escala de tipo Likert. Se ha demostrado que existe una estrecha relación entre la puntuación obtenida en esta escala y diferentes escalas de gravedad de síntomas.

Puntuación

Se suma la puntuación obtenida en cada escala. El rango de la escala total es de 0 a 30. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es la inadaptación. En general, una puntuación igual o superior a 2 en cada ítem denota inadaptación. El punto de corte de la escala total es, por tanto, 12.

ESCALA DE INADAPTACIÓN

(Echeburúa y Corral, 1987)

NOMBRE:

Nº:

TERAPEUTA:

FECHA:

EVALUACION:

Rodee con un círculo el número que mejor describa su situación actual acerca de los aspectos de su vida cotidiana que se le señalan a continuación.

Trabajo y/o Estudios

1.- A causa de mis problemas actuales, mi funcionamiento en el trabajo y/o en los estudios se ha visto afectado:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

Vida social

2.- A causa de mis problemas actuales, mi vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

Tiempo libre

3.- A causa de mis problemas actuales, mis actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, viajes, práctica deportiva, etc.) se han visto afectadas:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

Relación de pareja

4.- A causa de mis problemas actuales, mi relación de pareja (o la posibilidad de encontrarla) se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

Vida familiar

5.- A causa de mis problemas actuales, mi relación familiar en general se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

Escala global

6.- A causa de mis problemas actuales, mi vida normal en general se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

