

Consumo de sustancias y trastornos de salud mental en agresores de violencia de género ingresados en prisión. Un estudio descriptivo

C Chérrez-Bermejo¹, R Alás-Brun²

¹ Médico Forense. Cuerpo Facultativo Sanidad Penitenciaria

² Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud.

RESUMEN

Objetivos: obtención de datos epidemiológicos sobre consumo de sustancias y trastornos mentales en agresores de género. **Material y Método:** estudio descriptivo sobre una muestra de 106 varones ingresados en prisión por violencia de género. Estimación de porcentajes de consumo perjudicial de sustancias y de diagnósticos psiquiátricos al ingreso en prisión con uso de la historia clínica informatizada del Servicio Navarro de Salud. **Resultados:** el 61'3% realizan un consumo perjudicial de sustancias. El porcentaje es mayor que en otros estudios realizados sobre poblaciones de agresores denunciados y detenidos. Las sustancias mayormente implicadas son alcohol y cocaína. Al ingreso en prisión, el 25'5% de los agresores tiene, al menos, un diagnóstico psiquiátrico. Destacan los trastornos adaptativos con un 11'3%, los trastornos de personalidad con un 6'6%, un 2'8% de trastornos psicóticos, un 1'9% de trastornos depresivos endógenos, un 1'9% de trastornos bipolares y un 1'9% de trastornos psico-orgánicos. El porcentaje de trastornos psicopatológicos es mayor que en otros estudios realizados sobre agresores. La media de edad de los individuos fue de 40 años. La nacionalidad con porcentaje mayoritario ha sido la española con un 50%. El porcentaje de inmigrantes es significativamente superior al de la población general. **Conclusiones:** Existe interés en investigar síntomas depresivos, rasgos patológicos de personalidad y consumo de alcohol y cocaína como desencadenante de episodios de violencia de género. El resultado sugiere interés en investigar el valor preventivo de medidas de seguridad específicas en consumo de sustancias frente a medidas de ingreso en prisión.

Palabras clave: Violencia Doméstica; Violencia contra la Mujer; Maltrato conyugal; Prisiones; Agresión; Trastornos Relacionados con Sustancias; Salud Mental; España.

A DESCRIPTIVE STUDY OF SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH DISORDERS IN INTIMATE PARTNER VIOLENCE ABUSERS IN PRISON

ABSTRACT

Objective: To obtain data on substance abuse and mental disorders amongst a population of inmates imprisoned for gender violence. **Design:** 106 intimate partner violence offenders were recruited in our study, all of whom were prison inmates. The study is descriptive and statistical comparison of percentages was used. **Results:** the percentage of substance abuse was 61.3%; most of which consisted of alcohol and cocaine. According to DSM-IV R, 25.5% of the inmates had at least one psychiatric diagnosis at the time when entering prison: 11.3% adjustment disorder with depressed mood, 6.6% personality disorders, 2.8% psychosis, 1.9% major depressive disorder, 1.9% bipolar disorder and 1.9% psycho-organic disorder were encountered. The average age of the men of the sample was forty years old. The most common nationality was Spanish. The percentage of immigrants was significant greater than the global percentage of the general population. The percentage of global substance consumption and psychopathologic problems is greater than data obtained in IPV from other populations, like samples of men charged by their partners with gender violence. **Conclusions:** depressive symptoms, personality disorders, alcohol and cocaine consumption need to be investigated as gender violence risk markers in Spain. Attention should be paid to the role of consumption prevention when entering prison.

Keywords: Domestic Violence; Violence Against Women; Spouse Abuse; Prisons; Aggression; Substance-Related Disorders; Mental Health; Spain.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, existe un consenso en la definición de la violencia de género (VG) como todo tipo de violencia ejercida por un varón sobre una mujer con la que tiene, o ha tenido, una relación afectiva. Este concepto distingue la violencia de género de otro tipo de violencia en el ámbito doméstico. La crisis económica acapara el interés público en nuestro país hoy en día y ha desplazado a la VG de la primera línea del interés social; ello no obstante, las víctimas de la violencia de género siguen generando una gran sensibilidad social y en un país desarrollado no debe ser objeto de discusión que la VG es un problema social grave¹.

El desarrollo de la conciencia social contemporánea fue el contexto en el que fue promulgada la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la VG. Esta ley establece un concepto integral de daño que supera el hecho de la violencia física y lo amplía a todo tipo de violencia como el acoso, las amenazas, violencia verbal como vejaciones o la violencia sexual. La Ley 1/2004 ha promovido la creación de Juzgados especializados en violencia sobre la Mujer y Unidades de Valoración Forense Integral a las víctimas de VG. Sin embargo, los elementos y parámetros desarrollados por este cambio normativo en la valoración jurídica y en la aplicación de penas, no han conseguido —a fecha actual— el objetivo fundamental de una disminución en el número de delitos de violencia de género².

A los sanitarios del Sistema Público se les demanda ser agentes implicados en la detección de mujeres víctimas de VG³ y este contexto obliga a los profesionales sanitarios a tomar conciencia de la magnitud social del problema. Una prevención eficaz puede surgir del conocimiento de los múltiples factores que condicionan la VG⁴⁻⁵. Un conocimiento integral de la VG obliga a comprender el fenómeno como un proceso interactivo entre víctima y agresor^{1,6} y justifica la investigación de los trastornos de salud que puedan influir en la conducta violenta del agresor.

Se cuenta en nuestro país con numerosos datos epidemiológicos relativos a las mujeres víctimas de la VG. Los estudios epidemiológicos sobre agresores son escasos en nuestro medio aunque, en los últimos años, se constata un aumento de los mismos.

En la bibliografía internacional, el abuso de sustancias adictivas en agresores se considera frecuente y se considera marcador de riesgo de nuevos episodios de violencia⁷⁻⁸. Los trastornos de personalidad⁹⁻¹¹ y los trastornos depresivos¹⁰ están identificados como trastornos de salud mental comunes.

En la bibliografía nacional contamos con exhaustivas revisiones bibliográficas sobre los conocimientos actuales en la materia⁹⁻¹⁰, y con trabajos realizados sobre población española^{9,11-13}. Se han obtenido porcentajes de consumo perjudicial de alcohol que llegan a valores del 41,9%¹² y del 39%¹³ y porcentajes de consumo de cocaína del 10,6%¹². La prevalencia global de trastornos mentales se considera baja entre los agresores con tasas de incidencia que se han calculado entre el 13 y el 26%¹⁰ con porcentajes globales del 20%¹⁴.

La escasez de estudios en nuestro medio relativos al agresor de VG justifica el interés de obtener datos epidemiológicos y hace pertinente el objetivo principal del trabajo que es aportar datos sobre consumo de sustancias y de trastornos mentales en la población de agresores de género con el fin de elaborar hipótesis válidas para la investigación de la dinámica del paso al acto agresivo en el varón.

La situación de los varones que son objeto de una denuncia falsa de violencia de género es un debate de gran calado sin que, a fecha actual, haya consenso en el conocimiento del impacto real de este problema. Las razones que condicionan una denuncia falsa corresponden habitualmente a la búsqueda de beneficios legales en la denunciante o a la expresión social de una relación disfuncional de pareja. En los estudios realizados sobre poblaciones compuestas por varones denunciados por sus parejas, los reclutamientos se producen en las Unidades de Valoración Integral dependientes de los Juzgados de la Mujer o en los Juzgados de Instrucción por requerimiento urgente. En estas poblaciones, el reclutamiento para el estudio de un individuo que no es realmente un agresor de género (debido a haber sido denunciado falsamente por su pareja) determina un sesgo de selección no susceptible de control por el investigador. En cambio, en una población compuesta en su integridad por varones que han ingresado en prisión por delito de VG, la probabilidad de reclutamiento de un varón víctima de denuncia falsa es extremadamente baja. El ingreso en prisión nunca se produce exclusivamente por denuncia de la víctima sino mediante auto judicial basado en el ordenamiento jurídico y motivado mediante la práctica de las pruebas jurídicas que estime el juez en cada caso.

El centro penitenciario de Pamplona es centro pionero en la coordinación entre Instituciones Penitenciarias (IIPP) y el Sistema Nacional de Salud mediante la implementación del acceso a la historia clínica informatizada del Servicio Navarro de Salud (SNS) en los servicios sanitarios propios de Sanidad Penitenciaria (cuerpo facultativo y cuerpo de enfermería de IIPP). Nuestro trabajo usa como medio de

obtención de información sanitaria esta herramienta informatizada lo que facilita la recogida de antecedentes sanitarios de los pacientes y aumenta el número y la fiabilidad de los datos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo sobre una población de varones que han ingresado en prisión por delito de VG. Descripción y comparación de porcentajes buscando una asociación significativa en la muestra en parámetros epidemiológicos y clínicos previamente seleccionados. El reclutamiento se realiza por muestreo sistemático aleatorio secuencial en el período comprendido entre el segundo semestre del año 2009 y el primer semestre del año 2011 en el centro penitenciario de Pamplona. Durante el período de reclutamiento se han recogido un total de 106 casos. El criterio de inclusión en la muestra ha sido el ingreso en prisión por un delito de VG. Se han excluido de la muestra a los varones sentenciados a prisión por otro tipo de delito de violencia doméstica, según la definición de VG determinada por la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la VG.

Se seleccionan como indicadores epidemiológicos la edad y la nacionalidad. Se agrupan diferentes nacionalidades en perfiles que comparten un sustrato cultural común. Cuando el individuo es un inmigrante de origen que ha obtenido la nacionalidad española en la edad adulta, el perfil asignado es el de origen y no el del perfil "España". Los datos de los porcentajes de inmigración en población residente en la Comunidad se obtienen del Observatorio Permanente de la Inmigración del Gobierno de Navarra (OPIMA) en la fecha que terminó el reclutamiento (junio del año 2011).

Con respecto a las posibles relaciones con patología médica, se seleccionan dos variables conforme a la línea de trabajos previos: "diagnóstico psiquiátrico" y "abuso de sustancias psicótropas". El criterio de inclusión en la variable "diagnóstico psiquiátrico" es la existencia en la historia clínica del SNS de un trastorno en salud mental realizado por un médico especialista en psiquiatría previamente al ingreso en prisión. Se excluyen diagnósticos realizados por otros profesionales que no sean médicos especialistas en psiquiatría. Los diagnósticos "trastornos reactivos", "reacciones de stress" y análogos son agrupados como "trastornos adaptativos ansioso-depresivos (TA)".

El criterio de inclusión en la variable "abuso de sustancias psicótropas" se estructura en dos fases. En los casos en los que se documenta valoración psiquiátrica previa, los criterios de inclusión y de exclusión

son —respectivamente— la presencia o la ausencia del diagnóstico en la red de Salud Mental. En los casos en los que no consta, en la historia clínica informatizada, ninguna valoración por médico especialista en psiquiatría previa al ingreso en prisión, el facultativo de sanidad penitenciaria valora a los internos al ingreso y se incluyen en la variable a los agresores que cumplen los criterios para el diagnóstico de "abuso de sustancia psicoactiva" de la clasificación DSM IV-R de la Asociación Americana de Psiquiatría. No se diferencia en la variable la consideración de "dependencia a sustancias" respecto a la de "abuso a sustancias" dado que no se han encontrado estudios que marquen diferencias entre ambos diagnósticos en relación a la VG. Se diferencian diferentes perfiles habituales de consumo siguiendo la referencia de trabajos previos en VG ^{11,15}.

El test estadístico utilizado es el de comparación de proporciones de chi cuadrado con significación estadística en una p inferior a 0,05. Se realizó el análisis estadístico de comparación de proporciones entre todos los indicadores con todas las frecuencias de las variables con test de aceptación de hipótesis o de rechazo mediante una búsqueda cruzada de todas las posibles asociaciones de las variables entre sí, sin hallar asociación con significación estadística en ninguna comparación. En todo el abanico posible de comparaciones entre los perfiles de edad y nacionalidad con el consumo de sustancias y con la presencia de trastornos mentales, no se halló asociación con significación estadística. Se compararon los perfiles de nacionalidad entre sí pero por el pequeño tamaño de la muestra no resultó válida la prueba y solo pudo compararse la nacionalidad española frente a la extranjera como grupo global.

RESULTADOS

Se halla un porcentaje total de trastornos mentales del 25,5%. La patología mental más frecuente son los trastornos adaptativos (TA) con un porcentaje global del 11,3%, seguido de los trastornos de personalidad (TP) con un 6,6%. Con porcentajes más bajos hallamos un 2'8% de trastornos psicóticos, un 1,9% de trastornos depresivos endógenos, un 1,9% de trastornos bipolares y un 1,9% de trastornos psico-orgánicos.

Se obtiene un porcentaje total de agresores con hábito de abuso de sustancias del 61,3%. El alcohol es la sustancia más frecuentemente implicada con un porcentaje global del 51,9%; en un 25,5% de casos se trata de un perfil exclusivo de alcohol y en un 23,6% existe un policonsumo de alcohol con cocaína. El abuso de cocaína tiene un porcentaje global del 26'4% y

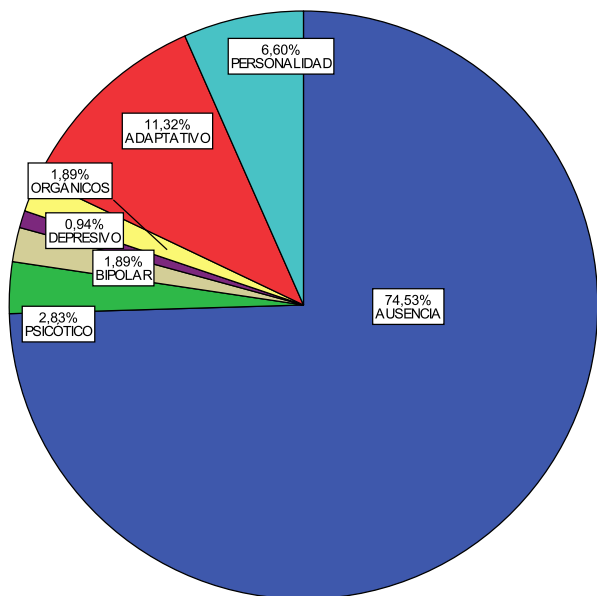


Figura 1. Porcentaje de diagnósticos psiquiátricos.

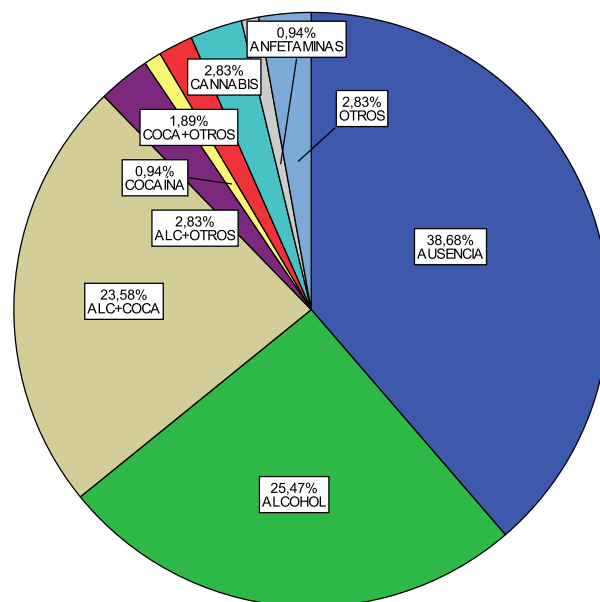


Figura 2. Porcentaje de abuso de sustancias.

solo un 0,94% en perfil de monoconsumo. Se halla un monoconsumo de cannabis en un 2,8%, un monoconsumo de anfetaminas en un 0,9% y un policonsumo de múltiples sustancias sin perfil definido en un porcentaje del 2'8%.

Tabla 1. Porcentajes de nacionalidad.

Nacionalidad	Frecuencia	Porcentaje
Española	53	50,0
Hispanoamericana	39	36,8
Magrebí	7	6,6
Europea mediterránea	3	2,8
Europea del este	4	3,8
Total	106	100,0

La nacionalidad con porcentaje mayoritario ha sido la española con un 50%, seguido del perfil "Hispanoamérica" con un 36,8%. De los 7 casos observados con diagnóstico de TP, seis son de nacionalidad española.

La media de edad de los individuos fue de 40 años, con una mediana de 38 años.

Solo 4 individuos asocian diagnóstico psiquiátrico a abuso de sustancias. Dos de ellos por consumo de alcohol, uno con consumo de cocaína y otro con policonsumo de ambas sustancias.

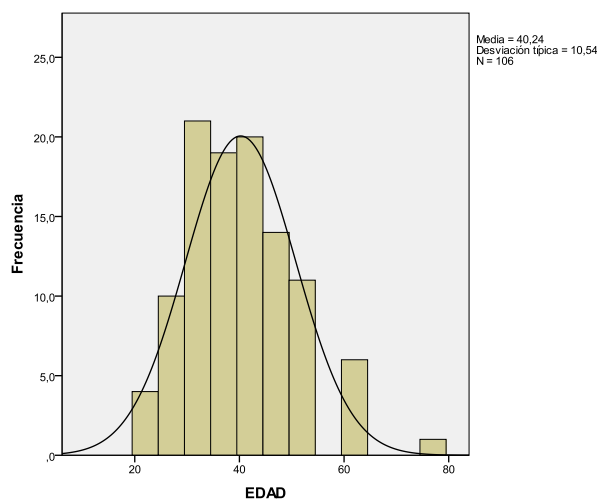


Figura 3. Distribución por Edad

DISCUSIÓN

La validez interna del estudio aumenta mediante el control del sesgo de selección de las falsas denuncias en VG con reducción de falsos positivos en la muestra. La validez externa está limitada por el escaso tamaño de la muestra. Este condicionante no ha permitido dividir o clasificar a la población de agresores entre los diversos perfiles de delitos. Por ejemplo, hubiera sido de interés diferenciar entre delitos de máxima gravedad, como homicidios, con delitos de menor

gravedad, como agresiones físicas de grado leve o violencia, con actos como amenazas y acoso. Tampoco ha sido posible y hubiera sido interesante diferenciar el ingreso inmediato en prisión por incumplimiento de órdenes judiciales de alejamiento. Ulteriores trabajos con muestras de mayor tamaño pueden hacer posible medir y comparar posibles diferencias entre los diversos tipos de agresiones que se tipifican jurídicamente como delito de violencia de género.

El condicionante de la escasa muestra tampoco ha permitido estudiar las variables por perfiles de edad.

Se encuentra un porcentaje de abuso de sustancias en agresores que llega al 61,3% y que supone un porcentaje global elevado hasta en un 20% respecto a otras poblaciones estudiadas. Las razones que pueden explicar este resultado son el tipo de población estudiada, la obtención de datos de una fuente tan amplia como es una historia clínica informatizada y la recogida de datos por expertos en asistencia clínica a toxicómanos quienes pueden poseer mayor capacidad de detección del problema.

Desde la perspectiva judicial, es posible que la condición del imputado de padecer un trastorno por abuso de sustancias esté asociado con una menor capacidad de defensa jurídica para evitar el ingreso en prisión.

Los datos obtenidos coinciden con otros estudios en identificar al alcohol y a la cocaína como sustancias más comúnmente implicadas. Se aportan datos en aspectos epidemiológicos de los que se tienen muy escasas referencias bibliográficas en nuestro medio. Destaca entre ellos, el porcentaje de consumo asociado de alcohol y cocaína (un perfil de policonsumo con morbilidad alta y de difícil manejo terapéutico) que llega al 23,6%. También se aportan porcentajes de perfiles de consumo de los que existen pocas referencias bibliográficas como perfiles de consumidores de anfetaminas y de cannabis.

Un dato obtenido que sorprende es el escaso número de individuos con trastorno dual (considerando este concepto clínico como patología psiquiátrica asociada a consumo de sustancias). Una posible explicación es que un porcentaje significativo de la muestra corresponde a individuos inmigrantes jóvenes de procedencia hispanoamericana con un abuso de sustancias contextualizado en días festivos como único trastorno en salud mental.

Se halla un porcentaje total de trastornos mentales del 25,5% que es un porcentaje mayor que el obtenido en otros estudios. Las razones pueden obedecer, asimismo, al uso de la herramienta informática y a un entorno que haya determinado mayor discriminación en detección de patología mental. De acuerdo a la ex-

periencia de los autores¹⁶, existe un porcentaje considerable de pacientes que no han sido valorados por especialistas en psiquiatría durante el proceso judicial y que se diagnostican de diferentes trastornos psiquiátricos posteriormente durante su reclusión. Por ejemplo, en un estudio realizado con una muestra de detenidos por cuerpos policiales¹² y sin acceso a historia clínica informatizada como fuente de información, se recoge un porcentaje global del 5% de trastornos psiquiátricos.

Hay estudios internacionales¹⁷⁻¹⁸ y españoles¹⁹ que sugieren asociación entre la patología mental y los casos más graves de VG. Este dato implica un interés alto en la investigación del posible papel de la psicopatología del agresor como desencadenante del acto violento. En los resultados del estudio destaca la incidencia de trastornos depresivos, siendo mayor la incidencia del tipo adaptativo o reactivo que el trastorno afectivo mayor, primario o endógeno. La incidencia de psicopatología depresiva en la VG está ya identificada como factor de riesgo en el medio anglosajón⁹. El dato de que casi la totalidad de los trastornos de personalidad (TP) sean de nacionalidad española sugiere que los agresores extranjeros han contactado menos con la red de salud mental. El trabajo aporta el dato de la incidencia de trastornos psico-orgánicos, un tipo de trastorno con gran variabilidad clínica y frecuente infradiagnóstico en la práctica clínica⁹.

Los estudios internacionales sobre consumo de sustancias en agresores son numerosos y se acepta que el consumo de sustancias tóxicas es un factor de riesgo para la incidencia de episodios de VG, siendo el alcohol la sustancia más frecuentemente asociada^{7-8,20-26}. Sin embargo, a pesar de los extensos datos epidemiológicos, el conocimiento de la psicodinámica de las sustancias psicoactivas en la VG se reconoce insuficiente^{7-8,15,20}. En el caso del alcohol, hay autores que subrayan la importancia de los factores sociales en su consumo²⁷. El consumo simultáneo de sustancias de abuso por parte de la víctima parece aumentar el riesgo de maltrato²³⁻²⁶. Hay estudios en EEUU que han mostrado que la prevalencia del consumo de alcohol^{17,27-30} y de cocaína³⁰ es mayor en los casos más graves con resultado de muerte. Se encuentran trabajos en el medio anglosajón donde destaca la frecuencia de uso de cocaína en población penitenciaria de agresores de género³⁰, resultado similar al encontrado en nuestro trabajo.

Los autores españoles también aceptan que el consumo de sustancias es un marcador de riesgo en nuestro entorno^{11-12,14}. En estudios españoles se hallan datos que sugieren que también en nuestro entorno puede ser un marcador de riesgo el abuso de sustan-

cias por parte de la víctima^{12-13,19}. Una circunstancia muy poco estudiada en nuestro país es la circunstancia de que el agresor comience o modifique su patrón de consumo tras la primera denuncia de la víctima, pudiendo constituirse esta situación en un factor de alto riesgo³¹.

En nuestro país, hay estudios que muestran que no hay correlación entre los porcentajes de consumo conocidos y los porcentajes de atenuante de pena por adicción a sustancias apreciada por tribunales³². De acuerdo a esta referencia global³², los porcentajes obtenidos en el trabajo tampoco muestran correlación con la correspondiente apreciación jurídica en las sentencias judiciales.

La proporción de inmigrantes está sujeta a rápidas e importantes variaciones debido a los continuos flujos inmigratorios y a la progresiva adquisición de la nacionalidad española. En el estudio, el porcentaje de agresores extranjeros supera significativamente al porcentaje de inmigración de la población general. En recientes guías de práctica clínica médico-forense de VG¹, la condición de inmigrante se considera factor de riesgo. El resultado es congruente con la consideración de la condición de inmigrante como factor de riesgo. En trabajos realizados sobre poblaciones de varones denunciados o detenidos por cuerpos policiales¹²⁻¹³, la nacionalidad más frecuentemente observada es la hispanoamericana mientras que en este trabajo la mayoritaria es la española. El dato puede ser un indicio de un mayor número de denuncias falsas en el perfil de origen hispanoamericano con un menor número de varones denunciados que finalmente ingresan en prisión.

Establecer una clasificación del tipo de riesgo que posee cada agresor permite aplicar estrategias de intervención. Hoy en día se admite que existen diferentes perfiles de agresor de pareja y que debe abandonarse la concepción de la VG como una entidad única^{9-10,18}. No existe un conocimiento basado en evidencia científica que permita establecer un sistema multidimensional del agresor de pareja. La clasificación más aceptada por los expertos sigue siendo la desarrollada por Holtzworth-Munroe y Stuart en 1994. Los estudios sugieren que el perfil de agresor es invariable con el paso del tiempo³³. Destacamos como aspecto relevante para la valoración del riesgo el que un varón sin ningún tipo de antecedente de conducta violenta social puede ser clasificado como persona de alto riesgo de convertirse en agresor con su pareja³⁴. Respecto a la valoración de la nacionalidad y orígenes raciales, estudios recientes en una sociedad tan variada en sus orígenes étnicos y culturales como la de los Estados Unidos, no están mostrando

diferencias significativas entre los diferentes perfiles sociales estudiados entre sí³⁵. El dato va a favor del planteamiento abierto de considerar a la VG como un problema complejo e inherente a la naturaleza humana. ¿Se puede prevenir la VG? En la literatura internacional se encuentran diferentes herramientas de screening para la valoración del riesgo de violencia de género que han demostrado su validez metodológica para la población estudiada³⁶⁻³⁷. Grupos de trabajo españoles han desarrollado y validado test de cribaje específicos para uso en Centros de Salud de nuestro país³⁸. A fecha actual, ningún método clínico de screening ha demostrado con evidencias científicas de nivel A-1 su efectividad en la reducción de nuevos episodios de violencia de pareja^{36,39-41}. En el ámbito de la Atención Primaria (AP) de los Servicios Públicos de Salud (SPS) se produce la paradoja de reclamarse a los profesionales un papel en la prevención de la VG¹ cuando no existe, a fecha actual, herramientas con eficacia demostrada para ello⁴². Una supuesta implementación, a fecha actual, de programas de screening de VG en la AP de los SPS obliga a considerar la posibilidad de aplicar una estrategia ineficaz en un sector desbordado por la carga asistencial. Otro aspecto poco estudiado en España es el análisis de las franjas horarias y días de la semana donde pueden acumularse los episodios de violencia. Se encuentra un porcentaje alto de episodios que suceden en días festivos, en franjas horarias nocturnas y en un contexto de intoxicación por sustancias^{12-13,43}. Actualmente, se reconoce que no hay datos que permitan cuantificar el impacto concreto de las diferentes terapias disponibles sobre los distintos perfiles de agresores⁴⁴. Existen ensayos clínicos con tratamientos basados en psicoterapia que han mostrado mejor respuesta en agresores con monoconsumo de alcohol frente al perfil de policonsumo¹⁵. Otros ensayos clínicos sugieren que la terapia de pareja es más efectiva que la intervención individual en el perfil de abuso de sustancias por ambos miembros de la pareja⁴⁵. Debe señalarse que las terapias de pareja no serían susceptibles de aplicación en nuestro país mientras esté en vigor una orden judicial de alejamiento. En una reciente revisión norteamericana sobre la eficacia de terapias específicas de adicción a sustancias sobre agresores se encuentra mayor beneficio en la reducción de episodios de violencia psicológica frente a los de agresión física²³. Los estudios coinciden en señalar que la eficacia de los tratamientos para reducir episodios de VG es baja y que el porcentaje de agresores que abandonan las terapias es alto^{9,23,44}.

Puede ser interesante estudiar si la combinación de rasgos patológicos de personalidad con psicopa-

tología depresiva se produce con alta incidencia en agresores. La escasa muestra de este trabajo no permite este análisis. En un orden médico, una propuesta simple y posiblemente funcional sería dividir a los agresores según la presencia o ausencia de trastornos de salud mental clasificables dentro de las categorías diagnósticas de uso en la práctica clínica. Esta división dicotómica es inválida como sistema de clasificación de perfiles de agresor pero puede ser útil para la investigación de marcadores de riesgo de nuevos episodios de violencia de género. El consumo de alcohol y de cocaína, ciertos rasgos de personalidad y el desarrollo de sintomatología depresiva reactiva pueden ser marcadores psicopatológicos de especial relevancia. Frente al ingreso en prisión, el sistema judicial puede valorar la aplicación de medidas de seguridad específicas y en franjas temporales concretas con agresores que correspondan a un perfil asociado al consumo de sustancias. El control del consumo de alcohol y de cocaína y la adecuación de controles psiquiátricos pueden ser considerados por el sistema penitenciario como parámetros de valoración individualizada de los internos conforme a su perfil de agresor. En la investigación sobre VG puede ser importante la colaboración de Instituciones Penitenciarias con el Ministerio de Justicia.

La efectividad de los profesionales clínicos puede identificar el riesgo de nuevos episodios de VG y posibilitar su prevención. Ante la falta de evidencia científica, los profesionales clínicos deben seguir las recomendaciones de los expertos.

Este trabajo está dedicado a los trabajadores del servicio médico de la cárcel de Pamplona.

AGRADECIMIENTOS

Bernadette Nadau du Trail (traducción inglesa), José Chérrez (informática), Dr. Andrés Santiago (Escuela Medicina Legal Universidad Complutense Madrid), Dr. Rafael Teijeira (Instituto Navarro de Medicina Legal).

CORRESPONDENCIA

Carlos Chérrez Bermejo.
Instituto Navarro de Medicina Legal.
Palacio de Justicia, c/ San Roque nº4,
31011. Pamplona.
carlos.cherez.bermejo@navarra.es

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Metodología de la valoración médico-forense del riesgo de violencia de género. En: Protocolo médico-forense de valoración urgente del riesgo de violencia de género. Madrid: Ministerio de Justicia, Gobierno de España; 2011. p. 17-8.
2. Martínez de León M, Henar M, Martínez de León C, Queipo D, De la Fuente M. Evolución legislativa de la VG desde el punto de vista M-L en el marco normativo. Rev Esc Med Legal. 2010; 14: 15-6, 24-5.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
4. Lorente M. Editorial. Rev Esp Med Legal. 2010; 36: 91-2.
5. Suelves JM, Jané M, Plasència A. Violencia del compañero íntimo contra la mujer: una mirada desde la Salud Pública. Rev Esp Med Legal. 2010; 36 : 98-103.
6. Guía y Manual de Valoración Integral Forense de la Violencia de Género y Doméstica. Boletín informático. 2005; 59 Suppl 1
7. Klostermann K, Kelley M, Mignone T, Pusateri L, Fals-Stewart W . Partner Violence and substance abuse: treatment interventions. Aggression and Violent Behaviour. 2010; 15: 162-6.
8. Kyriacou D, Anglin D, Taliaferro E, Stone S, Tubb T, Linden J et al. Risk factors for injury to women from domestic violence. N Engl J Med. 1999; 341: 1892-8.
9. Loinaz I, Echeburua E, Torrubia R. Tipología de agresores contra la pareja en prisión. Psychotema. 2010; 22:106-11.
10. Calvete E. Características de salud mental de los hombres que maltratan a su pareja. Rev Esp Sanid Penit. 2008; 10: 48-55.
11. Castellano M, Lachica E, Molina A, Villanueva H. Violencia contra la mujer. El perfil del agresor: criterios de valoración del riesgo. Cuadernos de Medicina Forense. 2004; 35:15-28.
12. Casas JD, Rodríguez-Albarrán MS. Violencia de género: Algunos aspectos epidemiológicos del agresor. Rev. Esc. Med. Legal. 2009; 12: 26-39.
13. Trias ME, Martín-Fumadó C, Taranilla A, Trias R, Bernal X, Rebollo-Soria MC. Estudio descriptivo de la violencia de género: análisis de 404 casos. Rev Esp Med Legal. 2013; 39(1): 7-11.
14. Echeburua E, del Corral, P. Violencia doméstica: ¿es el agresor un enfermo? Form Med Contin Aten Prim. 2004; 11(6): 293-9.

15. Easton CJ, Mandel D, Babuscio T, Rounssaville BJ, Carroll KM. Differences in treatment outcome between male alcohol dependent offenders of domestic violence with and without positive drug screens. *Addict Behav.* 2007; 32: 2151-63. doi:10.1016/j.addbeh.2007.01.031
16. Chérrez C, Alás, R, Sanchiz JR. Actividad clínica en la consulta médica a demanda de un centro penitenciario frente a la de un centro de salud. *Rev Esp Sanid Penit.* 2007; 9: 74-82.
17. Slad M, Daniel JJ, Heisler CJ. Application of forensic toxicology to the problem of domestic violence. *J Forensic Sci.* 1991; 36: 708-13
18. Belfrage H, Rying M. Characteristics of spousal homicide perpetrators: a study of all cases of spousal homicide in Sweden 1990-1999. *Crim Behav Ment Health.* 2004; 14: 121-33.
19. Echeburua E, Fernández-Montalvo J, De Corral P. ¿Hay diferencias entre la violencia grave y la violencia menos grave contra la pareja?: un análisis comparativo. *International Journal of Clinical and Health Psychology.* 2008; 8(2): 355-82.
20. Kyriacou D, McCabe, F, Anglin D, Lapesarde K, Winer, M. Emergency Department-Based Study of Risk Factors for Acute Injury From Domestic Violence Against Women. *Annals of Emergency Medicine.* 1998; 31(4): 502-6.
21. Murphy CM, Ting L. The effects of treatment for substance use problems on intimate partner violence: A review of empirical data. *Aggression and Violent Behaviour.* 2010; 15 (5): 325-33.
22. Stuart GL, Temple JR, Follansbee KW, Bucossi MM, Hellmuth JC, Moore TM. The role of drug use in a conceptual model of intimate partner violence in men and women arrested for domestic violence. *Psychol Addict Behav.* 2008; 22: 12-24.
23. Smith JW. Addiction medicine and domestic violence. *J Subst Abuse Treat.* 2000; 19: 329-38.
24. Irons R, Schneider JP. When is domestic violence a hidden face of addiction? *J Psychoactive Drugs.* 1997; 29(4): 337-44.
25. Cunradi CB, Caetano R, Schafer, J. Alcohol-Related Problems, Drug Use, and Male Intimate Partner Violence Severity Among US Couples. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research.* 2002; 26: 493-500.
26. Weinsheimer RL, Schermer C, Malcoe L, Balduf L, Bloomfield L. Severe intimate partner violence and alcohol use among female trauma patients. *J Trauma.* 2005; 58(1): 22-9.
27. Grann M, Wedin I. Risk factors for recidivism among spousal assault and spousal homicide Psychology, Crime and Law. 2002; 8: 5-23.
28. Sharps PW, Campbell J, Campbell D, Gary F, Webster D. The role of alcohol use in intimate partner femicide. *Am J Addict.* 2001; 10 (2): 122-35.
29. Fals-Stewart W. The occurrence of partner physical aggression on days of alcohol consumption: a longitudinal diary study. *J Consult Clin Psych.* 2003; 71: 41-52.
30. Logan TK, Walker R, Staton M, Leukefeld C. Substance use and intimate violence among incarcerated males. *Journal of Family Violence.* 2001; 16: 93-114.
31. Carbone-López K, Kruttschnitt C, Macmillan R. Patterns of intimate partner violence and their association with physical health, psychological distress and substance use. *Public Health Rep.* 2006; 121(4): 382-92.
32. Cruz-Moratones C. Perspectiva judicial de la violencia de pareja y doméstica en España. *Rev Esp Med Legal.* 2010; 36 (3): 93-7.
33. Cavanaugh MM, Gelles RJ. The utility of male domestic violence offender typologies. *J Interpers Violence.* 2005; 20(2): 155-66.
34. Shields NM, McCall GJ, Hanneke CR. Patterns of family and nonfamily violence: violent husband and violent men. *Violence and Victims.* 1998; 3(2): 83-97.
35. Hyunkag Ch. Racial Differences in the Prevalence of Intimate Partner Violence Against Women and Associated Factors. *J Interpers Violence.* 2012; 27 (2): 344-63.
36. Nelson HD, Nygren P, McInerney Y, Klein J. Screening Women and Elderly Adults for Family and Intimate Partner Violence: A Review of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine.* 2004; 28.
37. John IA, Lawoko S. Assessment of the structural validity of the domestic violence healthcare providers survey questionnaire using a Nigerian sample. *Journal of Injury & Violence Research* 2010; 2(2): 75-83.
38. Delgado A, Aguar M, Castellano M, Luna del Castillo JD. Validación de una escala para la medición de los malos tratos a mujeres. *Aten Primaria.* 2006; 38(2): 82-9.
39. Lawoko S, Sanz S, Helström L, Castren M. Screening for Intimate Partner Violence against Women in Healthcare Sweden: Prevalence and Determinants. *ISRN Nurs.* 2011; 1-7.
40. MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, Boyle M, Shannon H, Ford-Gilboe M, et al. Screening for intimate partner violence in Health Care Settings. A randomized trial. *JAMA.* 2009; 302(5): 493-501.

41. Nelson HD, Nygren P, McInerney Y, Klein J. Screening Women and Elderly Adults for Family and Intimate Partner Violence: A Review of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*. 2004; 140 (5): 387-96.
42. Soglin LF. Detection of Intimate Partner Violence in a General Medicine Practice. *J Interpers Violence*. 2009 Feb; 24 (2): 338-48.
43. People J. North South Wales bureau of crime statistics and research. Trends and patterns in domestic violence assault. *Crime and Justice bulletin*. 2005; 89.
44. Echeburúa E, Amor PJ. Perfil psicopatológico e intervención terapéutica sobre los agresores de pareja. *Rev Esp Med Legal*. 2010; 36(3): 117-21.
45. Fale-Stewart W, Clinton-Sherrod M. Treating intimate partner violence among substance-abusing dyads: the effect of couples therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2009; 40 (3): 257-63.