



Tesis Doctoral

"Las Sombras de la Condición Humana": FACTORES IMPLICADOS en la VIOLENCIA de GRUPOS de RIESGO

Realizada por:

Oscar LaFuente Casanova

Directora de Tesis:

Dra. Dolores Serrat Moré



©2009

DEPARTAMENTO de MEDICINA LEGAL de la UNIVERSIDAD de ZARAGOZA





DOÑA DOLORES SERRAT MORÉ, profesora titular del Departamento de Anatomía Patológica, Medicina Legal y Forense y Toxicología, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza.

CERTIFICA:

Que **Don Oscar Lafuente Casanova** ha realizado bajo su dirección el trabajo de investigación recogido en la memoria titulada **“LAS SOMBRAS DE LA CONDICIÓN HUMANA: FACTORES IMPLICADOS EN LA VIOLENCIA DE GRUPOS DE RIESGO”**, el cual se corresponde con el proyecto aprobado en su momento, y reúne las condiciones necesarias para optar al grado de Doctor en Medicina y Cirugía.

Y para que conste, firma el presente certificado en Zaragoza a 14 de mayo de 2009.

Prof. Doña Dolores Serrat Moré

	Pg
Agradecimientos	4
RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	8
Enfoque de Medicina Legal.....	9
Definición de Peligrosidad.....	10
Antecedentes Históricos	12
Pronóstico de la Peligrosidad a través del tiempo	18
Situación Actual.....	23
Enfoque de Salud Pública	25
Definición de Violencia	26
El Problema de la Violencia en el Mundo	26
El Problema de las Drogas en el Mundo	31
El Binomio Violencia – Drogas.....	36
Otros Grupos de Riesgo relacionados con la Violencia	38
Referencias Bibliográficas.....	52
OBJETIVOS e HIPÓTESIS	56
POBLACIÓN y MÉTODOS	59
<u>Diseño del Estudio</u>	60
Características del Estudio.....	61
Tamaño Muestral	61
<u>Encuesta</u>	63
Características Generales	64
Partes Específicas	64
<u>Población de Referencia: Grupos de Riesgo</u>	67
Centros Participantes	68
Trabajo de Campo Inicial	71
Descripción de los Grupos de Riesgo	72
Criterios de Inclusión y Exclusión de los Grupos de Riesgo.....	81
La Labor de los Profesionales en los Centros Participantes	81
La Labor del Investigador en los Centros Participantes.....	81
Datos Sociodemográficos	83
<u>Muestra de la Población General</u>	93
Criterios de Inclusión y Exclusión.....	94

Características Generales	94
Comparación de Datos Sociodemográficos entre Casos y Controles.....	95
<u>Análisis Estadístico</u>	97
<u>Búsqueda Bibliográfica para la Comparación de Resultados</u>	99
CONSIDERACIONES ÉTICAS	102
CRONOGRAMA	104
ANÁLISIS de los FACTORES de RIESGO (incluye Resultados, Discusión,	
Conclusiones y Bibliografía de cada una de las variables)	106
Antecedentes de Enfermedad Mental	107
Enfermedades Médicas	115
Suicidio	120
Trastornos de la Personalidad	128
Estancia en Prisión	138
Impulsividad y Violencia.....	143
Drogas	153
Alcohol.....	160
Juego Patológico	167
Historial de Abusos	173
Comportamientos Agresivos contra la Pareja.....	183
Autolesiones	193
Personalidad	197
VENTAJAS y LIMITACIONES	202
CONCLUSIONES FINALES	206
TRABAJOS DERIVADOS de la TESIS	212
Comunicaciones a Congresos	213
Subvenciones	217
PRESUPUESTO	220
ANEXOS	222
Anexo I: Portada de la Encuesta.....	223
Anexo II: Modelo de Carta de Solicitud de Permiso a los Centros.....	225
Anexo III: Ejemplo de Carta de Concesión de Permiso	227
Anexo IV: Carta de Comunicación de los Centros con el Investigador	229

Agradecimientos

Mi más sincero agradecimiento a todos los "aguerridos" participantes que facilitaron que esta tesis doctoral se hiciera realidad. Ellos tuvieron la paciencia de responder a la laboriosa encuesta que se les entregó. Si bien es cierto que todos los humanos vivimos bajo el mismo techo, ninguno tiene el mismo horizonte. Por eso les deseo, de corazón, que sus diversos problemas no estrechen el camino de sus vidas.

Tengo que reconocer la labor realizada por los responsables y colaboradores de los centros participantes por:

- Drogodependencias: Petri Used (Centro Solidaridad de Zaragoza), M^a Ángeles Casanova (Tarazona), Mercedes Guiseris (Huesca), Merche García (Monzón), Antonio Ortiz (Jaca), Ana García (Utrillas) y Ángel Roqueta (ABATTAR en Andorra de Teruel).
- Ludopatía: Esther Aguado (AZAJER), Pilar Galán, Esperanza Fernández y José Luis Salas (Teléfono de la Esperanza).
- Prostitutas: Marta Jiménez (Taller Ocupacional "El Fogaral" de Cáritas Diocesana).
- Maltratadores: Trinidad Aulló (Instituto Aragonés de la Mujer).
- Enfermedad Mental: María Luisa López (Calatayud), Dr. Jorge Alonso – Lej (Hospital Universitario "Miguel Servet"), Dr. Javier Serrano (Centro Asistencial Psiquiátrico de Sádaba), Ana Cristina Nápoles y Belén Baringo (Centro de Día "San Carlos" de Cáritas Diocesana), Francisco Galán y Dr. Ramón Nadal (Fundación "Rey Ardid").

Mi gratitud hacia todos ellos por el trabajo que realizan con sus pacientes, convencidos de que todo el mundo merece una segunda oportunidad.

Mi mayor admiración y cariño al Dr. José González, sembrador de esperanza en la Unidad de Tratamiento de Adicciones del Servicio Aragonés de Salud. Él, mejor que San Luis, puede presumir de cien mil hijos...desfavorecidos.

Un especial recuerdo para el Dr. Vicente Rubio, Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital "Ntra. Sra. de Gracia" de Zaragoza y conductor de sus pacientes hacia un camino menos sinuoso. Mi afecto por sus valiosos consejos y por su interés en todo este proceso.

No quisiera olvidarme de dos personas muy especiales: el Dr. José Aso, Médico Forense y Neurocirujano, por ser la primera persona que creyó en este proyecto; y el Dr. José Manuel Arroyo, médico de prisiones, quien me convenció de la importancia que tenía esta investigación y por estar disponible siempre que le necesité.

Siempre tendré presente a la Dra. Dolores Serrat, directora de mi tesis. No es tarea fácil dirigir a hombres; pero más difícil es aún guiarlos por el camino adecuado.

Me gustaría tener una emotiva dedicatoria para mis padres, por tenderme la mano en los momentos difíciles e inculcarme que hay que ser generoso con quienes no tienen tanta fortuna en la vida.

Por último, mi reconocimiento para la persona sin la que este trabajo no se hubiera realizado. Por su empeño en conseguirlo y no rendirse nunca, por su ayuda y su talento, y sobretodo por el cariño que ha puesto en su elaboración, quiero dar las gracias a la Dra. Ruth López Barrachina.

RESUMEN

La violencia es un importante problema de Salud Pública en el mundo. Históricamente se ha relacionado con determinados colectivos y con algunos factores de riesgo como los antecedentes de enfermedad mental, la impulsividad, el riesgo y los intentos de suicidio, las autolesiones, el maltrato infantil, el historial de abusos, los problemas relacionados con el alcohol, y/o las drogas, y/o el juego patológico, el expediente judicial y los trastornos de la personalidad. Para comprobar esta asociación se ha calculado la prevalencia de estos factores en algunos grupos como los enfermos mentales, los drogodependientes y alcohólicos, los maltratadores, las prostitutas y los ludópatas. Los resultados obtenidos se compararon con un grupo control extraído de la población general. La muestra estaba compuesta por 1007 sujetos: 513 casos y 494 controles de la Comunidad Autónoma de Aragón. Todas las variables estudiadas tuvieron una prevalencia mayor en los casos que en la muestra de población general. Las prostitutas fueron el subgrupo con más factores de riesgo implicados. La depresión fue la patología psiquiátrica más declarada. Los enfermos mentales eran el colectivo que más se había autolesionado y con más antecedentes de traumatismo craneoencefálico (TCE). El cannabis y la cocaína resultaron ser las drogas más consumidas. Un número importante de maltratadores presentaron un riesgo de suicidio moderado – severo. El acto de violencia de género más frecuente fue dar una bofetada a la pareja. Un porcentaje importante de los casos había sufrido abusos muy a menudo y también había estado en prisión. Los enfermos mentales y los ludópatas mostraron mayor impulsividad que el resto de grupos. En el riesgo de violencia, los drogodependientes y alcohólicos y también los maltratadores obtuvieron las puntuaciones más altas. La forma de violencia de género más reconocida por los agresores únicamente fue gritar con rabia. Los trastornos de personalidad más diagnosticados fueron el obsesivo – compulsivo y el narcisista. En cuanto a la personalidad, en los casos predominó el neuroticismo y en los controles la extraversión. La sinceridad fue aceptable en el conjunto de la muestra. La mayoría de los resultados fueron similares a los obtenidos en otras investigaciones.

INTRODUCCIÓN

Enfoque de Medicina Legal

Enfoque de Salud Pública

Referencias Bibliográficas

Enfoque de Medicina Legal

Definición de Peligrosidad

Antecedentes Históricos

Pronóstico de la Peligrosidad a través del Tiempo

Situación Actual

- **Definición de Peligrosidad**^{1,2,3}

El fundamento de las medidas de seguridad es, sin lugar a dudas, la “peligrosidad”, la cual representa el complemento necesario del principio culpabilístico, tan esencial para el Derecho Penal actual.

Fue *Garófalo*, en 1878, el que introdujo el concepto de peligrosidad criminal bajo el término “*temibilità*”. Ésta era: “*la perversidad constante y activa del delincuente y la cantidad del mal previsto que hay que temer por su parte.*”

El inventario de definiciones de “peligrosidad” es extensísimo. Quizá, la descripción más sencilla es la del *profesor Rodríguez-Devesa*: “*La peligrosidad consiste en una elevada probabilidad de delinquir en el futuro.*”

Para *Esbec-Rodríguez*, “*peligrosidad*” significa calidad de peligroso y “*peligrosidad criminal*” es la tendencia de una persona a cometer un delito (probabilidad de actos delictivos futuros), evidenciada por su conducta antisocial. Mientras que “*estado peligroso*” es el conjunto de condiciones que derivan en un alto riesgo para producir un daño contra bienes jurídicamente protegidos.

Conviene distinguir el concepto de peligrosidad, término jurídico ya explicado, de los de “*agresividad* y “*violencia*”. Estos dos últimos se emplean de forma similar, lo que genera confusión. La agresividad, para *Echeburúa*, es la capacidad de respuesta del organismo para defenderse de los peligros potenciales del exterior. Se considera una respuesta adaptativa. La violencia, por el contrario, tiene un carácter destructivo sobre las personas y los objetos, y supone una profunda disfunción social. Es la incapacidad de respetar la frontera que separa la agresión aceptable de la inaceptable. La especie humana es la única que presenta actos intencionales contra otros individuos de su propia especie.

La génesis de las conductas violentas es desconocida y su desarrollo tiene una etiología multifactorial:

Tardiff (1989), investigó la relación entre las anomalías cromosómicas sexuales y la conducta violenta, concluyendo que la interrelación era dudosa y había que pensar en otros factores, como la baja inteligencia.

Montagu (1990) defiende que ninguna conducta humana está genéticamente determinada. Somos capaces de cualquier comportamiento, siendo la conducta agresiva, una actuación más; y está determinada por la interacción entre la experiencia vivida y los genes.

Para Rojas Marcos (1995), la agresividad y la violencia se adquieren y se aprenden. Su origen está en la propia sociedad, los malos tratos en la infancia, el subdesarrollo económico y cultural, y en la opresión y el dominio de unos sobre otros.

López-Muñoz, Álamo y Cuenca (2000) en sus estudios sobre las bases neurobiológicas de la agresividad, comprueban la estrecha relación entre las conductas agresivas y la disfunción serotoninérgica.

La forma de expresión de estas conductas es muy variada: actitudes de odio, amenazantes, provocadoras; en forma de expresión verbal con críticas, insultos y actos que originan lesiones, golpes, muerte, agresión sexual. Unas veces se recurre a la fuerza, otras se emplean armas, piedras, o se queman los bienes de otro.

La agresividad y los trastornos psíquicos surgen al plantear la peligrosidad, como riesgo de estas conductas, en algunos enfermos mentales. Pero, cualquier persona considerada como normal y sin antecedentes previos, puede en alguna ocasión comportarse de esta manera. Las motivaciones de esa respuesta serán muy diferentes, unas más comprensibles, y otras motivadas por alteraciones psíquicas, irritabilidad o baja tolerancia a la frustración.

En los cambios del estado de ánimo, la euforia, la excitabilidad, la falta de autocritica de la fase maníaca, no son infrecuentes los actos violentos heteroagresivos, peleas, agresiones sexuales, conducción temeraria de vehículos. Los cuadros depresivos producen un riesgo alto de autolesiones, tentativas o suicidios

consumados. En ciertas patologías (depresiones graves, esquizofrenia) la violencia se amplía a otros, especialmente hacia los familiares.

Algunos trastornos de personalidad, en particular el antisocial, cursan con una agresividad pensada, elaborada y racional, especialmente si tienen rasgos de sadismo.

En los estados psicóticos, esquizofrénicos u otros, la violencia es inmotivada. No existe ninguna relación entre el agresor y la víctima.

La violencia de los retrasos mentales es imprevisible y poco elaborada. Suele responder a frustraciones y los medios empleados son elementales: piedras con las que golpean el cráneo de las víctimas, azadas en el medio rural, incendios, etc.

Los trastornos de la personalidad por lesión cerebral, como en los epilépticos, en los traumatismos craneoencefálicos..., cursan con agresividad y violencia; unas veces respuestas muy intensas a estímulos pequeños, actos repetidos y, en otros, irritabilidad, cambios de humor e impulsividad, sin necesidad de estímulos.

Todas las conductas anteriores, resultan favorecidas e incrementadas por el consumo de alcohol y otras drogas. En caso de intoxicaciones, incluso en personas sin adicciones, puede desencadenar comportamientos violentos, como peleas, discusiones, agresiones sexuales, etc.

- **Antecedentes Históricos**^{4,5}

1. Anterior a 1897.
2. La implantación de la Asistencia Psiquiátrica Penitenciaria (1897 – 1995).
 - 2.1. Restauración y Dictadura (1897 – 1930).
 - 2.2. La Segunda República (1931 – 1939).
 - 2.3. El Régimen Franquista (1939 – 1975).
 - 2.4. La Restauración Democrática (1976 – 1995).
3. La Reforma Penal y Penitenciaria de 1995 – 1996.

La peligrosidad del enfermo mental siempre ha generado polémicas y se trata más de un problema jurídico-social, que psiquiátrico o psicológico. Si bien determinadas enfermedades mentales, y durante periodos concretos pueden dar conductas agresivas, hostiles e incluso homicidas (que suelen originar cierta alarma social), esto no es lo habitual. A nivel poblacional, existen muchas conductas consideradas “normales”, seguramente mucho más peligrosas.

A lo largo del siglo XX hemos asistido en España al nacimiento y desarrollo de la asistencia psiquiátrica penitenciaria. Este proceso se puede esquematizar en las siguientes fases:

1. Anterior a 1897:

”La asistencia sanitaria ha sido uno de los puntos más oscuros, tenebrosos y deficientes de los diversos sistemas carcelarios en todos los países” (Garrido Guzmán).

A finales del siglo XVIII, España era la precursora de la asistencia psiquiátrica en Europa, pero, durante el siglo XIX no tiene relación con la que se hace en el resto del continente y no existe cobertura asistencial.

Los comienzos de la psiquiatría penitenciaria no fueron fáciles, y no será hasta la promulgación del Real Decreto (R.D.) de 1897 cuando pueda hablarse de “Psiquiatría Penitenciaria”. El movimiento reformista de penas privativas de libertad se irá estableciendo en nuestro país a lo largo del siglo XIX. Gracias al impulso científico en el campo penitenciario a finales de ese siglo se constituye el R.D. de 1901, que propugna la implantación del sistema progresivo de cumplimiento de penas. La enajenación como causa eximente de responsabilidad aparece recogida en los códigos penales de 1822, 1848 y 1870; pero la “locura agresiva” no se diferenció del resto de manifestaciones delincuenciales, por lo que los dementes permanecían en prisión.

A nivel español, el movimiento renovador de la psiquiatría aparece ligado a tres hechos: la Ley de Beneficiencia de 1849, la aparición de los primeros psiquiatras y la creación de sanatorios privados.

El precedente inmediato de los psiquiátricos penitenciarios es el manicomio de Santa Isabel de Leganés. Era un establecimiento de beneficencia destinado al cuidado y tratamiento médico-moral de los enajenados. Aunque, este no era el lugar idóneo y los recién llegados no fueron bien recibidos. Mientras se les encontraba un acomodo definitivo, se improvisó una penitenciaría-hospital en El Puerto de Santa María. El R. D. de 1897 recoge la necesidad de crear un lugar especial para tratar a estos pacientes.

2. La Implantación de la asistencia psiquiátrica penitenciaria (1897-1995):

2.1. Restauración y Dictadura (1897-1930).

Tres eran las soluciones de destino que el R.D. de 1897 preveía para los enfermos mentales que hubieran delinquido:

- 1) Los manicomios: para los exentos de responsabilidad penal (por causa de enajenación) que hubieran cometido un delito, los penados que enloquecieran cumpliendo condena y para las castigadas que perdieran la razón en la penitenciaría de mujeres de Madrid, cualquiera que fuera la gravedad del delito cometido.
- 2) Las familias: para los exentos de responsabilidad criminal que hubieran cometido delitos menos graves.
- 3) La penitenciaría-hospital: para penados varones cuyo cumplimiento de condena se hubiera suspendido por enajenación, que cumplieran condena en estado de perturbación mental y que padecieran epilepsia.

El R.D. de 1913 encomienda a los médicos penitenciarios el examen al ingreso, incluyendo el estado mental, de todo recluso. Pero debido a la escasez presupuestaria de este periodo, se retrasaría la creación de un centro adecuado para los enajenados. El destino fue exclusivamente para varones, destinándose las enfermas dementes a un pabellón en la prisión central de mujeres de Alcalá de Henares.

No será hasta 1917, por la queja de un diplomático extranjero sobre la situación de un penado demente de su país recluido en un presidio español, cuando se habilite un psiquiátrico penitenciario para estos enfermos.

En 1928 se entiende que el manicomio criminal tiene doble función: casa de salud en lo terapéutico y prisión en lo social. Este reglamento subsistió hasta 1948, pasando por Monarquía, República y Régimen Franquista. En esta época el retraso mental, por sí solo, no suponía el ingreso en centros especiales; sólo una mayor atención por parte del médico.

2.2. La Segunda República (1931 – 1939).

El periodo republicano, alumbró un nuevo Código Penal, el de 1932, en el que se establece el término de “enajenado”. Además destaca la nota humanitarista con un conjunto de disposiciones: retirada de hierros, grillos y cadenas de sujeción, libertad a los septuagenarios con buena conducta, establecimiento de un hospital psiquiátrico judicial para los enajenados, alcohólicos y toxicómanos o la creación del reformatorio de Alcalá de Henares para vagos y maleantes.

Por el Decreto de 1933, el edificio con anterioridad destinado a prisión central de mujeres de Alcalá de Henares, acogerá al llamado Hospital Psiquiátrico Judicial. Añade los penados con epilepsia, alcohólicos crónicos y toxicómanos, invertidos sexuales y a los condenados con síntomas de enajenación mental.

La “Ley de Vagos y Maleantes” (Ley de 4 de agosto de 1933, reformada el 23 de noviembre de 1935 y 4 de mayo de 1948) estableció la declaración de “estado peligroso” y la posibilidad de sometimiento a una medida de seguridad en sus artículos (art.) 2 y 3.

Según esta Ley (art. 6), eran síntomas peligrosos: trato asiduo con delincuentes y maleantes, frecuentación de los lugares donde éstos se reúnen y concurrencia habitual a casa de juegos prohibidos; entre otros.

2.3. El Régimen Franquista (1939 – 1975).

La guerra civil truncó el movimiento psiquiátrico y produjo una militarización del sistema penitenciario. Destaca en esa época el escaso número de ingresados.

En el R. D. de 1948, la finalidad de la pena era aflictiva, y la condena debía conseguir la regeneración moral y la redención evangélica. El psiquiátrico penitenciario servía de destino a los que se volvían enajenados una vez dictada la sentencia, los penados con trastornos psíquicos, con síntomas de enajenación, epilépticos, alcohólicos crónicos y toxicómanos.

El Reglamento de Prisiones de 1956 contempla un amplio repertorio de centros especiales: el sanatorio psiquiátrico penitenciario y los centros de psicópatas, perversos sexuales y de deficientes mentales. La reforma de dicho Reglamento, operada por el Decreto de 1968, introduce en el sistema penitenciario el tratamiento criminológico.

En 1946 se creaba el Hospital Central de Mujeres de Madrid. Llevaba el nombre de Raimundo Fernández Cuesta y estaba anexo a la prisión de Ventas. Después, en 1949, pasó a llamarse Prisión Clínica Psiquiátrica Penitenciaria de Mujeres.

El precedente de las actuales instituciones hospitalarias para enfermos mentales es el Centro Asistencial Psiquiátrico Penitenciario de Madrid, situado en el complejo penitenciario de Carabanchel.

La Ley 16/1970 de 4 de agosto, sobre “Peligrosidad y Rehabilitación Social”, derogó la Ley de Vagos y Maleantes de 1933, declarando de

aplicación supletoria, la “Ley de Enjuiciamiento Criminal”. Aquella desapareció definitivamente con la publicación del Código Penal de 1995.

2.4. La Restauración Democrática (1976 – 1995).

La Ley Orgánica General Penitenciaria 1/1979 de 26 septiembre, contempla tres tipos de establecimientos: de preventivos, de cumplimiento y especiales. En estos últimos se incluían los hospitalarios, los psiquiátricos y los de rehabilitación social.

Los parlamentarios socialistas de Cataluña propusieron la presencia de un médico psiquiatra en cada prisión, pero la iniciativa no fue acogida.

El Reglamento Penitenciario de 1981 suprime, en la clasificación de establecimientos, a los centros de perversos sexuales.

3. La Reforma Penal y Penitenciaria de 1995 – 1996:

El nuevo Código Penal de 1995 derogó definitivamente la Ley 16/1970, de 4 de agosto sobre Peligrosidad y Rehabilitación Social (heredada de la antigua “Ley de Vagos y Maleantes) que preveía la aplicación de medidas de seguridad predelictivas. A diferencia de los periodos anteriores, se limita el tiempo de internamiento.

Con el fin de rehabilitar a los enfermos mentales a través de la familia, se describen dos tipos de centros: los hospitalarios y las unidades psiquiátricas. Ambos estaban destinados a cumplir las medidas privativas de libertad aplicadas por los tribunales correspondientes: art.183 del Reglamento Penitenciario (R.P) de 1996.

En la actualidad, la asistencia se lleva a cabo por especialistas integrados en equipos multidisciplinares, restringiéndose la libertad sólo cuando sea imprescindible. El ingreso en unidades psiquiátricas (art. 184 del R.P.1996) se llevará a cabo en:

- a) Detenidos o presos con patología psiquiátrica cuando la autoridad judicial decida su ingreso para observación.
- b) Personas a las que, por aplicación de eximentes, se les realice un internamiento psiquiátrico como medida de seguridad.
- c) Penados que por enfermedad mental sobrevenida, se les imponga una medida de seguridad por el tribunal sentenciador.

Actualmente este tipo de asistencia se realiza en el hospital psiquiátrico penitenciario de Alicante, creado en 1983.

- **Pronóstico de la Peligrosidad a través del tiempo⁶**

La doctrina criminológica reconoce que el pronóstico de la peligrosidad es arbitrario, puesto que no se estructura en datos objetivos, y menos aún en el análisis probabilístico. Tras la derogación de la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social de 1970 con el Código Penal (C.P.) de 1995, ya no existen en España medidas de seguridad predelictivas, cuya aplicación era extremadamente conflictiva. No obstante sigue siendo un objetivo prioritario de la sanidad penitenciaria y de la psiquiatría forense la determinación del riesgo, a la hora de adoptar medidas de seguridad.

Se trata de un juicio de probabilidad, una valoración del riesgo. Constituye un concepto criminológico, de especial relevancia para los expertos que emiten informes sobre prognosis del comportamiento futuro. Actualmente, en España, la valoración de la peligrosidad (concepto prospectivo) resulta trascendental en la aplicación de medidas de seguridad en sujetos que ya han delinquido (art. 95-108 del C. P.); en la suspensión de la ejecución de la condena (art. 80-87 del C.P.) o su sustitución (art. 88 y 89 del C.P.); establecimiento de la libertad condicional (art. 90-93 del C.P.) y en la individualización de la pena (art. 66 del C.P.) entre otros.

La valoración de la peligrosidad queda a merced de elementos subjetivos y equiparar enfermedad mental con peligrosidad criminal, constituye una tentación histórica injustificada, sin base empírica suficiente. El enfermo mental psicótico,

especialmente en caso de delirios persecutorios o de perjuicio, presenta un elevado riesgo de conducta violenta, pero a nivel global estos trastornos sólo explican un porcentaje muy discreto de criminalidad, que tiene como condicionantes los trastornos de la personalidad (especialmente antisocial), el consumo de drogas psicoactivas y la problemática social.

En el análisis psicológico de la peligrosidad es tradicional acudir a:

- a) La personalidad (factores constitucionales, crianza, deficiencias...).
- b) Las situaciones peligrosas: la ocasión de cometer un crimen está presente y existe un factor dinámico, la pulsión hacia el delito.

Los estudios clásicos no han encontrado un tipo estructurado de personalidad criminal. Sí que podemos obtener los rasgos de personalidad más frecuentes en delinquentes probadamente peligrosos (impulsividad, baja autoestima, suspicacia, psicoticismo o dureza...). No obstante, esta aproximación define a un colectivo, no a un individuo concreto “peligroso”.

La relación entre nivel de inteligencia y criminalidad tiene raíces muy antiguas. En los primeros estudios la subnormalidad se correlacionaba con la delincuencia, dado el gran número de retrasados mentales en prisión. Estudios posteriores revelaron que el coeficiente de inteligencia medio de los internos en prisiones no se separaba significativamente de la población general, e incluso podían apreciarse inteligencias globales altas asociadas a rasgos disociales y puestas al servicio del crimen.

Se pueden diferenciar cinco etapas en la valoración de la peligrosidad criminal:

- A) Primera Etapa: hasta 1970. Históricamente, la decisión correspondía al legislador u otros responsables, quienes disponían de escasa información sobre el sujeto. Los expertos en salud mental carecían de herramientas; las decisiones sobre el riesgo de violencia de los sujetos era una cuestión subjetiva e intuitiva basada en la experiencia de los profesionales.
- B) Segunda Etapa: 1970 – 1980. La generación “empírica” estaba en pleno auge y dominada por tres creencias:

- 1) La peligrosidad era un término médico – legal.
- 2) Se trataba de un concepto dicotómico (sí / no).
- 3) Los expertos en salud mental podían realizar predicciones acertadas sobre la peligrosidad de los individuos.

Esta etapa se vio plagada de problemas:

- Dificultades para definir el término “violencia”, debido a las distintas teorías sobre su naturaleza y sus causas.
- Imposibilidad para predecir un período específico de tiempo en el que la violencia pudiera darse.
- Utilización de variables predictoras débiles o no válidas que resultaban en predicciones escasamente fiables.

Hasta 1980, los profesionales que determinaban el potencial violento de los sujetos, erraban más a menudo que acertaban. *Monahan*, en su monografía “*The Clinical Prediction of Violent Behavior*” (1981) afirmaba que “...las predicciones de los psiquiatras y psicólogos respecto al comportamiento violento resultaban acertadas en tan sólo uno de cada tres casos”.

- C) Tercera Etapa: mediados de los años 90. Aparece el “análisis actuarial”, un grupo de estudios estadísticos que tienen el tiempo como factor primordial. Emplean un procedimiento algorítmico y estadístico para decidir respecto al riesgo de violencia de los individuos, eliminando todo tipo de valoraciones subjetivas. Es la predicción de la conducta de un individuo en base a como otros han actuado en situaciones similares. Permitió obtener cuanta certeza había sobre la reincidencia en los tipos de violencia y representó un gran avance en la predicción de la peligrosidad criminal.

Sin embargo, estos métodos fueron duramente criticados. Las investigaciones se realizaron con poblaciones muy específicas, lo que ponía en entredicho la aplicabilidad y la posible generalización. Por otro

lado, los distintos estudios no reflejaban un consenso en la definición de los resultados considerados “positivos”. Esto sucedió con el caso de Jeffrey Dahmer, el asesino en serie de Wisconsin, quien hubiera puntuado cero en la escala de delitos previos, porque no tenía ningún antecedente criminal antes de asesinar a 17 personas.

La omisión de variables clínicas fundamentales sigue siendo hoy en día una crítica clave en la utilización de métodos actuariales.

D) Cuarta Etapa: año 2000. Se apoyó en métodos mixtos, es decir, medidas actuariales y otras variables clínicas estructuradas derivadas de datos empíricos.

Según *Steadman et al.* (2000), la peligrosidad criminal deja de ser una variable dicotómica (sí / no) para considerarse un pensamiento probabilístico. Tiene tres componentes fundamentales: factores de riesgo (para la predicción de la violencia), daño (cantidad y tipo de violencia a predecir) y nivel de riesgo (es la probabilidad del daño).

En esta línea, en las prisiones españolas, la decisión respecto a un permiso penitenciario se lleva a cabo sobre la experiencia y criterio de los diferentes profesionales. El análisis del riesgo, se basa en la una fórmula que permite baremarlo en una escala de 0 a 100. Cinco son los factores decisorios (*Esbec y Gómez –Jarabo, 2000*):

1. Una puntuación alta en una tabla de valoración de riesgo, que incluye lejanía del disfrute del permiso, denegación previa, quebrantamiento de condena, régimen cerrado, drogodependencia, etc.
2. Condena por delito contra las personas o la libertad sexual, pertenencia a banda armada o de carácter internacional.
3. Trascendencia social del hecho por especial ensañamiento en la ejecución, pluralidad de víctimas, etc.

4. Que reste al penado más de 5 años para el cumplimiento de las tres cuartas partes de la condena.

5. Interno con un trastorno psicopatológico con mal pronóstico (ej. trastorno grave de la personalidad) o ausencia de apoyo exterior.

E) Quinta Etapa: presente y futuro. Utiliza medidas de predicción de la violencia que reflejen la complejidad global de los casos individuales. Saber la certeza de las valoraciones de la peligrosidad implicaría: “saber cuando y bajo qué condiciones podría ocurrir un incidente violento y cuan acertadamente los profesionales en salud mental pueden valorar que sujetos presentan un riesgo, bajo aquellas condiciones relacionadas con la violencia” (Norko, 2000).

El “*Estudio MacArthur*” es un proyecto multidisciplinar llevado a cabo en EE.UU. durante más de una década que pretendía estudiar la valoración del riesgo de violencia y crear una herramienta actuarial para todos los profesionales en salud mental. Resume su investigación en cuatro puntos (Steadman et al., 1994):

1. Claves disposicionales: variables demográficas, cognitivas y de personalidad.
2. Factores históricos: informa sobre la historia general del sujeto y específicamente sobre sus antecedentes de violencia.
3. Dominio contextual: situación del individuo que contribuye a modificar el riesgo de violencia.
4. Factores clínicos que aumentan este riesgo: abuso de sustancias o los trastornos de la personalidad.

La utilización de un “*Árbol de Decisiones*” en lugar del análisis de regresión parece una alternativa para la valoración de la peligrosidad criminal hoy día. Consiste en plantear preguntas sobre los factores de riesgo asociados a la violencia. Contingente a la respuesta ante una

pregunta determinada, se plantea una u otra sucesivamente hasta que el sujeto es clasificado en una categoría de riesgo.

Congruente con los resultados de las investigaciones del “*Estudio MacArthur*” para valorar el riesgo de violencia, la técnica del Árbol de Decisiones podría emplear dos umbrales de decisión para identificar casos de alto y bajo riesgo.

- **Situación Actual**^{1,2,6,7,8}

"¿Por qué no ingresan a nuestro hijo en una institución psiquiátrica no penitenciaria donde poder verle a menudo y donde no esté rodeado de todo tipo de presos?" Reivindicación de los padres de un enfermo mental preso.

Estas circunstancias provocan que muchos enfermos mentales acaben en los centros penitenciarios. Este problema va a ser el origen de un nuevo encierro. Algunos enfermos están en el psiquiátrico penitenciario y otros, los que tienen dinero, en clínicas y residencias privadas. En un reciente estudio del psiquiatra Espinosa Iborra se reflexiona sobre esta realidad: "Quizás valga la pena recordar que la plena integración de la psiquiatría en la sanidad supone abandonar de una vez su papel histórico de agente del orden para pasar a ser un modesto agente de salud".

Diversos estudios han mostrado que individuos con dificultades de aprendizaje que viven en instituciones muestran más actitudes agresivas que el resto. También existen más relaciones entre los comportamientos agresivos y los trastornos psiquiátricos en los pacientes que viven en residencias. Los enfermos que cometen crímenes son, sin duda, los menos numerosos de los grupos delictivos, aunque puedan ser los más espectaculares.

El menor número de crímenes de los enfermos mentales se debe a la atención, asistencia y tratamiento a que se ven sometidos, teniendo la certeza de que si no fuera así, el número de actos violentos aumentaría. Uno de los rasgos del enfermo mental,

en este tipo de comportamientos, es su imprevisibilidad. Como dijo Pedro Mata “el crimen del loco no tiene historia”, no obedece a motivos, sino a causas científico-naturales de la propia psicosis. A la hiperhostilidad del enfermo mental asesino y su imprevisibilidad, se une la indiferencia afectiva, la falta de resonancia emocional y la ausencia de arrepentimiento ante los hechos. También se ha dicho que el enfermo mental cuando delinque lo hace en solitario “como el lobo” y sin cómplices; eso es lo habitual. Muy importante es el problema de la reincidencia en el crimen de estos enfermos. Para una justa valoración habrán de tenerse en cuenta: el tipo de enfermedad, la evolución del cuadro clínico, la remisión de los síntomas, el tratamiento, el estudio de la personalidad previa y la soledad a la que le someterán los demás al tener esa conducta desadaptada.

Contrario a este pensamiento, Esbec Rodríguez dijo en el año 2003 que: “este tema había sido puesto en tela de juicio, a raíz del caso Dra. De Mingo, de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid”. El enfermo mental no suele ser imprevisible, debiendo la sociedad estar alerta ante las conductas, signos o síntomas premonitorios (que no deben ser minimizados), y tomar las medidas oportunas, concretamente, el internamiento civil involuntario (art.763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil).

Enfoque de Salud Pública

Definición de Violencia

El problema de la Violencia en el mundo

El problema de las Drogas en el Mundo

El Binomio Violencia - Drogas

Otros Grupos de Riesgo relacionados con la Violencia

- **Definición de violencia**

La definición de VIOLENCIA adoptada por la Organización Mundial de la Salud en el Informe Mundial sobre Violencia y Salud (WHO 2002)⁹:

“Uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. La intimidación y las amenazas, el abandono, la negligencia o los actos de omisión también están contemplados en esta definición”.

- **El problema de la violencia en el mundo**

Según el primer “Informe mundial sobre la violencia y la salud”¹⁰, cada año más de 1,6 millones de personas pierden la vida y muchas más sufren lesiones no mortales, resultado de la violencia autoinfligida, interpersonal o colectiva. La violencia es una de las principales causas de muerte en todo el mundo entre los 15 y los 44 años, siendo responsable del 14% de las muertes entre los hombres y del 7% entre las mujeres.

Cada minuto muere una persona en el mundo como consecuencia de la violencia. En el 2020, el número de muertos y heridos por la guerra y la violencia será superior a los causados por enfermedades como la malaria y el sarampión. Estas cifras de mortalidad son subestimaciones de la carga verdadera de la violencia. En todo el mundo, las defunciones representan solo la “punta del iceberg”.

Es imposible calcular el coste humano de la violencia en términos de aflicción y dolor, el de los niños maltratados, el de las mujeres humilladas por parejas violentas, el de los ancianos abandonados a su suerte, el de los jóvenes intimidados por otros jóvenes y el de personas de todas las edades que actúan violentamente contra sí mismas, porque son casi invisibles para los demás.

Aunque ciertos tipos de violencia, como el terrorismo, las guerras y los disturbios callejeros, aparecen en las televisiones de todo el mundo ante los ojos del público, es mucha más la violencia que ocurre fuera de la vista: en los hogares, los lugares de trabajo e incluso en las instituciones médicas y sociales encargadas de atender a las personas. Muchas de las víctimas son demasiado jóvenes, o están muy débiles o enfermas para protegerse. Algunas se ven obligadas a guardar silencio sobre las experiencias vividas. Este sufrimiento es un legado que se reproduce a sí mismo, a medida que las nuevas generaciones aprenden la violencia de las anteriores. Las víctimas la asimilan de sus agresores y perduran las condiciones sociales que la favorecen. Ningún país, ciudad, comunidad es inmune a la violencia, pero tampoco estamos inermes ante ella.

La violencia destroza vidas y supone importantes costes económicos para las sociedades de todo el mundo, algunas de las cuales gastan más del 4% de su Producto Interior Bruto (PIB) en tratar las lesiones relacionadas con esta lacra, según los resultados del informe “Las dimensiones económicas de la violencia interpersonal”¹¹.

Para responder a la violencia se desvían miles de millones de euros de la educación, seguridad social, vivienda y ocio, hacia la asistencia a las víctimas y las intervenciones de la justicia penal contra los autores; tareas esenciales pero aparentemente interminables.

Existen pocas clasificaciones taxonómicas de la violencia y ninguna es completa. Según las características de quienes la cometen, podemos dividirla en tres categorías principales: violencia autoinfligida, interpersonal y colectiva. Esta categorización inicial distingue entre la violencia que una persona se inflige a sí misma, la impuesta por otro/s individuo/s y la violencia ejercida por grupos más grandes, como el Estado, contingentes políticos organizados, tropas irregulares y organizaciones terroristas. Estas tres categorías generales se subdividen a su vez para reflejar tipos de actos violentos más específicos.

GRÁFICO I: TIPOLOGÍA de la VIOLENCIA
(OMS, 2003)



Desde el punto de vista de la naturaleza de la violencia se puede distinguir entre física, psíquica o sexual.

Ningún factor por sí solo explica por qué algunos individuos tienen comportamientos violentos hacia otros o la mayor prevalencia en algunas comunidades. Es el resultado de la acción recíproca y compleja de factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales.

El “modelo ecológico de la violencia”^{12,13}, introducido a finales de los años setenta, se aplicó inicialmente en el abuso de menores y posteriormente en la violencia juvenil. En fechas más recientes, se ha utilizado para el maltrato en la pareja y en personas mayores. Este modelo considera la violencia como el producto de muchos factores que influyen sobre el comportamiento.

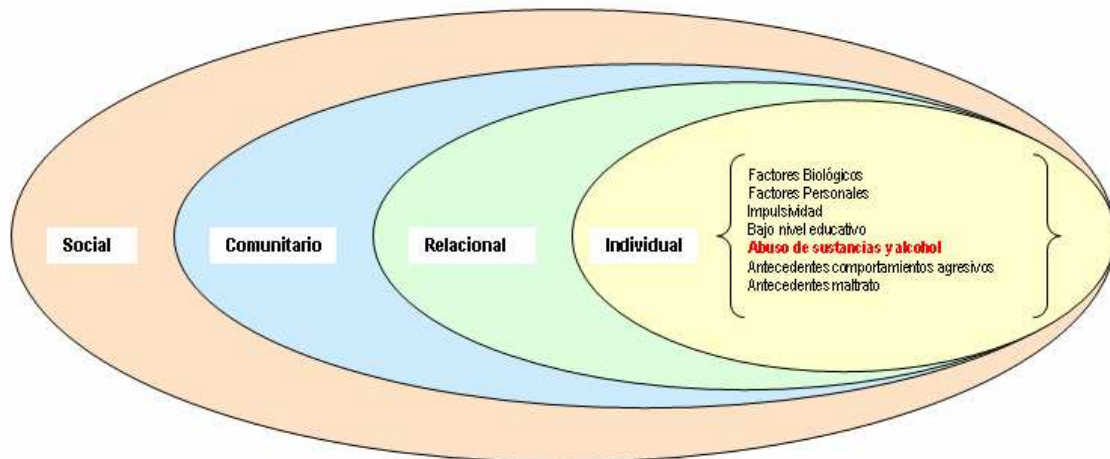
Si bien algunos factores de riesgo pueden ser exclusivos de un tipo particular de violencia, es más común que se compartan varios de ellos. Las normas culturales predominantes, la pobreza y el aislamiento social, así como el alcoholismo, el abuso de sustancias psicoactivas y el acceso a armas de fuego son factores de riesgo en

relación con distintos tipos de violencia. No es infrecuente que algunas personas en riesgo experimenten varias de estas tipologías.

Tampoco es inusual detectar conexiones entre diferentes formas de violencia. Las investigaciones han indicado que la exposición a la misma en el hogar se asocia con ser víctima o perpetrador de actos violentos en la adolescencia y la edad adulta.

La experiencia de ser rechazados o ignorados por los padres coloca a los hijos en mayor riesgo de una conducta agresiva y antisocial, incluido el abuso cuando son adultos.

GRÁFICO II: Modelo ecológico para comprender la violencia
(modificado del "Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, OPS, 2003)



Se han encontrado relaciones entre el suicidio y varios tipos de violencia: maltrato de menores, de personas mayores, hacia la pareja y la agresión sexual.

El abordaje de la violencia como problema de salud pública es relativamente reciente. Este problema debe de tratarse desde este enfoque, no sólo porque se producen lesiones y defunciones, sino por su influencia en el deterioro de relaciones sociales. Estudios actuales demuestran que no son necesariamente las sociedades más ricas las que tienen mejores niveles de salud, sino las que son más igualitarias. Las investigaciones indican cómo las desigualdades y los abusos afectan a este tejido social tan importante para la salud colectiva. Es posible prevenir la violencia, así como reorientar las culturas en las que impera.

El Dr. Butchart, coordinador de prevención de la violencia de la OMS, señaló que “Las buenas noticias del informe sobre las dimensiones económicas de la violencia son que, según los escasos estudios de coste – beneficio que se han realizado, prevenir la violencia es rentable” y añadió que la prevención de la violencia es buena no sólo para la salud y la seguridad, sino también para una economía sana.

Si la violencia es en gran parte prevenible, surge la pregunta: ¿por qué no hay más iniciativas para prevenirla?. Un gran obstáculo es la falta de conocimientos. Para muchos políticos, la idea de que la violencia es un problema de salud pública es nueva y va muy en contra de su convicción de que es un problema de índole delictiva. Es lo que sucede con las formas menos visibles de esta lacra: el maltrato infantil, hacia las mujeres y sobre las personas mayores. La idea de que este problema puede prevenirse también les resulta dudosa. Para muchas autoridades, una sociedad sin violencia es algo inalcanzable; parece más realista un nivel “aceptable” de este problema. Hay otros que, paradójicamente, creen lo contrario: como gran parte de la violencia está oculta les parece que lo que prevalece es la paz y la seguridad. Desgraciadamente, a este tipo de comportamientos sólo se le presta atención cuando se presentan en el umbral de la propia casa.

Los investigadores se inclinan cada vez más por una prevención de la violencia centrada en el grupo al que va destinada. Habría dos tipos de medidas:

- 1) Seleccionadas: dirigidas a personas consideradas en mayor riesgo (las que presentan uno o varios factores de riesgo) de padecer o cometer estos actos.
- 2) Indicadas: para individuos con antecedentes de comportamiento violento.

TABLA I: Defunciones por Violencia en el Mundo

(Fuente: “Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud”, OMS, 2003)

TIPO de VIOLENCIA	NÚMERO	PROPORCIÓN
Homicidio	520.000	31,3%
Suicidio	815.000	49,1%
Conflicto Bélico	310.000	18,6%

TABLA II: Violencia y Cultura

(Fuente: "Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud", OMS, 2003)

Proporción de Violencia	
Países de ingresos medios – bajos	91,1%
Países de ingresos medios – altos	8,9%

- **El problema de las drogas en el mundo**

Se calcula que el mercado global al por menor de drogas ilícitas asciende a 320.000 millones de dólares. Sigue siendo mayor que el PIB individual de casi un 90% de los países del mundo. Según el "Informe Mundial sobre las Drogas del año 2005"¹⁴, unos 200 millones de personas (un 5% de la población mundial entre 15 y 64 años de edad) han consumido drogas por lo menos una vez en los 12 últimos meses. Hubo 15 millones de personas más que el año anterior, pero la estimación es inferior al número real de personas que consumen sustancias psicoactivas lícitas, como el alcohol (50% de dicha población). Cerca del 10% de la población mundial consume drogas ilícitamente. La tasa de consumo anual es del 3,3% al 4,1 % de la población total. El número de personas que hace uso indebido del cannabis, la droga más extendida en todo el mundo, se acerca en la actualidad a 160 millones, o sea al 4% de la población entre 15 y 64 años de edad.

Varios indicadores (visitas domiciliarias de emergencia, fallecimientos por uso indebido de sustancias, detenciones de toxicómanos, número de países con una elevación del nivel de consumo) hacen evidente que las drogas han llegado a ser un fenómeno de importancia mundial. Las autoridades de muchos países tienen, tan sólo, una idea vaga de la extensión de este consumo. En muchos casos se dispone de pocas estimaciones cuantitativas, o de ninguna. Se estima que 26 millones de personas consumen anfetaminas y 8 millones éxtasis; cifras superiores al número de heroínómanos y probablemente al de cocainómanos. El número de consumidores de opiáceos ha aumentado a unos 16 millones (11 millones de las cuales hacen uso indebido de heroína) y el de cocaína a casi 14 millones de personas.

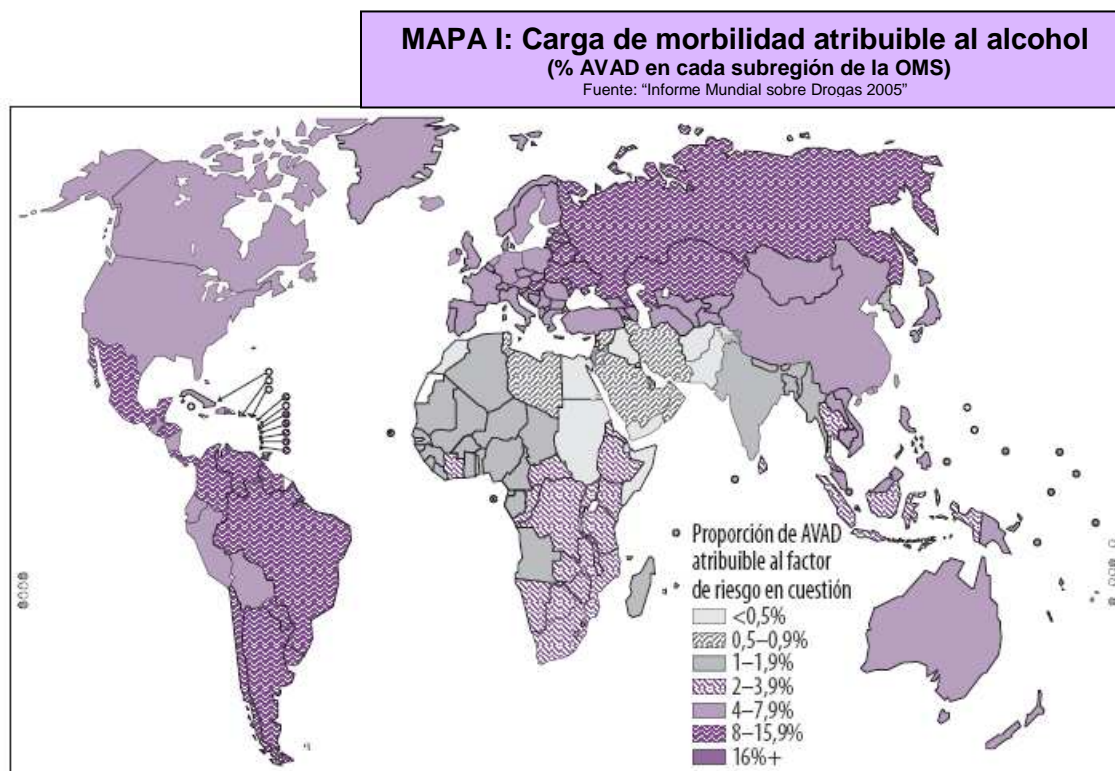
El crecimiento del comercio internacional puede complicar los esfuerzos para combatir el problema de estas sustancias. En situaciones de conflicto armado, los ingresos obtenidos por las drogas se canjean regularmente por armas.

Durante el último decenio han aumentado los decomisos de la mayoría de estas sustancias. El mayor tráfico mundial es el de cannabis. Desde una perspectiva sanitaria, la droga más grave consumida es la heroína. El uso indebido de cocaína está más difundido en cuanto al número total de consumidores, aunque son más los países afectados por el consumo de heroína.

Según los resultados de un estudio publicado por el Ministerio del Interior Británico¹⁵ en febrero de 2002, el coste económico anual del abuso de drogas en el Reino Unido fue de 3.700 a 6.800 millones de libras esterlinas (de 5.600 a 10.300 millones de dólares). La mayoría de este gasto recae en el sistema de justicia penal como resultado de la delincuencia relacionada con las drogas y otra parte sobre en el sistema de salud: 235 millones de libras esterlinas (338 millones de dólares) en 2001, en relación con los servicios de atención primaria, accidentes, urgencias y el tratamiento del abuso de drogas, en el lugar de trabajo, los centros de enseñanza y las familias. El coste social total se calculó entre 11 y 19 millones de libras esterlinas (16,500 y 28,400 millones de dólares). Se estima que el 99% del gasto se relaciona con toxicómanos problemáticos. Dado que existen 280.000 consumidores en el Reino Unido, cada uno de ellos podría costar unas 30.000 libras esterlinas (45.000 dólares) por año.

El consumo de drogas ilícitas se considera uno de los 20 factores de riesgo principales atribuibles a la carga de morbilidad mundial. En los países desarrollados se encontraría dentro de los 10 primeros, con un 1,8% sobre la carga de morbilidad expresado en "Años de Vida Ajustados según Discapacidad" (AVAD). El riesgo de morir como consecuencia de este consumo aumenta con la frecuencia y con la cantidad consumida. Las pautas de consumo más peligrosas se observan entre los adictos que por lo general se inyectan la droga a diario durante años.

Los estudios realizados entre los consumidores de opioides por vía intravenosa muestran que esta modalidad de consumo se asocia a un aumento de la mortalidad general, incluidos los casos debidos al VIH/SIDA, las sobredosis, los suicidios y los traumas. Entre otros efectos sanitarios y sociales adversos que no pudieron cuantificarse figuran otras enfermedades transmitidas por la sangre, como las hepatitis B y C, y la delincuencia asociada a las drogas.

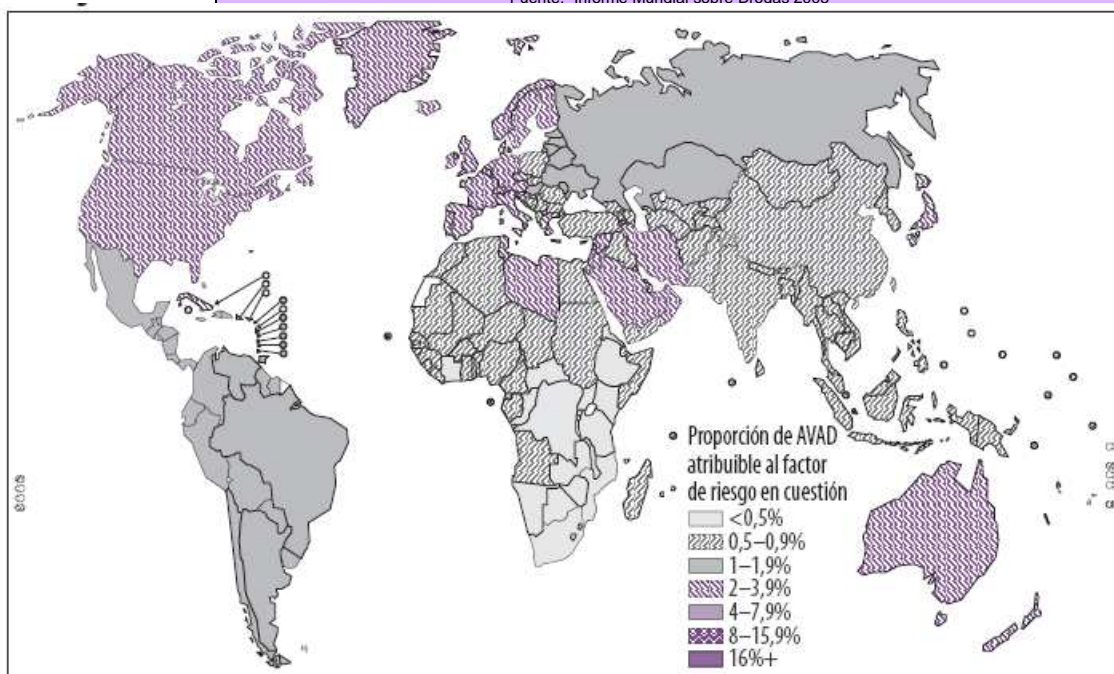


Globalmente, en porcentajes mundiales, el 0,4% de las muertes (0,2 millones) y el 0,8% de los AVAD (11,2 millones) perdidos se atribuyen al consumo de drogas ilícitas. La carga atribuible es siempre varias veces mayor en los hombres que en las mujeres. Las drogas ilícitas son responsables de la mayor carga de morbilidad en los países industrializados. Según el "Informe anual del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) de 2004"¹⁶, en la Unión Europea (UE) cada año mueren repentinamente, por causa de las drogas, casi 8.000 personas; la mayoría jóvenes.

Las estadísticas nacionales sobre «muertes por droga» se refieren a fallecimientos repentinos relacionados directamente con el consumo de drogas o «sobredosis». Se estima que la cifra real es muy superior, ya que no se informa de todas las muertes por exceso de dosis y muchos fallecimientos están relacionados con el consumo de drogas de forma indirecta, como el SIDA y otras enfermedades infecciosas, los suicidios, los accidentes y los actos violentos. Así, se calcula que el número real de muertes relacionadas con las drogas debe ser el triple.

MAPA II: Carga de morbilidad atribuible a las drogas ilícitas
(% AVAD en cada subregión de la OMS)

Fuente: "Informe Mundial sobre Drogas 2005"



En comparación con la población en general, las cárceles presentan un número altísimo de consumidores de drogas.

Si la tasa del consumo en el conjunto de la UE se sitúa entre 4 y 7 casos por cada 1.000 habitantes de 15 a 64 años, esto significa que existen entre 1,2 y 2,1 millones de personas que tienen problemas con las drogas, de las que entre 850.000 y 1.300.000 las consumen por vía intravenosa.

Los jóvenes españoles, dentro de la UE, aseguran tener un acceso más fácil a las drogas, muy por delante incluso de los holandeses. Entre 15 y 34 años, son los

mayores consumidores de cannabis, éxtasis y cocaína, con un 17% del total, sólo por detrás de los checos, franceses y británicos; según el informe anual del año 2005 del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. También los escolares españoles aparecen en cabeza del consumo de cannabis, con más de un 25% de los chavales entre 15 y 16 años que aseguran haberlo probado a lo largo de su vida, superando a los checos, irlandeses, británicos y franceses.

En España destaca también el consumo de cocaína, con un 4,6% de los jóvenes que reconocen su consumo en los últimos 12 meses; la cifra más alta de los 25 países de la UE junto con la de Reino Unido, también cercana al 5%. El OEDT calcula que 9 millones de europeos (el 3% de todos los adultos) han consumido cocaína en alguna ocasión. La progresión ha sido notable desde finales de la década de 1990. A pesar de que los datos son aún limitados, se cree que la cocaína es el factor determinante del 10% de las muertes relacionadas con las drogas. España tiene además el segundo porcentaje más elevado de pacientes que solicitan tratamiento por culpa de la cocaína, con un 26%; por detrás de los Países Bajos con el 38%.

También destacan las cifras en España respecto al éxtasis, con el 3,8% de consumo entre los jóvenes en el último año. Se calcula que en toda la UE han consumido éxtasis recientemente 2,6 millones de adultos.

El análisis de los datos disponibles sobre el consumo de drogas y otras adicciones en Aragón¹⁷, según el Plan Autonómico sobre Conductas Adictivas permite destacar:

- El alcohol continúa siendo el mayor problema de drogodependencias en Aragón.
- El consumo de heroína se ha estabilizado.
- Se observa un importante aumento en la toma de cocaína, speed, anfetaminas y cannabis. El consumo experimental entre los jóvenes muestra una actitud de tolerancia que contrasta con el cambio de actitud hacia la heroína, que suele ser de rechazo.

- La facilidad de acceso a las drogas sintéticas y cocaína es cada vez más considerable.
- El consumo de medicamentos psicoactivos va en aumento.
- Los abusos simultáneos de varios tipos de sustancias son frecuentes.

- **El binomio violencia – drogas**

Las drogas se relacionan con la violencia de múltiples formas. El adicto puede cometer delitos para poseerlas, consumirlas o distribuir las.

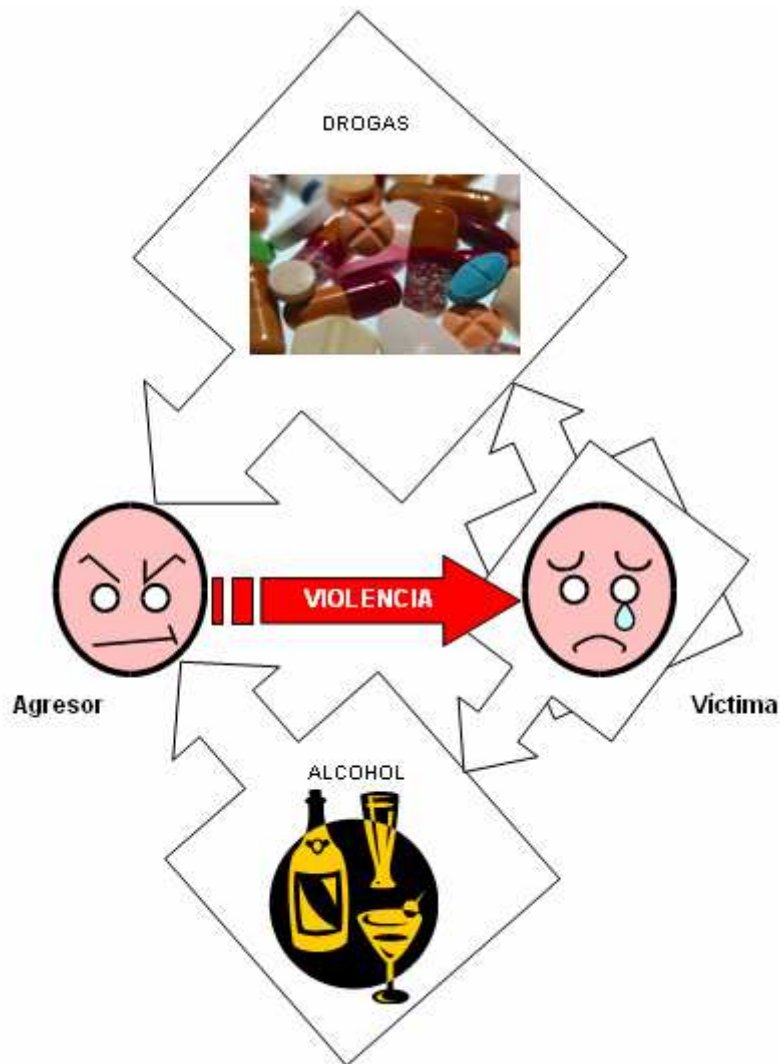
La relación drogas-crimen es difícil de cuantificar porque la mayoría de los crímenes dependen o son consecuencia de múltiples factores: personales, circunstanciales, culturales, económicos. Incluso cuando las drogas son causa, es probable que sean sólo un factor entre otros. Entre las causas personales podemos destacar en el adicto determinados trastornos de la personalidad, conductas impulsivas, el fenómeno de la comorbilidad o de un historial de abusos en la infancia.

Algunos estudios interpretan la presencia de drogas como un factor causal relevante en la generación y comisión del delito y para otros esta relación es menos estricta. Lo que sí es cierto es que el consumo de sustancias produce violencia no sólo en el agresor, si no también en la víctima, para huir de las consecuencias de los abusos que han ejercido contra ella.

El “Estudio Nacional de Evaluación del Tratamiento”¹⁸ realizado en los Estados Unidos revela que el cálculo del gasto en la sociedad americana por abuso de drogas ilícitas fue de 181.000 millones de \$ en el 2002. Un tratamiento exitoso de las toxicomanías puede ayudar a reducir esta pérdida, el crimen y la propagación del VIH/SIDA, la hepatitis y otras enfermedades infecciosas. Se calcula que por cada dólar que se invierte en programas de tratamientos de la drogadicción, se obtiene una reducción de 4 a 7 \$ en el gasto de los crímenes relacionados con drogas. Con algunos programas de pacientes externos, el ahorro total puede exceder los costes en una relación de 12:1.

GRÁFICO III: INTERACCIÓN DROGAS- ALCOHOL- VIOLENCIA

© RLB.



Con estos datos, resulta fácil darse cuenta que “no es pequeño el enemigo contra el que luchamos, es un monstruo que dispone de una cantidad enorme de capital e intereses y de personas desfavorecidas en riesgo de caer en sus redes”.

Prosigamos pues, armados con nuevos conocimientos y con toda la experiencia acumulada hasta la fecha, para luchar con nuestras palabras y actos a favor de aquellos cuya existencia está amenazada por este pernicioso binomio.

- **Otros grupos de riesgo relacionados con la Violencia**

PROSTITUTAS

El “Informe sobre la situación de la prostitución en nuestro país”¹⁹, de 13 de marzo de 2007 habló de los antecedentes históricos de este fenómeno social y de la situación actual. El objetivo general era "emitir un dictamen informativo que permitiera concluir con un diagnóstico sobre la situación actual de la prostitución en nuestro país...”

La sociedad ha asimilado un liberalismo sexual que ha producido una gran tolerancia para estas prácticas, y también ha contribuido a esto la despenalización de los delitos relacionados con la prostitución con la reforma del Código Penal de 1995.

La prostitución se ha convertido en un negocio lucrativo, que está bajo el control de mafias criminales internacionales que trafican con mujeres de la misma forma que lo hacen con armas o drogas. La relación entre tráfico y prostitución es muy estrecha, tal como recogen diferentes informes internacionales y por los datos disponibles facilitados por los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado. La situación de este problema en España se caracteriza por su invisibilidad debido a la clandestinidad en la que se desarrolla y esta es la causa principal de su desconocimiento. La prostitución que se conoce es la ejercida en la calle, que es la minoritaria.

En apenas unos años, ha disminuido considerablemente el número de prostitutas nacionales y ahora son mayoritariamente extranjeras. La antigua relación 90% nacionales frente a 10% extranjeras se ha invertido en poco tiempo, según datos de la Guardia Civil. Los lugares de procedencia de mayor a menor son Países del Este, Latinoamérica y África Central. La prostitución tiene una gran diferencia de género; los demandantes son un 99,7% varones (según un reciente estudio sobre la sección “contactos” de diferentes diarios nacionales) y las personas que la ejercen son mayoritariamente mujeres con graves problemas económicos.

Una de las grandes preocupaciones relacionadas con la prostitución son los problemas de convivencia ciudadana que a veces genera en el entorno en el que se practica. En la reforma del Código Penal del año 2003, se recoge como delito el lucro obtenido a través del ejercicio de la prostitución de otra persona aunque, tal como han expuesto los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, las dificultades están en la recogida de pruebas concluyentes a este respecto.

Más allá de posicionamientos diferentes, es necesario poner el Estado de Derecho al servicio de las personas que sufren explotación sexual para lo que se deberá crear un Sistema de Atención Social para las víctimas.

La prostitución tiene una estrecha relación con los efectos negativos de la desigualdad económica y con el sistema patriarcal que muestran los diferentes tipos de violencia de género, entre las que se encuentran la trata o el tráfico con fines de explotación sexual. Esta práctica forma parte de la expansión del comercio ilícito internacional y refleja la falta de controles adecuados que lo puedan frenar y ha pasado de ser un negocio local a uno de carácter internacional. La prostitución contemporánea es el modo en el que las mujeres, particularmente las del tercer mundo, están ligadas a la industria moderna del sexo. Actualmente la nueva materia prima para el desarrollo nacional y el comercio internacional son las mujeres y, cada vez más, las niñas. La prostitución es el segundo negocio mundial más lucrativo, tras el tráfico de armas y por delante del tráfico de drogas. Esta práctica reporta, anualmente, unas ganancias de entre 5 y 7 billones de dólares y moviliza unos 4 millones de personas. Las mujeres y niñas son compradas y vendidas mundialmente, con el objeto de forzarlas a la prostitución, la esclavitud o el matrimonio. Se estima que las mafias ganan 7.000 millones de dólares al año.

En Europa cada trabajadora sexual deja un beneficio de 100.000 euros por año a cada proxeneta y cada uno de ellos regenta al menos de 20 a 25 mujeres. El número de personas que trabajan ilegalmente en la “industria del sexo” en la Unión Europea fluctúa entre 200.000 y 500.000; dos terceras partes provienen de Europa Oriental.

Los datos del mercado en España muestran que:

- Los españoles se gastan 50 millones de euros diarios en prostitución.
- En nuestro país hay 15 millones de potenciales clientes varones de 400.000 prostitutas o una por cada 38 hombres.
- Según la asociación de propietarios de clubes de alterne, la prostitución mueve en España: 18.000 millones de euros al año.
- Los “empresarios” ingresan 45.000 euros por prostituta y año.
- El gasto medio de los 15 millones de varones entre 16 y 64 años es de 1.200 euros al año ó 100 euros al mes.
- Un 6% de la población española es cliente habitual de las mujeres que ejercen la prostitución.
- Los medios de comunicación también generan beneficios con este negocio.

La prensa de nuestro país obtiene importantes ingresos por su publicidad.

El tráfico de mujeres y niñas para su explotación sexual es un gran negocio a nivel mundial: mueve entre 5-7 billones de dólares y afecta a 4 millones de víctimas, según la ONU.

En los países en los que se ha regulado la prostitución se ha incrementado tanto el ejercicio de esta actividad como el tráfico y la trata de seres humanos.

Las mujeres que ejercen la prostitución tienen especial dificultad para salir de esta situación. Las entidades dedicadas a la ayuda de estas mujeres demandan más recursos para su atención, recuperación y el desarrollo de programas de inserción laboral. Para las mujeres víctimas de la trata, las dificultades se multiplican: se acumulan circunstancias que se extienden desde la falta de información al aislamiento, y que dificultan el acceso a los recursos existentes.

La gran mayoría de ellas están en situaciones degradantes, con privación de su libertad, fuerte grado de dependencia de las organizaciones por las que están explotadas y sufriendo vulneraciones de los derechos humanos.

Estas mujeres presentan importantes secuelas, tanto físicas como psicológicas. Su atención resulta muy complicada y su recuperación no es posible en un porcentaje significativo de los casos. Es necesario mitigar las causas sociales (la desigualdad, la exclusión, la injusticia social y la discriminación sexual) que las abocan a una situación de prostitución en contra de su voluntad, limitando su libertad.

Las conclusiones más importantes serían:

- Deben impulsarse planes integrales de actuación en el abordaje de la explotación sexual y el tráfico de mujeres a nivel estatal, autonómico y local.
- La atención a las víctimas de la explotación sexual debe contemplar la recuperación psicológica de las mismas.
- Es necesario impulsar mejoras en las condiciones de vida de las prostitutas, promocionando su conocimiento y acceso.
- Se deben destinar recursos a mejorar el nivel de formación y educativo de estas mujeres.
- Se debe garantizar la existencia de una red de servicios de atención a las víctimas de explotación sexual en todo el territorio español, que incluya atención integral, acogida y recuperación.
- Necesidad de impulsar y velar por la correcta aplicación de la legislación vigente en la persecución del tráfico sexual, implicando a todas las instituciones pertinentes.

MALTRATADORES

El término violencia familiar hace referencia a cualquier forma de abuso, ya sea físico, psicológico o sexual, que tiene lugar entre los miembros de una familia (Corsi, 1994)²⁰. Como todo abuso, implica un desequilibrio de poder, y es ejercido desde el más fuerte hacia el más débil con el fin último de ejercer un control sobre la relación. Tradicionalmente, en nuestra sociedad, dentro de la estructura familiar jerárquica actualmente predominante, los dos principales ejes de desequilibrio los han constituido

el género y la edad, siendo las mujeres, los niños y los ancianos las principales víctimas de la violencia dentro de la familia.

El fenómeno de la violencia en el hogar se ha convertido en las últimas décadas en un asunto de máximo interés institucional y social atendiendo, principalmente, a razones como su elevada incidencia y la gravedad de las consecuencias que de él se derivan. El conocimiento real de la incidencia de este tipo de violencia se ve principalmente obstaculizado por la gran ocultación social que ha ido asociada al sufrimiento de malos tratos por parte de una figura perteneciente al ámbito familiar. Por lo que respecta a la violencia contra la mujer, se estima que los casos denunciados representan entre un 10-30% de los casos reales²¹.

De acuerdo con los resultados obtenidos en un estudio del Ministerio de Trabajo y Bienestar Social hecho público en el año 2000, se estima que alrededor de 2 millones y medio de españolas habrían sufrido algún tipo de maltrato por parte de sus parejas en algún momento de su vida, aunque muy pocas lo denuncian. Esta cifra estaría representando a un 16% de la población de mujeres españolas mayores de 18 años. Según un estudio realizado por Corbalán y Patró (2003)²² sobre una muestra de mujeres maltratadas residentes en centros de acogida, el 85% de los hijos fueron testigos de la violencia ejercida sobre sus madres, y en un 66,6% de los casos también ellos fueron maltratados, mayoritariamente de manera física y psicológica.

En nuestro país, y según estimaciones del Ministerio del Interior, un tercio de los homicidios cometidos anualmente tienen como víctima y victimario a miembros de una misma familia y alrededor de una cuarta parte de las denuncias de delitos y faltas de lesiones presentadas en dependencias policiales se producen en el ámbito familiar (Cerezo, 2000)²³. A las estimaciones oficiales, ya de por sí considerables, habría que añadir los casos que conforman la llamada cifra negra, casos de violencia física o psicológica que ocurren dentro del contexto familiar no denunciados y, por tanto, ocultos a las estadísticas.

Las investigaciones llevadas a cabo en los últimos 25 años han puesto de manifiesto la existencia de una estrecha asociación entre la violencia en la pareja y el maltrato infantil. Los casos más frecuentes son aquellos en que el maltratador agrede tanto a la mujer como a los niños, pero también se dan los casos en que la agresión se ejerce del hombre hacia la mujer, y de ésta o de ambos hacia los niños (Appel y Holden, 1998)²⁴. Las investigaciones sobre distintos tipos de víctimas han demostrado claramente que la violencia física, psicológica o sexual, ejercida sobre una persona, causa en ésta toda una serie de repercusiones negativas a estos niveles.

La exposición a la violencia familiar constituye un grave riesgo para el bienestar psicológico de los menores, especialmente si, además de ser testigos, también han sido víctimas de ella. Resultados hallados en diversos estudios muestran que los niños expuestos a la violencia en la familia presentan más actos agresivos y antisociales (conductas externalizantes) y más comportamientos de inhibición y miedo (conductas internalizantes) que los niños que no sufrieron tal exposición (Fantuzzo, De Paola y Lambert, 1991)²⁵.

Existen otros efectos, más a largo plazo, que se pueden asociar a la exposición de los niños a situaciones de violencia familiar. El más importante es que este tipo de situaciones constituye un modelo de aprendizaje de conductas violentas dentro del hogar, algo que junto a factores tales como los estilos de crianza punitivos, el abuso de sustancias y la presencia de trastornos del comportamiento en la adolescencia, han demostrado poseer un papel relevante en el riesgo de ejercer violencia contra la pareja en la edad adulta.

Las graves repercusiones que para los niños se derivan de su exposición a situaciones familiares de violencia han potenciado el desarrollo e implementación de programas de intervención sobre estos menores en el ámbito de los servicios sociales y de la salud.

LUDÓPATAS

El juego por placer, ocio u objetivos monetarios tiene miles de años de antigüedad y ha estado presente en casi todas las culturas. Babilonios, etruscos, egipcios, chinos, indios precolombinos, griegos y romanos tenían distintos juegos de azar. La búsqueda de excitación y el ataque al aburrimiento han estado en la base del juego durante todos los tiempos.

España es el país de la Unión Europea que más dinero gasta por habitante en esta práctica y uno de los primeros del mundo. El juego es una de las principales actividades económicas del país. Desde el año 1995 se detecta un importante incremento del dinero gastado en esta forma de ocio. La ludopatía es uno de los trastornos del comportamiento cuya incidencia ha aumentado en los últimos años y que supone uno de los retos asistenciales más importantes en la actualidad.

Esta patología posee semejanzas con los trastornos por dependencia de sustancias, por lo que las estrategias de intervención derivan de la experiencia clínica en el tratamiento de las drogodependencias. La terapia cognitivo-conductual es la mejor considerada actualmente para el abordaje de este problema.

Según la Comisión Nacional del Juego, en el año 2000, el gasto en nuestro país ascendió a 25.130 millones de euros. En esta cantidad se incluye la lotería, la ONCE, los bingos y casinos y las máquinas tragaperras y quedan excluidos el juego clandestino, los casinos ilegales, las timbas de cartas, las peleas con perros y otros animales²⁶.

El juego se legalizó en España a través del R. D. Ley sobre el Juego. En 1977 se abren casinos y bingos, en 1981 se autorizan las máquinas tragaperras, en 1986 la lotería primitiva y en 1988 la bonoloto. De todos los juegos, las máquinas tragaperras son el juego de azar que más adictos provoca, representando un 75% de todos los casos de ludopatía.

En la actualidad, el juego patológico es un grave problema social que afecta a miles de personas en nuestro país y que provoca importantes problemas personales, familiares, laborales y económicos.

El auténtico reconocimiento de la ludopatía como una entidad propia se sitúa en 1980, cuando la Sociedad Americana de Psiquiatría (APA) la introdujo bajo la denominación de “juego patológico” en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III). En este año se definen por primera vez unos criterios diagnósticos específicos necesarios para la investigación de este trastorno. La Organización Mundial de la Salud (OMS), que no contemplaba el juego patológico en la novena revisión de su Clasificación Internacional de Enfermedades, la incluyó como una categoría diagnóstica en la siguiente revisión, la CIE-10. Antes de la aparición del DSM-III, los autores que estudiaban este trastorno se referían a él con distintos nombres: juego neurótico, juego compulsivo, juego excesivo, juego adictivo o juego patológico.

La ludopatía es un trastorno emergente²⁷ con un gran número de afectados en nuestro país. Se precisan programas preventivos y ampliación de los recursos específicos para el tratamiento de estos pacientes.

Tanto la APA como la OMS consideran el juego patológico como un trastorno del control de los impulsos, ya que el enfermo se ve incapaz de resistirse a jugar. Lo clasifican en un epígrafe general denominado «trastornos en el control de los impulsos no clasificados en otros apartados». Otros autores, sin embargo, señalan su proximidad psicopatológica con los trastornos afectivos y los obsesivo-compulsivos.

Como grupo, los trastornos del control de los impulsos comparten una serie de características:

a) Dificultad para resistir un impulso, deseo o tentación de realizar algún acto perjudicial para el propio individuo o para los demás. Se puede ofrecer o no una resistencia consciente y la realización del acto en sí puede o no estar premeditada y planificada.

b) Antes de cometer dicho acto, el sujeto percibe una progresiva sensación de malestar emocional, en forma de tensión o activación interior.

c) Durante su realización, el individuo experimenta placer, gratificación o liberación. Esta característica supone, por sí misma, que el acto es egosintónico, ya que concuerda con los deseos conscientes del sujeto (en contraste con los síntomas compulsivos).

d) Después pueden o no aparecer sentimientos negativos (arrepentimiento, autorreproches, culpa, vergüenza o remordimientos) cuando se consideran sus consecuencias.

Además de considerar al juego patológico como un trastorno mental, sujeto a determinados criterios diagnósticos, esta problemática puede abordarse desde algunas formas de juego que no constituyen una patología psiquiátrica²⁸:

a) Juego Social: tiene lugar entre amigos o compañeros, su duración es limitada, y con pérdidas aceptables que se han determinado previamente.

b) Juego Profesional: el juego no es una actividad lúdica, sino una forma de ganarse la vida. Los riesgos son limitados y la disciplina es un elemento primordial. Algunos individuos presentan problemas asociados a esta práctica pero no cumplen todos los criterios para el juego patológico.

c) Juego problemático: se evidencia un aumento en la cuantía de las apuestas y en la frecuencia de éstas, así como en el tiempo dedicado, e incluso es probable que el sujeto incremente su implicación en el juego coincidiendo con algún acontecimiento vital estresante.

Las últimas aportaciones, han señalado que el narcisismo era uno de los rasgos de la personalidad más destacados en los ludópatas. Aunque las teorías psicoanalíticas no han aportado datos que puedan explicar esta enfermedad. Los autores conductistas explican el desarrollo de este trastorno como una conducta aprendida, resultado de un proceso de refuerzo.

Para algunos autores, el elemento reforzador es el incentivo económico, al menos en las etapas iniciales. Skinner señaló en relación con los refuerzos que su variabilidad e imprevisibilidad eran características que potenciaban y perpetuaban una conducta aprendida.

Otros autores han señalado que el elemento reforzante en el juego patológico no es externo (el incentivo económico), sino interno, y estaría constituido por la excitación que el juego es capaz de provocar en el sistema nervioso central. Así, una vez experimentado llevaría al jugador a buscarlo de nuevo a pesar del deterioro social y personal en el que se acaba involucrando.

Cuando el jugador gana, se refuerzan sus creencias sobre la posibilidad de seguir ganando. En caso contrario, sobre todo en las primeras apuestas, el jugador ha aprendido que a veces se pierde, pero que «la racha» va a cambiar. Otro pensamiento irracional o distorsionado en estas personas es que tienden a recordar las ganancias de forma selectiva y a sobrevalorarlas, mientras que infravaloran las pérdidas y las olvidan o les dan alguna explicación.

Las Conductas Adictivas.

La dificultad en el control de la conducta constituye un nexo entre las adicciones y los trastornos del control de impulsos²⁹. El juego patológico se adapta al concepto de conducta adictiva, quedando reflejado en la evolución de los criterios diagnósticos del juego patológico en la clasificación DSM.

Diversos autores han señalado como elementos básicos en los distintos tipos de adicciones los siguientes:

1) Craving: excesiva preocupación y deseo intenso de satisfacer la necesidad que se siente de llevar a cabo la conducta adictiva.

2) Pérdida de control: dificultad para mantenerse abstinente o para detener la conducta una vez que ésta se ha iniciado.

3) Abstinencia: síntomas característicos que aparecen cuando se interrumpe la conducta adictiva.

4) Tolerancia: necesidad de aumentar la conducta adictiva (incremento de dosis en el caso de las adicciones clásicas) para conseguir el efecto original.

Respecto al craving, algunos autores han señalado que el ansia de jugar expresada por los ludópatas es equivalente al experimentado por los adictos a sustancias psicoactivas. Algunos autores han concluido que los jugadores patológicos presentaban más dificultad para resistirlo que los pacientes con problemas de adicción al alcohol y la cocaína.

Respecto a la baja capacidad para controlar el consumo de una sustancia, la dificultad para controlar el juego es inherente al concepto de ludopatía. Se ha mencionado también que a mayor disponibilidad se produce mayor morbilidad, lo que en la ludopatía se asocia a un incremento de la prevalencia con la legalización del juego en distintos países del mundo.

Respecto a los períodos de abstinencia, diversos autores se basan en que algunos ludópatas al dejar de jugar podían presentar ánimo deprimido, irritabilidad, agitación motora, temblores, dificultad para concentrarse y diversas quejas somáticas.

Respecto a la tolerancia, se ha considerado que la «excitación» provocada durante el juego sería la «droga» del jugador. La característica de este es la necesidad de aumentar la magnitud o la frecuencia de las apuestas para conseguir la excitación deseada.

Además de que el juego patológico se ajusta a los criterios actuales sobre las conductas adictivas, pueden observarse aspectos comunes entre la ludopatía y otras adicciones, fundamentalmente el alcoholismo:

a) Solapamiento de tiempo y espacio. Las máquinas tragaperras están situadas en lugares habituales de consumo de alcohol. En las salas de juego, existe una clara disponibilidad e incluso invitaciones para tomar bebidas alcohólicas.

b) Aparición conjunta o secuencial. Numerosos estudios de comorbilidad muestran la asociación del juego patológico y el abuso y/o la dependencia a sustancias psicoactivas. Esto supone un mayor riesgo de complicaciones en ambos trastornos.

c) Personalidad adictiva. Algunos autores consideran la existencia de rasgos de personalidad comunes en las distintas conductas adictivas. No obstante, se ha concluido que hay pocas bases para asumir que exista una personalidad adictiva.

d) Antecedentes familiares de adicciones.

e) Tendencia a las recaídas. Es un elemento común en el juego patológico y en todas las adicciones

f) Conductas relacionadas con trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia. En ludópatas se encuentran estos antecedentes con más frecuencia que en la población general.

g) Respuesta al tratamiento. Uno de los argumentos utilizados en la semejanza del juego patológico con el resto de las conductas adictivas es la respuesta favorable al tratamiento aplicado en otras dependencias. La mayor eficacia se atribuye a los tratamientos que incluyen psicoterapia de grupo, con un plan de trabajo en el que se combine la intervención conductual junto a técnicas de reestructuración cognitiva.

Juego Patológico y otros Trastornos Mentales

La comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, además de ser un factor de riesgo para el desarrollo del juego patológico, representa un condicionante en la elección del tratamiento y el pronóstico del trastorno.

Diferentes estudios demuestran una elevada tasa de prevalencia en el consumo excesivo de alcohol u otras drogas en jugadores patológicos. Es el trastorno asociado que con más frecuencia se encuentra en la ludopatía según una revisión de 60 estudios publicados.

En los trastornos de personalidad, la mayoría de los trabajos se centran en el análisis de rasgos de la misma a través de cuestionarios. Apenas se ha investigado esta cuestión mediante entrevistas diagnósticas estructuradas para llegar a un diagnóstico preciso. En una investigación realizada en nuestro país, se encontró que el 44% de los pacientes cumplían criterios para alguno de los trastornos de personalidad según el DSM-III-R.

En cuanto a los trastornos afectivos, se encuentran porcentajes elevados de cuadros depresivos así como de hipomanía y manía en jugadores patológicos. Los estudios se basan en muestras clínicas y es la situación extrema creada por el juego la que lleva a estos individuos o a sus familias a solicitar tratamiento. Esto explicaría la mayor incidencia de sintomatología depresiva, ideación suicida o intentos autolíticos en este subgrupo al compararlo con los ludópatas que no buscan ayuda.

Muchos autores señalan que incluir en un programa terapéutico la intervención conductual con técnicas de reestructuración cognitiva y prevención de recaídas, mejora los resultados del tratamiento. Estos grupos se enmarcan en programas amplios en los que se realizan terapias no sólo para el juego, sino también para el alcohol y otras sustancias psicoactivas, que a menudo se presentan asociadas.

Grupos de Autoayuda

El modelo de Jugadores Anónimos surgió por primera vez en Los Ángeles en 1957 y está inspirado en los principios de Alcohólicos Anónimos. La asistencia a Jugadores Anónimos en combinación con ayuda profesional, parece potenciar la abstinencia en el juego y la calidad de vida de los pacientes. En este tipo de grupos sólo se contempla la participación de jugadores o exjugadores, quedando excluido cualquier profesional. Entre las actividades que se realizan se incluyen reuniones de grupo, información para familiares y parejas de jugadores. La existencia de este tipo de grupos es importante, pues en algunos países es el único recurso terapéutico disponible.

La conclusión es que desde que se legalizó el juego en nuestro país han aparecido gran cantidad de juegos de azar y ha aumentado considerablemente el gasto por habitante. A medida que se ha promocionado este tipo de juego (en especial maquinas tragaperras) ha aumentado la incidencia de ludopatía, aunque la población no la identifica como un verdadero trastorno del comportamiento. Esta falta de concienciación y las dificultades en el tratamiento de los jugadores, supone que, en la actualidad, el juego patológico puede considerarse como uno de los problemas de salud emergentes de mayor calado en nuestra sociedad. Prueba de ello es el aumento progresivo de las demandas de tratamiento de este tipo de pacientes³⁰.

La pasión por el juego de azar siempre ha estado presente en nuestra cultura, revistiendo en muchos casos carácter de verdadera patología, que ha conllevado diferentes trastornos sociales. Históricamente, los poderes públicos han restringido estos juegos de azar. Aunque en los tiempos más recientes, han promovido una mayor ampliación y difusión de su oferta, afectando el juego patológico a sectores cada vez más amplios. Las repercusiones del aumento de la patología no sólo se hacen sentir en el entorno personal y social de la persona afectada, sino también en las diferentes redes de protección social.

Para terminar, una reflexión:

“A cada uno de nosotros estaba reservado su destino. A ti te ha tocado el de los placeres, las diversiones y la libertad; a mí el de la vergüenza pública, la reclusión en un calabozo, la miseria, la ruina y el deshonor.

OSCAR WILDE

Referencias Bibliográficas

- ¹ Carrasco JJ. "Manual de Psiquiatría Legal y Forense". 2ª ed. Madrid: La Ley-Actualidad; 2003.
- ² García JA. "Psiquiatría Criminal y Forense". 2ª ed. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces; 2002.
- ³ Niehoff D. "Biología de la Violencia". 1ª ed. Barcelona: Ariel; 2000.
- ⁴ Roldán H. "Historia de la prisión en España". Barcelona: PPU; 1988.
- ⁵ Barrios L. "Un siglo de Psiquiatría Penitenciaria". Rev Esp Sanid Penit 2000; 1: 23-30.
- ⁶ Esbec E. "Valoración de la Peligrosidad Criminal (Riesgo – Violencia) en Psicología Forense. Aproximación Conceptual e Histórica", Psicopatología Clínica Legal y Forense, 2003; 3: 45– 64.
- ⁷ Chamizo J. "La situación de los enfermos mentales internados en centros penitenciarios andaluces". Informe del año 1997, Junta de Andalucía.
- ⁸ Cheung Chung M, Cumella S, Bickerton W, Winchester C. "La prevalencia de comportamientos agresivos en el hospital, en la familia y en las residencias comunitarias". Eur. J. Psychiat, 2003; 17(1): 5-16.
- ⁹ WHO Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority. World Health Organization. Geneva; 1996 (documento inédito WHO/EHA/SPI.POA.2).
- ¹⁰ Informe mundial sobre la violencia y la salud 2003. Publicado en español por la Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C.
- ¹¹ Waters H, Hyder A, Rajkotia Y, Basu S, Rehwinkel JA, Butchart A. The economic dimensions of interpersonal violence. Department of Injuries and Violence Prevention, World Health Organization. Geneva; 2004.
- ¹² Garbarino J, Crouter A. Defining the community context for parent–child relations: the correlates of child maltreatment. Child Development, 1978, 49:604–616.
- ¹³ Bronfenbrenner V. The ecology of human development: experiments by nature and design. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1979.
- ¹⁴ Informe Mundial sobre las Drogas. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD); 2005.

¹⁵ Drugs minister highlights savings in criminal justice: costs of drug treatment expenditure. Ministerio del Interior del Reino Unido, comunicado de prensa de 12 de febrero de 2002.

¹⁶ El problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe anual 2004.

¹⁷ Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otras Conductas Adictivas 2005-2008. Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón; 2001.

¹⁸ The Nacional Treatment Improvement Evaluation Study (NTIES). Servicios de salud mental y abuso de sustancias del departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos; 1997.

¹⁹ Informe de la ponencia sobre la prostitución en nuestro país (154/9). Comisión mixta de los derechos de la mujer y de la igualdad de oportunidades. Cortes Generales. Aprobada en sesión de la ponencia de 13 de marzo de 2007.

²⁰ Corsi J. Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Buenos Aires: Paidós; 1994.

²¹ Patró R, Limiñana R. Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *anales de psicología*, 2005; 21(1): 11-17.

²² Corbalán J, Patró R. Consecuencias psicológicas de la violencia familiar: mujeres maltratadas e hijos de hogares violentos. Conferencia invitada en las II Jornadas sobre Mujer y Salud: Interacción de los contextos familiar y laboral. Murcia, Mayo 2003.

²³ Cerezo A. El homicidio en la pareja: tratamiento criminológico. Valencia: Tirant lo Blanch; 2000.

²⁴ Appel A, Holden G. The co-occurrence of spouse and physical child abuse: A review and appraisal. *Journal of Family Psychology*, 1998; 12: 578–599.

²⁵ Fantuzzo J, De Paola L, Lambert L, et al. Effects of interparental violence on the psychological adjustment and competencies of young children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1991; 59: 258–265.

²⁶ Comisión Nacional del Juego. Memoria 2000. Ministerio del Interior, 2001.

²⁷ Ibáñez A, Saiz J. La ludopatía: una «nueva» enfermedad. Barcelona: Masson; 2001.

²⁸ Crockford D, El-Guebaly N. Psychiatric comorbidity in pathological gambling: A critical review. *Can Psychiatry* 1988; 43:43-50.

²⁹ Moreno I. Juego patológico: Estudio clínico y neuroquímico. Tesis doctoral. Universidad de Alcalá, Madrid; 1991.

³⁰ Sánchez-Hervás E. Juego Patológico: Un trastorno emergente. *Trastornos adictivos* 2003; 05: 75-87.

OBJETIVOS e HIPÓTESIS

OBJETIVOS

Objetivo Principal

Demostrar que los principales factores implicados en la violencia auto y heteroinfligida son más prevalentes en sujetos pertenecientes a diversos grupos de riesgo que en una muestra de población general.

Objetivos Secundarios

1. Aplicación de un cuestionario autoadministrado, que mide los factores más implicados en la violencia, a distintos subgrupos de riesgo y a un grupo control.
2. Determinar las características sociodemográficas de los participantes.
3. Predecir el Riesgo de Suicidio.
4. Buscar los Antecedentes de Enfermedad Mental (personales y familiares) y los probables Trastornos de la Personalidad.
5. Señalar los aspectos autorreferidos más destacados del Expediente Judicial.
6. Medir la probabilidad de cometer Actos Impulsivos y de tener Comportamientos Violentos.
7. Realizar un cribado de Dependencia Alcohólica y otro de Ludopatía.
8. Estudiar los principales tipos de Maltrato: antecedentes de Abuso (físico, psíquico y sexual), Maltrato Infantil y Violencia de Género.
9. Describir otros predictores de peligrosidad: Consumo de drogas, alcohol, expediente judicial, historia previa de Autolesiones e Intentos de Suicidio y de abusos.
10. Analizar las dimensiones de la Personalidad: neuroticismo, extraversión y sinceridad.
11. Comparación de las prevalencias de los factores de riesgo halladas en los casos frente a los controles.
12. Realizar una aproximación al perfil del "individuo violento" de cada uno de los subgrupos de riesgo.

HIPÓTESIS

Mediante la aplicación de un cuestionario autoadministrado que recoge los principales factores implicados en la violencia auto y heteroinfligida, se demostrará que la prevalencia de éstos es mayor en sujetos pertenecientes a “grupos de riesgo” (drogodependientes y alcohólicos, ludópatas, prostitutas, maltratadores y enfermos mentales) que en una muestra de población general.

POBLACIÓN y MÉTODOS

Diseño del Estudio

Encuesta

Población de Referencia: Grupos de Riesgo

Muestra de la Población General

Análisis Estadístico

Búsqueda Bibliográfica para la Comparación de Resultados

Diseño del Estudio

Características del estudio

Tamaño muestral

- **Características del estudio**

Se diseña un estudio descriptivo cuyos datos se utilizan con finalidades puramente narrativas y que resulta útil para generar hipótesis etiológicas que deberán contrastarse posteriormente con estudios analíticos.

Se considera transversal porque los datos de cada sujeto representan esencialmente un momento del tiempo (cuando se contesta el cuestionario).

Es un estudio observacional porque el factor de estudio no ha sido asignado por los investigadores, sino que éstos se han limitado a observar, medir y analizar la frecuencia de determinadas variables.

Por último, es retrospectivo porque su diseño es posterior a los hechos estudiados, así, los datos se han obtenido de las respuestas que los sujetos han referido en las encuestas.

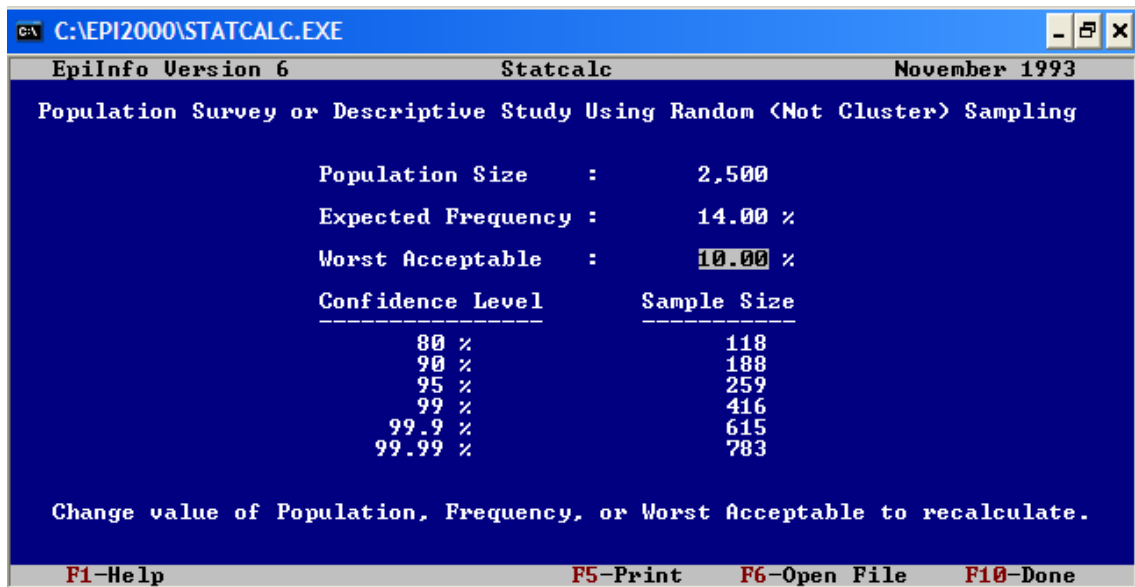
TABLA I. CARACTERÍSTICAS de la INVESTIGACIÓN según CRITERIOS de CLASIFICACIÓN	
<u>Crterios</u>	<u>Características</u>
Finalidad	Descriptiva
Secuencia temporal	Transversal
Control de la asignación de factores	Observacional
Inicio del estudio en relación a la cronología de los hechos	Retrospectivo

- **Tamaño muestral**

El cálculo se realizó a través del programa STATCALC[®] 2.0.

Considerando que el tamaño de la población a estudio era de unos 2500 individuos pertenecientes a grupos de riesgo que acudían a distintos centros de atención, prevención y rehabilitación de toda la Comunidad Autónoma de Aragón; la prevalencia del fenómeno “violencia” del 14%; el peor resultado aceptable del 10% y un nivel de confianza del 99%, habría que conseguir encuestar a unos 413 sujetos. Al final se reunieron 513 casos y se compararon con 494 controles, por lo que la relación caso – control fue prácticamente de 1:1.

La muestra total se compone de 1007 sujetos: 513 casos (160 drogodependientes y alcohólicos, 122 ludópatas, 25 prostitutas, 23 maltratadores y 183 enfermos mentales) y 494 controles (pertenecientes a la población general).



Encuesta

Características Generales
Partes Específicas

- **Características Generales de la Encuesta**

Entre los meses de julio de 2004 y enero de 2006 se encuestó, mediante un cuestionario autoadministrado, a una muestra total de 1007 personas. La finalidad era investigar los factores que influían en las conductas violentas, auto y heteroinfligidas, de distintos colectivos de riesgo (enfermos mentales, drogodependientes y alcohólicos, ludópatas, maltratadores y prostitutas) comparados con un grupo control.

La encuesta tiene una extensión de 20 páginas (por una sola cara) más una portada (ver el apartado “Consideraciones Éticas”). El tiempo que se tardó en responder al cuestionario osciló entre 30 y 90 minutos, con una media de 40-50 minutos. Una vez respondido el test se introducía en un sobre que se cerraba.

El cuestionario está constituido por seis apartados generales. Las secciones 2, 4 y 6 son escalas validadas en España, mientras que los apartados 1, 3 y 5 recogen los principales ítems relacionados con la peligrosidad en forma de preguntas aceptadas en otros tests. Aunque en los Predictores de Peligrosidad (5ª parte) se incluyeron también dos miniescalas de 4 preguntas dicotómicas (Sí/No) cada una, de detección de problemas relacionados con el alcohol (Cuestionario CAGE) y el juego (Cuestionario Breve de Juego Patológico -CBJP-). En ambos tests de cribado, la respuesta afirmativa a dos preguntas nos indicaba una posible dependencia al alcohol o a la ludopatía.

- **Partes Específicas de la Encuesta**

Descripción breve de las partes de la encuesta:

- ❖ 1ª Parte: Datos Personales: sexo, edad, estado civil, nacionalidad, nivel estudios, profesión, ingresos mensuales, antecedentes personales y familiares de enfermedad mental, etc.
- ❖ 2ª Parte: Riesgo de Suicidio y Trastornos de la Personalidad. Analizados mediante 2 escalas:

- ▲ Escala de Desesperanza de BECK: Son 20 ítems y cada uno vale un punto. El valor obtenido está entre 0 y 20. El punto de corte del riesgo leve de suicidio está en 4, el moderado en 9 y el del riesgo alto en 14.

- ▲ Cuestionario abreviado del “Examen Internacional de Trastornos de la Personalidad” (IPDE) en su versión del “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” (DSM-IV). Se trata de un instrumento de cribado previo, en forma de cuestionario autoadministrado de respuestas dicotómicas Verdadero/Falso (77 ítems) en el que el paciente describe su conducta habitual durante los últimos 5 años. Sirve para tener un perfil clínico de los trastornos de la personalidad; en ningún caso para realizar diagnósticos psiquiátricos definitivos. La posterior entrevista para llegar a establecer un dictamen certero (IPDE versión larga o entrevista psiquiátrica semiestructurada) no es objetivo de este trabajo. Los diferentes criterios descriptivos del trastorno son evaluados mediante una serie de cuestiones que hacen referencia a 6 áreas de la vida del paciente: trabajo, yo, relaciones interpersonales, afectos, prueba de realidad y control de impulsos. En la clasificación americana (DSM-IV), los Trastornos de la Personalidad están recogidos en tres grupos principales:
 - ✓ El primero de ellos o grupo A está formado por los Trastornos de la Personalidad Paranoide, Esquizoide y Esquizotípico, y reúne a los individuos extraños y excéntricos.
 - ✓ El segundo o grupo B incluye los Trastornos de Personalidad Antisocial, Límite, Histriónico y Narcisista y se caracteriza por los rasgos dramáticos, emocionales y extrovertidos.
 - ✓ El grupo C comprende los Trastornos de Personalidad por Evitación, por Dependencia y Obsesivo-Compulsivo, y corresponde a los sujetos ansiosos y temerosos.

El programa informático existente para la corrección tenía un punto de corte que los investigadores juzgaron poco discriminativo: establecía cada posible positivo a partir de 3 puntos. Tras consultar con un experto en el tema de los Trastornos de la Personalidad (Dr. Rubio Larrosa) que, además, había participado en la validación al español del IPDE y en el diseño del programa automático de corrección, se decidió fijar un nuevo punto de corte en 4 puntos.

- ❖ 3ª Parte: Expediente Judicial: número de acusaciones por distintos delitos y de condenas, número de veces en prisión, tiempo total de la vida transcurrido en la cárcel, edad del primer ingreso carcelario, régimen penitenciario, sanciones, tipo de delito por el que se encuentra preso, etc. Sólo se contestaba si habían tenido problemas con la justicia.
- ❖ 4ª Parte: Medida de las Conductas Impulsivas y de los Sentimientos de Agresividad y Comportamientos Violentos.
 - ▲ Escala de Impulsividad de Plutchick: Consta de 15 ítems que se valoran entre 0 y 3. La puntuación total va desde 0 hasta 45. En la versión española, los autores proponen un punto de corte de 20.
 - ▲ Riesgo de Violencia de Plutchik: Son 12 ítems, que se puntúan entre 0 y 3, excepto la última pregunta que vale 0-1. La puntuación total puede oscilar entre 0 y 34. En la versión española, los autores indican un punto de corte de 4.
- ❖ 5ª Parte: Predictores de Peligrosidad: adicción a drogas, consumo de alcohol, hábito de juego, historial de maltrato, estructura familiar, posesión de armas de fuego, causas que justifiquen la violencia, conductas suicidas y autolesivas, etc.
- ❖ 6ª Parte: Cuestionario de Personalidad de EYSENCK (EPI): además de determinar dos grandes dimensiones de la personalidad, como son el Neuroticismo y la Extraversión, mide también el grado de sinceridad.

Población de Referencia:

Grupos de Riesgo

Centros Participantes

Trabajo de Campo Inicial

Descripción de los Grupos de Riesgo

Criterios de Inclusión y Exclusión de los Grupos de Riesgo

La Labor de los Profesionales y del Investigador en los Centros Participantes

Datos Sociodemográficos

- **Centros Participantes**

Para seleccionar a los centros participantes, se tuvo en cuenta que en el año 2004 existían en la Comunidad Autónoma de Aragón unos 44 centros de prevención y asistencia a las adicciones, de ayuda a la ludopatía, de apoyo a las prostitutas, de tratamiento psicológico a los maltratadores y de atención a la enfermedad mental, tanto públicos como privados o concertados.

De todos éstos, se excluyeron aquellos que:

- ✖ En materia de adicciones, únicamente prestaran servicio para el tabaquismo.
- ✖ En salud mental, a las Unidades Gerontopsiquiátricas y a las de Trastornos Graves Refractarios, dado que atienden a pacientes o muy ancianos, o muy graves que temporalmente pueden requerir niveles altos de contención y seguridad.

Tras los criterios de exclusión, se consiguió una adherencia de 19 de los 44 centros existentes a nivel autonómico, lo que supone, globalmente, una participación del 43.2%.

En el ámbito rural, hubo participación de las 3 provincias; mientras que en el urbano, de las 3 capitales faltó la representación turolense.

El reparto por provincia fue de 14 en Zaragoza, 3 en Huesca y 2 en Teruel; y fue una representación de tipo urbano fundamentalmente.

Únicamente se consiguió que hubiera una participación total a nivel autonómico en materia de drogodependencias. Se obtuvo representación de centros rurales de drogodependientes en las tres provincias, pero no representación urbana de las tres capitales, puesto que en Teruel sólo se incorporaron centros ubicados en el sector rural.

TABLA II. CENTROS PARTICIPANTES			
Centro	Titularidad	Ciudad	Provincia
DROGODEPENDIENTES y ALCOHÓLICOS			
Unidad de Tratamiento de Adicciones del Servicio Aragonés de Salud (SALUD)	Público	Zaragoza	Zaragoza
Centro de Solidaridad de Zaragoza (CSZ)	Privado/Concertado	Zaragoza	Zaragoza
Centro de Servicios Sociales de la Comarca de Tarazona y el Moncayo	Público	Tarazona	Zaragoza
Fundación Municipal de Servicios Sociales de Huesca. Departamento de Drogodependencias	Público	Huesca	Huesca
Centro de Prevención y Atención a las Drogodependencias de la Comarca del Cinca Medio	Público	Monzón	Huesca
Centro de Prevención y Atención a las Drogodependencias del Ayuntamiento de Jaca	Público	Jaca	Huesca
Centro de Prevención y Atención a las Drogodependencias de la Comarca de las Cuencas Mineras	Público	Utrillas	Teruel
Asociación Bajo Aragonesa Turolense de Toxicómanos y Alcohólicos Rehabilitados (ABATTAR)	Privado/Concertado	Andorra	Teruel
LUDÓPATAS			
Grupo de Ludopatía del Teléfono de la Esperanza	Privado	Zaragoza	Zaragoza
Asociación Aragonesa de Jugadores de Azar en Rehabilitación (AZAJER)	Privado/Concertado	Zaragoza	Zaragoza
PROSTITUTAS			
Taller Ocupacional "El Fogaral" (Cáritas Diocesana)	Privado	Zaragoza	Zaragoza
MALTRATADORES			
"Servicio Espacio": Atención Psicológica a Maltratadores en el Hogar del Instituto Aragonés de la Mujer (IAM)	Público	Zaragoza	Zaragoza
ENFERMOS MENTALES			
Consultas Externas			
Unidad de Salud Mental de Calatayud (SALUD)	Público	Calatayud	Zaragoza
Centro de Rehabilitación Psicosocial de Sádaba	Privado/Concertado	Sádaba	Zaragoza
Hospitalización Breve			
Servicio de Psiquiatría del Hospital "Miguel Servet"	Público	Zaragoza	Zaragoza
Servicio de Psiquiatría del Hospital Ntra. Sra. De Gracia	Público	Zaragoza	Zaragoza
Unidades Específicas de Hospitalización Psiquiátrica			
Unidad de Trastornos de la Personalidad del Hospital Ntra. Sra. De Gracia	Público	Zaragoza	Zaragoza
Talleres para Enfermos Mentales			
Taller Ocupacional del Actur (Fundación Rey Ardid)	Privado/Concertado	Zaragoza	Zaragoza
Centro de Día "San Carlos" (Cáritas Diocesana)	Privado/Concertado	Zaragoza	Zaragoza

TABLA III. DATOS ESTADÍSTICOS y DISTRIBUCIÓN por CENTROS PARTICIPANTES

(Datos correspondientes al año 2005)

		Nº de Usuarios o Pacientes	Participantes en el estudio	Porcentaje sobre el total de Usuarios o Pacientes del centro	Porcentaje sobre el total de participantes en el estudio	
DROGODEPENDIENTES y ALCOHÓLICOS	Centros de Prevención, Atención y Seguimiento de Adicciones	169	92	54,4%	17,9%	
	Centro de Solidaridad de Zaragoza	100	38	38%	7,4%	
	ABATTAR	41	30	73,1%	5,8%	
LUDÓPATAS	Teléfono de la Esperanza de Zaragoza	40	28	70%	5,5%	
	AZAJER	132	94	71,2%	18,3%	
TALLER OCUPACIONAL "EL FOGARAL" para PROSTITUTAS		25	25	100%	4,9%	
Servicio Espacio: Atención Psicológica a MALTRATADORES del IAM		25	23	92%	4,5%	
ENFERMOS MENTALES	CONSULTAS EXTERNAS PSIQUIATRÍA	Unidad de Salud Mental de Calatayud	200	36	18%	7,1%
		Centro de Rehabilitación Psicosocial de Sádaba	35	14	40%	2,7%
	SERVICIOS de HOSPITALIZACIÓN para ENFERMOS MENTALES en FASE AGUDA	Servicio de Psiquiatría del Hospital Miguel Servet de Zaragoza	51	16	31,4%	3,1%
		Servicio de Psiquiatría del Hospital Ntra. Sra. de Gracia de Zaragoza	191	44	23%	8,6%
	UNIDAD de TRASTORNOS de la PERSONALIDAD (Hospital Ntra. Sra. De Gracia de Zaragoza)		39	24	61,5%	4,7%
	TALLERES para ENFERMOS MENTALES	Taller Ocupacional del Actur de Zaragoza (Fundación Rey Ardid)	30	26	86,7%	5,1%
		Centro de Día "San Carlos" de Zaragoza (Cáritas Diocesano)	38	23	60,5%	4,5%
Total		1116	513	46%	100%	

En los datos estadísticos y de distribución por centros queda patente que el porcentaje global de participantes en el estudio sobre el total de usuarios fue cercano al 50%.

Los centros con mayor representación fueron:

- Respecto al número de participantes: AZAJER y los de Prevención, Atención y Seguimiento de Adicciones, con más de 90 cada uno.
- Respecto al porcentaje sobre el total de usuarios o pacientes del centro: El Fogaral y el Taller Ocupacional del Actur de Zaragoza (Fundación Rey Ardid), con 100% y 86,7% respectivamente.
- Respecto al Porcentaje sobre el total de casos: AZAJER y los de Prevención, Atención y Seguimiento de Adicciones, con cerca del 35%, entre ambos.

- **Trabajo de campo inicial**

El 18 de octubre de 2004 se habían enviado, por correo postal, las solicitudes de colaboración para esta investigación, a los centros antes mencionados.

En las cartas se explicaba que el objetivo de este trabajo, que estaba respaldado por la Facultad de Medicina de Zaragoza, era estudiar los distintos factores que influían en la peligrosidad social e individual de ciertos colectivos de riesgo (enfermos mentales, toxicómanos, alcohólicos, maltratados, ludópatas y prostitutas).

La información se recabaría mediante un cuestionario autoadministrado, voluntario, anónimo y confidencial. En las misivas también se hacía mención a otras instituciones que ya estaban colaborando y se adjuntaba un ejemplar de la encuesta para que los responsables del centro pudieran examinarla detenidamente.

Tras obtener la conformidad de los centros que quisieron participar y después de haberles explicado la metodología del trabajo, se consultó con los responsables el número de encuestas que creían factible podrían contestar sus usuarios y se procedió a su envío postal.

El 14 de febrero de 2005 se realizó una segunda ronda de envíos de solicitudes de colaboración para este trabajo, a los centros de asistencia de la comunidad autónoma que no habían respondido al primer requerimiento.

Se procedió a seguir una sistemática de trabajo similar a la realizada previamente con los primeros centros participantes y éstos, enviaron a los investigadores las encuestas cumplimentadas por sus usuarios entre el 1 de diciembre de 2004 y el 31 de enero de 2006.

- **Descripción de los Grupos de Riesgo**

Centros de Drogodependencias y Alcoholismo

- ◉ Los Centros de Prevención Comunitaria: son recursos pertenecientes a las Corporaciones Locales que desarrollan actuaciones para reducir o evitar el consumo de drogas y promover hábitos de vida saludables.
- ◉ Los pacientes de los Centros de Atención y Seguimiento de Adicciones: acuden a estas unidades asistenciales especializadas en el tratamiento ambulatorio de los trastornos adictivos y de enfermos drogodependientes que han sido derivados por los Centros de Salud, Unidades de Salud Mental o los Centros de Prevención Comunitaria.
- ◉ Fundación Centro de Solidaridad de Zaragoza (C.S.Z.): se constituyó en 1.985, de la mano de la Archidiócesis de Zaragoza. En la actualidad la Fundación está integrada por: Cáritas, Patronato San Valero y Hermanas de la Caridad de Santa Ana. Durante estos más de 20 años ha evolucionado, mediante la revisión y el análisis, ajustándose a las diferentes necesidades, situaciones y perfiles de los usuarios.
- ◉ ABATTAR (Asociación Bajoaragonesa Turolense de Toxicómanos y Alcohólicos Rehabilitados): es una Asociación fundada hace ya más de veinte años, formada por un grupo de enfermos rehabilitados, o en fase de rehabilitación de adicciones diversas, los cuales están comprometidos a ayudar desde su experiencia, a aquellos que se encuentran en situaciones similares y tengan cualquier duda o problema, relacionado con este problema.

A la hora de calcular el porcentaje de participación de los usuarios de los centros de prevención y asistencia a las drogodependencias, se encontró una dificultad, no se disponía de una cifra real de los mismos. En el numerador sólo se podían poner dos tipos de datos:

- El total de tratamientos realizados en los programas libres de drogas, con lo cual es posible que algún paciente hubiera estado incluido en más de alguno. De esta manera se supraestimaría la participación, al ser el numerador más grande.
- La distribución de inicios de tratamiento, con lo que es probable que algún usuario que había contestado a la encuesta no estuviera representado si era un paciente de seguimiento. De esta forma se infraestimaría la participación al ser el numerador demasiado pequeño.

Finalmente se optó por realizar los cálculos utilizando el total de tratamientos realizados por centro en los programas libres de drogas.

En las 3 provincias, hubo un predominio del sexo masculino.

Estratificando por provincias, los resultados fueron:

⊕ Zaragoza:

- ⊕ El centro con mayor número de mayor número de participantes fue el Centro de Solidaridad.
- ⊕ El centro con mayor tasa de participación respecto al total de usuarios fue el Centro de Servicios Sociales de la Comarca de Tarazona y el Moncayo.
- ⊕ El centro con mayor porcentaje sobre el total de drogodependientes y alcohólicos fue el Centro de Solidaridad.

TABLA IV. DATOS ESTADÍSTICOS de los Centros de Prevención y Asistencia de la Provincia de ZARAGOZA (2005)

	Unidad de Tratamiento de Adicciones del SALUD	Centro Solidaridad de Zaragoza (CSZ)	Centro de Servicios Sociales de la Comarca de Tarazona y el Moncayo	Total
Nº de Usuarios (Nº de tratamientos realizados en programas libres de drogas)	64	100	16	180
Participantes en el estudio	34	38	12	84
Relación Hombre/Mujer	25/9	36/2	9/3	70/14
Porcentaje sobre el total de usuarios del centro	53,1%	38%	75%	—
Porcentaje sobre el total de drogodependientes y alcohólicos	21,3%	23,8%	7,5%	52,6%

- ⊕ Huesca: El Centro de Prevención y Atención a las Drogodependencias de la Comarca del Cinca Medio fue el que mayor representación tuvo, tanto en número de usuarios, como en la tasa de participación y en el porcentaje sobre el total de drogodependientes y alcohólicos.

TABLA V. DATOS ESTADÍSTICOS de los Centros de Prevención y Asistencia de la Provincia de HUESCA (2005)

	Fundación Municipal de Servicios Sociales de Huesca. Departamento de Drogodependencias.	Centro de Prevención y Atención a las Drogodependencias de la Comarca del Cinca Medio	Centro de Prevención y Atención a las Drogodependencias del Ayuntamiento de Jaca	Total
Nº de Usuarios (Nº de tratamientos realizados en programas libres de drogas)	23	35	22	80
Participantes en el estudio	6	23	12	41
Relación Hombre/Mujer	3/3	19/4	10/2	32/9
Porcentaje sobre el total de usuarios del centro	26,1%	65,7%	54,6%	—
Porcentaje sobre el total de drogodependientes y alcohólicos	3,7 %	14,4%	7,5%	25,6%

- ⊕ Teruel: La Asociación Bajo Aragonesa Turolense de Toxicómanos y Alcohólicos Rehabilitados (ABATTAR) fue el que mayor representación tuvo, tanto en número de usuarios, como en la tasa de participación y en el porcentaje sobre el total de drogodependientes y alcohólicos.

TABLA VI. DATOS ESTADÍSTICOS de los Centros de Prevención y Asistencia de la Provincia de TERUEL (2005)

	Centro de Prevención y Atención a las Drogodependencias de la Comarca de las Cuencas Mineras	Asociación Bajo Aragonesa Turolense de Toxicómanos y Alcohólicos Rehabilitados (ABATTAR)	Total
Nº de Usuarios (Nº de tratamientos realizados en programas libres de drogas)	9	41	50
Participantes en el estudio	5	30	35
Relación Hombre/Mujer	3/2	25/5	28/7
Porcentaje sobre el total de usuarios del centro	55,6%	73,2%	—
Porcentaje sobre el total de drogodependientes y alcohólicos	3,1%	18,7 %	21,8%

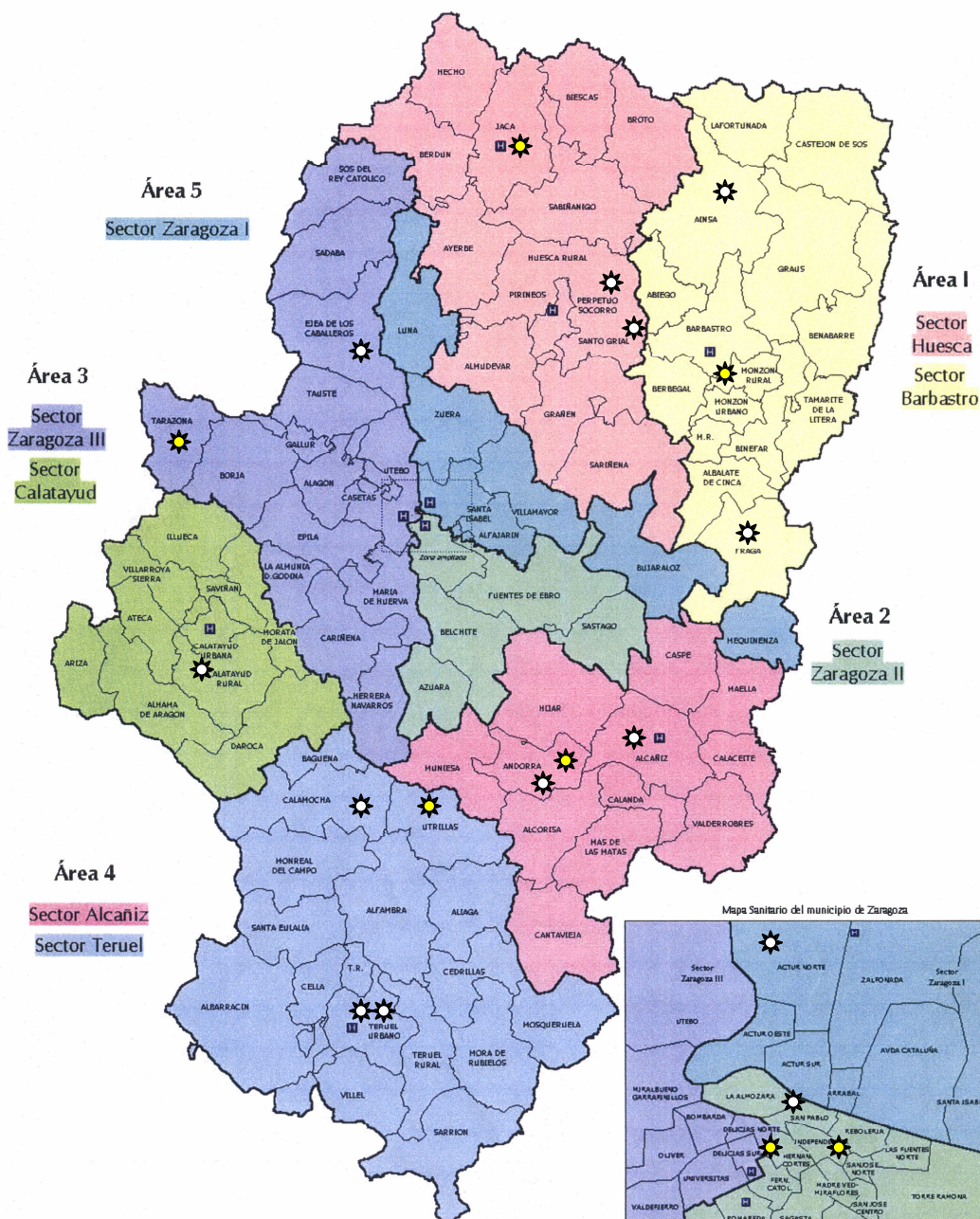
Plan Autonómico sobre Conductas Adictivas.

RECURSOS de ASISTENCIA y PREVENCIÓN (por sectores) y CENTROS PARTICIPANTES



MAPA SANITARIO DE ARAGÓN

Decreto 207/2003, de 22 de julio



- ☼ CENTROS de ASISTENCIA y PREVENCIÓN
- ☼ CENTROS PARTICIPANTES

Centros de Ludopatía

- Teléfono de la Esperanza de Zaragoza: organización no gubernamental (ONG) de acción social y de cooperación para el desarrollo. Ofrece, de manera gratuita, anónima y especializada, un servicio permanente de ayuda, por teléfono o presencial, para apoyar a las personas que se encuentren en situación de crisis emocional. Asimismo proporciona recursos profesionales eficaces para la mejora de la calidad de vida emocional de las personas y de las familias. Posee diversos grupos de trabajo, entre los que se encuentran los ludópatas.
- Asociación Aragonesa de Jugadores de Azar en Rehabilitación: ONG cuyo objetivo es informar, prevenir, rehabilitar e insertar a jugadores patológicos, así como a sus familias y entornos afectados por esta dependencia. Igualmente intentan sensibilizar a la sociedad sobre esta patología. Cuenta con 20 voluntarios, entre enfermos y familiares rehabilitados. El origen de su financiación es tanto pública (Ayuntamiento y Diputación General de Zaragoza), como de los propios socios en tratamiento o de los socios colaboradores (aquellas personas ya rehabilitadas que siguen contribuyendo con la asociación).

TABLA VII. DATOS ESTADÍSTICOS de los CENTROS de LUDOPATÍA			
	Grupo de Ludopatía del Teléfono de la Esperanza	Asociación Aragonesa de Jugadores de Azar en Rehabilitación (AZAJER)	Total
Nº de Usuarios	40	132	172
Participantes en el estudio	28	94	122
Relación Hombre/Mujer	27/1	74/20	101/21
Porcentaje sobre el total de usuarios del centro	70%	71,2%	—
Porcentaje sobre el total de los ludópatas	23%	77%	100%

La tasa de participación global fue superior al 70%. Hubo un predominio del sexo masculino. Por centros, la Asociación Aragonesa de Jugadores de Azar en Rehabilitación (AZAJER) fue la que aportó más número de participantes y mayor porcentaje sobre el total.

Centros de Prostitutas

- ◉ Taller Ocupacional “El Fogaral”. Perteneciente al centro de Cáritas Diocesana. Su objetivo es apoyar a mujeres que ejercen la prostitución, con el fin de facilitarles una mejor calidad de vida, ayudarles a reivindicar sus derechos, y posibilitarles el libre abandono de su situación, teniendo en cuenta que deben ser ellas las protagonistas. Ofrece acogida, seguimiento individualizado, acompañamiento, asesoramiento, gestión y tramitación de recursos, espacios participativos (talleres), trabajo de calle y sensibilización de la mujer que ejerce o ha ejercido la prostitución y su entorno y a mujeres en situación de riesgo.

La tasa de participación fue la más alta, el 100% de las usuarias. La muestra fue algo escasa (n=25), debido a que sólo se recogió en una ocasión y a que el centro no atendía a más número de mujeres.

Centros de Maltratadores

- ◉ Servicio Espacio: Frecuentadores del “Servicio de Atención Psicológica a Hombres con Problemas de Control y Violencia en el Hogar” del Instituto Aragonés de la Mujer. Se trata de un programa de atención psicológica dirigido a los hombres que presentan problemas de control y que protagonizan situaciones de violencia en el hogar en las relaciones de pareja. Este servicio pretende hacer consciente al hombre de su papel en la resolución de estas situaciones, trabajando estrategias y habilidades que les ayuden a controlarse y a desarrollar formas diferentes de afrontar los conflictos.

El Servicio ESPACIO se incluye entre las acciones contempladas en el Plan de Acción Positiva del Instituto Aragonés de la Mujer. La finalidad fundamental en el que se basa, es buscar la protección de la mujer, incluyendo para ellos la atención psicológica de los hombres causantes de malos tratos. Los objetivos del Servicio pretenden asegurar el bienestar psicológico de las mujeres víctimas de malos tratos, principalmente en el caso de que la relación se

mantenga, así como prevenir posteriores situaciones violentas. El tratamiento es individual y su duración estará en consonancia con el carácter social de intervención en crisis con el que se concibe este servicio, por lo que se establecerán un número determinado de sesiones. Sin ser una terapia de pareja, sí es recomendable que ambos miembros colaboren, por lo que sería adecuado que ellas llevaran un tratamiento paralelo en los servicios especializados en aquellos casos en los que se mantiene la convivencia.

Los beneficiarios del Servicio del programa son hombres residentes en la Comunidad Autónoma de Aragón que tengan problemas de control y que ocasionan situaciones de violencia física y/o psicológica en el marco de las relaciones familiares y/o de pareja.

La tasa de participación fue de las más altas, con más de un 90%. Aunque, la muestra fue algo escasa (n=23).

Centros de Enfermos Mentales

- Pacientes de Servicios de Hospitalización Breve para Enfermos Mentales de los Hospitales Miguel Servet y Ntra. Sra. de Gracia, de Zaragoza: unidades de hospitalización para tratamientos de atención continuada (24 horas al día) con personal especializado y con una estancia breve. Se integran física y funcionalmente en los hospitales generales. Están dotadas con 12 – 15 camas por 100.000 habitantes, sin sobrepasar las 30 camas o el 10% de las totales del hospital. Atiende a los pacientes remitidos desde las unidades de salud mental o de las urgencias hospitalarias y desarrolla psiquiatría de enlace con el resto de servicios. Está coordinado con los centros de salud mental, donde se derivan los pacientes dados de alta, y con el hospital de día para mantener la continuidad de los cuidados.
- Pacientes de Consultas Externas de Psiquiatría:
 - *Unidades de Salud Mental del Servicio Aragonés de Salud (SALUD):*
Constituyen el eje asistencial de la atención en salud mental de la población

general en el tratamiento y rehabilitación de los pacientes graves. Se dispone de un centro de salud mental por cada 50.000 habitantes. Los pacientes vienen derivados de la Atención Primaria de salud, o bien del nivel especializado, del sistema educativo, de la Administración de Justicia o de los servicios sociales. En este proyecto de investigación colaboró, concretamente, la Unidad de Salud Mental de Calatayud.

- Centros de Rehabilitación Psicosocial o Centros de día: son dispositivos ambulatorios cuya función es la rehabilitación activa y la reinserción social. Tienen orientación comunitaria y son recursos destinados a recuperar las habilidades sociales, evitar los internamientos y mantener al usuario en su medio sociofamiliar. En nuestra comunidad se dispone de 50 plazas por cada 150.000 habitantes. En esta investigación colaboró el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Sádaba (Zaragoza).
- Unidades específicas de Hospitalización Psiquiátrica (Unidad de Trastornos de la Personalidad): estos trastornos constituyen una patología emergente que aparece en el 50% de los ingresados en las unidades de corta estancia y en un 10 – 15% de los atendidos en los centros de salud mental, sin que la red convencional de recursos pueda dar una cobertura adecuada a este problema. La atención en una unidad específica comporta una serie de beneficios como son: el adecuado seguimiento, una mejor perspectiva de éxito terapéutico y una manifiesta descongestión de los centros de salud mental y unidades de agudos que los atienden en sus habituales urgencias (tentativas suicidas, conductas desadaptadas). La unidad dispone actualmente de 6 camas donde ingresan pacientes remitidos por los diversos recursos de la Comunidad Autónoma. Se realiza un ingreso de dos meses, con un protocolo de “inmersión terapéutica”. El carácter es dinámico, cognitivo, farmacológico, educacional, social y de apoyo familiar. Una vez superada la etapa de ingreso (2 meses), el paciente continúa

en régimen abierto durante 2 años, donde se continúa el seguimiento individual, familiar, social y rehabilitador.

- Talleres para Enfermos Mentales: son espacios terapéuticos que se establecen a través de actividades grupales de recreo, cultura, aprendizaje o laborales. Los objetivos básicos son la recuperación o el mantenimiento de habilidades, normas de convivencia y comunicación en grupo. Su disponibilidad es de 40 plazas por 100.000 habitantes. En la realización de este trabajo colaboró el taller del Centro de Día “San Carlos” de Zaragoza, perteneciente a Cáritas Diocesana y el Taller Ocupacional del Actur de la Fundación Rey Ardid de Zaragoza.

TABLA VIII. DATOS ESTADÍSTICOS de los ENFERMOS MENTALES (2005)					
	Nº de Pacientes o Usuarios	Participantes en el estudio	Relación Hombre/Mujer	Porcentaje sobre el total de pacientes o usuarios del centro	Porcentaje sobre el total de enfermos mentales
Consultas Externas					
Unidad de Salud Mental de Calatayud (SALUD)	200	36	8/28	18%	19,7%
Centro de Rehabilitación Psicosocial de Sádaba	35	14	11/3	40%	7,7%
Hospitalización Breve					
Servicio de Psiquiatría del Hospital “Miguel Servet”	51	16	8/8	31,4%	8,7%
Servicio de Psiquiatría del Hospital Ntra. Sra. De Gracia	191	44	19/25	23%	24%
Unidades Específicas de Hospitalización Psiquiátrica					
Unidad de Trastornos de la Personalidad del Hospital Ntra. Sra. De Gracia	39	24	9/15	61,5%	13,1%
Talleres para Enfermos Mentales					
Taller Ocupacional del Actur (Fundación Rey Ardid)	30	26	17/9	86,7%	14,2%
Centro de Día “San Carlos” (Cáritas Diocesana)	38	23	11/12	60,5%	12,6%
TOTAL	684	183	83/100	—	100%

El Servicio de Psiquiatría del Hospital Ntra. Sra. De Gracia fue el centro que aportó mayor número de participantes.

En el total de esta muestra existió un ligero predominio de las mujeres .

El que aportó mayor porcentaje de pacientes sobre el total de usuarios del centro fue el Taller Ocupacional del Actur (Fundación Rey Ardid).

El Servicio de Psiquiatría del Hospital Ntra. Sra. De Gracia (hospitalización breve) fue el que representó el mayor tanto por ciento, casi una cuarta parte, sobre el total de enfermos mentales.

- **Criterios de Inclusión y Exclusión de los Grupos de Riesgo**

- ▲ **Criterios de Inclusión:** pertenecer a los citados grupos de riesgo referidos anteriormente, ser mayores de edad, saber leer y escribir en español y dar su consentimiento verbal de participación de forma libre y voluntaria.
- ▲ **Criterios de Exclusión:** padecer un grave deterioro de las capacidades cognitivas que impidiera tener conciencia de la realidad, estar sufriendo en esos momentos una crisis aguda de una patología mental, ser analfabeto o no saber leer y escribir en español, ser menor de dieciocho años y aquellos que mostraran reticencias a contestar la encuesta.

- **La Labor de los Profesionales de los Centros Participantes**

Los trabajadores sociales, los psicólogos y el personal auxiliar y de enfermería, fueron los encargados de distribuir las encuestas entre los usuarios de la mayoría de los centros participantes, resolvieron las dudas de éstos y procedieron a su recogida y posterior envío a los investigadores.

Si los usuarios no podían contestar la encuesta en el centro (esto ocurrió en una minoría de casos), y no se encontraban en régimen de internamiento en el mismo, se la llevaban a su casa y luego la devolvían al encargado de su centro de referencia. En bastantes ocasiones, para garantizar que la encuesta quedase perfectamente cumplimentada, estos profesionales, no sólo estuvieron presentes mientras los usuarios las contestaban, si no que también les dieron su apoyo y su ánimo durante todo el proceso.

- **La Labor del Investigador en algunos Centros**

A petición de los responsables de algunos centros, como la Unidad de Tratamiento de Adicciones del Servicio Aragonés de Salud (Drogodependientes y Alcohólicos), el Servicio de Psiquiatría del Hospital "Miguel Servet" (Hospitalización

Breve) y el Centro de Día “San Carlos” de Cáritas Diocesana (Talleres para Enfermos Mentales), el investigador fue el que distribuyó los cuestionarios entre los participantes, resolvió sus dudas y procedió a la recogida de los mismos.

En todos los casos, la colaboración de los centros fue voluntaria y se les informó personalmente de los objetivos del estudio de manera suficiente, para que su participación fuera totalmente libre.

- Datos Sociodemográficos de los Grupos de Riesgo

TABLA IX. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS de DROGODEPENDIENTES y ALCOHÓLICOS (n=160)		
SEXO	Hombres	81,3%
	Mujeres	18,8%
EDAD MEDIA en años (con la desviación típica)		37,3 ±10,6
EDAD por CATEGORÍAS	18 – 24 años	11,3%
	25 – 34 años	25,8%
	35 – 44 años	37,1%
	45 – 54 años	20,8%
	55 – 64 años	3,8%
	65 y más años	1,3%
NACIONALIDAD	Española	97,5%
	Española y otra	1,3%
	Extranjera	1,3%
ESTADO CIVIL	Solteros	40%
	Casados	26,9%
	Conviviendo con su pareja	17,5%
	Separados / Divorciados	13,8%
	Viudos	1,9%
NIVEL de ESTUDIOS	Sin estudios	1,3%
	Primarios	39%
	Secundarios	33,3%
	Formación Profesional	21,4%
	Universitarios Medios	4,4%
	Universitarios Superiores	--
	Otros no reglados	0,6%
PROFESIÓN [♦]	Dirección de empresas y la administración pública	3,6%
	Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	3,6%
	Técnicos y profesionales de apoyo	6,6%
	Empleados de tipo administrativo	2,9%
	Servicios de restauración, personales, protección y vendedores	11,7%
	Cualificados en agricultura y pesca	3,6%
	Artesanos y cualificados en manufacturas, construcción y minería	36,5%
	Operadores de instalaciones y maquinaria y montadores	9,5%
	Trabajadores no cualificados	13,1%
	Fuerzas Armadas	1,5%
	Amas de Casa	2,9%
	Estudiantes	2,2%
	No clasificable	2,2%
INGRESOS ECONÓMICOS	Sin ingresos	12,3%
	Menos de 300 €	3,2%
	301 – 600 €	10,4%
	601 – 900 €	27,9%
	901 – 1200 €	22,1%
	1201 – 1800 €	15,6%
	1801 – 2400 €	4,5%
	2401 – 3000 €	3,9%
	Más de 3000 €	--
	No lo sabe	--
SITUACIÓN LABORAL	Pensionista y ha trabajado antes	12,7%
	Pensionista y no ha trabajado antes	--
	Desempleado y ha trabajado	19,1%
	Desempleado y busca su 1 ^{er} empleo	1,3%
	Tareas del Hogar	6,4%
	Trabaja	45,2%
	Otras situaciones (baja laboral, incapacidad...)	13,4%
Estudiante	1,9%	

[♦] El 14,4% no respondieron a la PROFESIÓN. En la tabla aparecen los resultados de los que contestaron.

En esta investigación, cuando la tasa de respuesta es superior al 90%, no se menciona el porcentaje de los que no contestan.

Existía un predominio masculino (81%) en la muestra, con un rango de edad entre 35 y 44 años.

Prácticamente, la totalidad de la muestra eran españoles. El grupo más numeroso era el de los solteros (40%).

La mayor parte había cursado estudios primarios o secundarios.

Respecto a su profesión, más de un tercio pertenecía al grupo de Artesanos y cualificados en manufacturas, construcción y minería.

La mayoría percibía unos ingresos económicos en un rango entre 600 y 900 euros. El segundo grupo más frecuente cobraba entre 900 y 1200 euros.

En cuanto a la situación laboral, apenas un 45% estaba trabajando.

TABLA X. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS de LUDÓPATAS (n=122)		
SEXO	Hombres	82,8%
	Mujeres	17,2%
EDAD MEDIA en años (con la desviación típica)		37± 12,3
EDAD por CATEGORÍAS	18 – 24 años	10,7%
	25 – 34 años	41,8%
	35 – 44 años	20,5%
	45 – 54 años	15,6%
	55 – 64 años	9%
	65 y más años	2,5%
NACIONALIDAD	Española	99,2%
	Española y otra	--
	Extranjera	0,8%
ESTADO CIVIL	Solteros	35,2%
	Casados	37,7%
	Conviviendo con su pareja	16,4%
	Separados / Divorciados	9,8%
	Viudos	0,8%
NIVEL de ESTUDIOS	Sin estudios	1,7%
	Primarios	32,2%
	Secundarios	14%
	Formación Profesional	37,2%
	Universitarios Medios	9,9%
	Universitarios Superiores	5%
	Otros no reglados	--
PROFESIÓN [^]	Dirección de empresas y la administración pública	1,9%
	Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	4,6%
	Técnicos y profesionales de apoyo	3,7%
	Empleados de tipo administrativo	7,4%
	Servicios de restauración, personales, protección y vendedores	24,1%
	Cualificados en agricultura y pesca	--
	Artesanos y cualificados en manufacturas, construcción y minería	28,7%
	Operadores de instalaciones y maquinaria y montadores	10,2%
	Trabajadores no cualificados	14,8%
	Fuerzas Armadas	--
	Amas de Casa	3,7%
	Estudiantes	0,9%
	No clasificable	--
INGRESOS ECONÓMICOS	Sin ingresos	4,2%
	Menos de 300 €	1,7%
	301 – 600 €	6,7%
	601 – 900 €	13,3%
	901 – 1200 €	30%
	1201 – 1800 €	30,8%
	1801 – 2400 €	6,7%
	2401 – 3000 €	1,7%
	Más de 3000 €	3,3%
No lo sabe	1,7%	
SITUACIÓN LABORAL	Pensionista y ha trabajado antes	8,3%
	Pensionista y no ha trabajado antes	0,8%
	Desempleado y ha trabajado	9,9%
	Desempleado y busca su 1 ^{er} empleo	--
	Tareas del Hogar	2,5%
	Trabaja	73,6%
	Otras situaciones (baja laboral, incapacidad...)	4,1%
Estudiante	0,8%	

[^] El 11,5% no respondieron a la PROFESIÓN. En la tabla aparecen los resultados de los que contestaron.

Existe un clarísimo predominio de los hombres, representando más del 80% de esta muestra.

El grupo mayoritario se situaba en un rango de edad entre 25 y 34 años.

Prácticamente, la totalidad del grupo eran españoles.

En cuanto al estado civil, se repartían por igual entre solteros y casados, representando entre ambos grupos más de un 70%.

Respecto a los estudios, el grupo más numeroso había cursado formación profesional, seguido por los que realizaron estudios primarios.

Las profesiones más frecuentes estaban dentro de Artesanos y cualificados en manufacturas, construcción y minería (29%) y Servicios de restauración, personales, protección y vendedores (24%).

Los ingresos económicos de la mayor parte, se situaban entre 900 y 1200 y/o entre 1200 y 1800 euros,

Un gran porcentaje de la muestra estaba trabajando.

TABLA XI. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS de PROSTITUTAS (n=25)		
EDAD MEDIA en años (con la desviación típica)		50,1 ± 10,7
EDAD por CATEGORÍAS	18 – 24 años	--
	25 – 34 años	12%
	35 – 44 años	12%
	45 – 54 años	28%
	55 – 64 años	44%
	65 y más años	4%
NACIONALIDAD	Española	80%
	Española y otra	--
	Extranjera	20%
ESTADO CIVIL	Solteras	52%
	Casadas	4%
	Conviviendo con su pareja	4%
	Separadas / Divorciadas	40%
	Viudas	--
NIVEL de ESTUDIOS	Sin estudios	24%
	Primarios	56%
	Secundarios	20%
	Formación Profesional	--
	Universitarios Medios	--
	Universitarios Superiores	--
	Otros no reglados	--
PROFESIÓN*	Dirección de empresas y la administración pública	--
	Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	--
	Técnicos y profesionales de apoyo	--
	Empleados de tipo administrativo	--
	Servicios de restauración, personales, protección y vendedores	5,9%
	Cualificados en agricultura y pesca	--
	Artesanos y cualificados en manufacturas, construcción y minería	--
	Operadores de instalaciones y maquinaria y montadores	--
	Trabajadores no cualificados	5,9%
	Fuerzas Armadas	--
	Amas de Casa	82,4%
	Estudiantes	5,9%
	No clasificable	--
INGRESOS ECONÓMICOS*	Sin ingresos	14,3%
	Menos de 300 €	52,4%
	301 – 600 €	23,8%
	601 – 900 €	4,8%
	901 – 1200 €	--
	1201 – 1800 €	--
	1801 – 2400 €	--
	2401 – 3000 €	--
	Más de 3000 €	--
	No lo sabe	4,8%
SITUACIÓN LABORAL	Pensionista y ha trabajado antes	32%
	Pensionista y no ha trabajado antes	8%
	Desempleado y ha trabajado	24%
	Desempleado y busca su 1 ^{er} empleo	8%
	Tareas del Hogar	16%
	Trabaja	8%
	Otras situaciones (baja laboral, incapacidad...)	4%
	Estudiante	--

* El 16% y el 32% respectivamente, no respondieron a las preguntas **ingresos económicos y profesión**. En la tabla aparecen los resultados de los que contestaron.

Casi la mitad tenían entre 55 y 64 años. Más de una cuarta parte en el rango de edad entre 45 y 54.

En la muestra había un porcentaje importante (20%) de extranjeras.

Respecto al estado civil, el grupo más numeroso eran las solteras, seguidas por las separadas.

La mayoría habían cursado estudios primarios o sin estudios.

Más de la mitad, cobraban menos de 300 euros.

En cuanto a la situación laboral, la mayoría contestó pensionista o desempleada que había trabajado antes.

TABLA XII. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS de MALTRATADORES (n=23)		
EDAD MEDIA en años (con la desviación típica)		43,5 ± 14,1
EDAD por CATEGORÍAS	18 – 24 años	--
	25 – 34 años	30,4%
	35 – 44 años	43,5%
	45 – 54 años	--
	55 – 64 años	13%
	65 y más años	13%
NACIONALIDAD	Española	91,3%
	Española y otra	--
	Extranjera	8,7%
ESTADO CIVIL	Solteros	4,3%
	Casados	73,9%
	Conviviendo con su pareja	17,4%
	Separados / Divorciados	4,3%
	Viudos	--
NIVEL de ESTUDIOS	Sin estudios	--
	Primarios	34,8%
	Secundarios	8,7%
	Formación Profesional	17,4%
	Universitarios Medios	30,4%
	Universitarios Superiores	8,7%
	Otros no reglados	--
PROFESIÓN[∞]	Dirección de empresas y la administración pública	--
	Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	29,4%
	Técnicos y profesionales de apoyo	11,8%
	Empleados de tipo administrativo	5,9%
	Servicios de restauración, personales, protección y vendedores	--
	Cualificados en agricultura y pesca	--
	Artesanos y cualificados en manufacturas, construcción y minería	29,4%
	Operadores de instalaciones y maquinaria y montadores	11,8%
	Trabajadores no cualificados	5,9%
	Fuerzas Armadas	--
	Amas de Casa	--
	Estudiantes	--
	No clasificable	5,9%
INGRESOS ECONÓMICOS	Sin ingresos	--
	Menos de 300 €	--
	301 – 600 €	4,8%
	601 – 900 €	14,3%
	901 – 1200 €	38,1%
	1201 – 1800 €	23,8%
	1801 – 2400 €	4,8%
	2401 – 3000 €	4,8%
	Más de 3000 €	4,8%
No lo sabe	4,8%	
SITUACIÓN LABORAL	Pensionista y ha trabajado antes	21,7%
	Pensionista y no ha trabajado antes	--
	Desempleado y ha trabajado	13%
	Desempleado y busca su 1 ^{er} empleo	--
	Tareas del Hogar	--
	Trabaja	61%
	Otras situaciones (baja laboral, incapacidad...)	4,3%
	Estudiante	--

[∞] El 26% no respondieron a la PROFESIÓN. En la tabla aparecen los resultados de los que contestaron.

El grupo etario más frecuente estaba entre los 35 y los 44 años.

Más de un 90% eran españoles. Un 74% estaban casados. Un tercio tenía estudios primarios y otro tercio había cursado estudios medios universitarios.

Las profesiones más comunes pertenecían al grupo Artesanos y cualificados en manufacturas, construcción y minería y al grupo Técnicos y profesionales científicos e intelectuales.

En cuanto a los ingresos económicos: un 40% cobraba entre 900 y 1200 euros; y casi una cuarta parte percibía entre 1200-1800.

Respecto a la situación laboral, un 61% estaba trabajando.

TABLA XIII. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS de ENFERMOS MENTALES (n=183)		
SEXO	Hombres	45,4%
	Mujeres	54,6%
EDAD MEDIA en años (con la desviación típica)		39,2 ± 12,2
EDAD por CATEGORÍAS	18 – 24 años	10,4%
	25 – 34 años	28%
	35 – 44 años	32,4%
	45 – 54 años	17%
	55 – 64 años	8,8%
	65 y más años	3,3%
NACIONALIDAD	Española	96,7%
	Española y otra	1,1%
	Extranjera	2,2%
ESTADO CIVIL	Solteros	58,2%
	Casados	24,2%
	Conviviendo con su pareja	7,1%
	Separados / Divorciados	8,2%
	Viudos	2,2%
NIVEL de ESTUDIOS	Sin estudios	1,6%
	Primarios	29,5%
	Secundarios	24,6%
	Formación Profesional	18%
	Universitarios Medios	12%
	Universitarios Superiores	13,1%
	Otros no reglados	1,1%
PROFESIÓN ^Y	Dirección de empresas y la administración pública	1,5%
	Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	14,6%
	Técnicos y profesionales de apoyo	6,2%
	Empleados de tipo administrativo	6,2%
	Servicios de restauración, personales, protección y vendedores	20,8%
	Cualificados en agricultura y pesca	5,4%
	Artesanos y cualificados en manufacturas, construcción y minería	13,8%
	Operadores de instalaciones y maquinaria y montadores	4,6%
	Trabajadores no cualificados	6,9%
	Fuerzas Armadas	1,5%
	Amas de Casa	12,3%
	Estudiantes	4,6%
No clasificable	1,5%	
INGRESOS ECONÓMICOS ^Y	Sin ingresos	12,9%
	Menos de 300 €	18,4%
	301 – 600 €	19,6%
	601 – 900 €	16,6%
	901 – 1200 €	12,9%
	1201 – 1800 €	11%
	1801 – 2400 €	4,3%
	2401 – 3000 €	0,6%
	Más de 3000 €	0,6%
No lo sabe	3,1%	
SITUACIÓN LABORAL	Pensionista y ha trabajado antes	29,6%
	Pensionista y no ha trabajado antes	2,8%
	Desempleado y ha trabajado	20,1%
	Desempleado y busca su 1 ^{er} empleo	3,4%
	Tareas del Hogar	9,5%
	Trabaja	11,2%
	Otras situaciones (baja laboral, incapacidad...)	20,7%
Estudiante	2,8%	

^Y El 29% y el 11% NO respondieron a las preguntas de la PROFESIÓN e INGRESOS ECONÓMICOS, respectivamente. En la tabla aparecen los resultados de los que contestaron a ambas cuestiones.

Existía ligero predominio de mujeres en la muestra. El grupo mayoritario estaba entre 35 y 44 años. Prácticamente, la totalidad eran españoles.



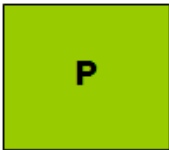

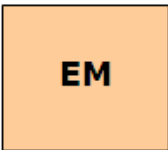
En cuanto al estado civil, predominaban los solteros.

Respecto a su formación académica, predominaba el grupo que tenía estudios primarios (29%), seguido de los que habían cursado estudios secundarios (24,6%).

La profesión más frecuente estaba en la categoría Servicios de restauración, personales, protección y vendedores.

En la categoría de ingresos económicos, la mayoría cobraba menos de 600 euros. Una tercera parte, eran pensionistas y habían trabajado antes.

LEYENDA de los GRUPOS de RIESGO

	Drogodependientes y Alcohólicos
	Ludópatas
	Prostitutas
	Maltratadores
	Enfermos Mentales

Muestra de Población General

Criterios de Inclusión y Exclusión

Características Generales

Comparación de Datos Sociodemográficos entre Casos y Controles

- **Criterios de Inclusión y Exclusión de la Muestra de Población General**

- ▲ **Criterios de Inclusión:** mayores de dieciocho años, saber leer y escribir en castellano, dar su consentimiento verbal de participación de forma libre y voluntaria y no pertenecer a ningún grupo de los considerados como grupos de riesgo.
 - ▲ **Criterios de Exclusión:** padecer un grave deterioro de las capacidades cognitivas que impidiera tener conciencia de la realidad, ser analfabeto o no saber leer y escribir en castellano, los menores de dieciocho años, aquellos que mostraran reticencias a contestar la encuesta, pertenecer a algún grupo de riesgo.

- **Características Generales de la Muestra de Población General**

TABLA XIV. DATOS ESTADÍSTICOS de la MUESTRA de POBLACIÓN GENERAL				
	Nº de Participantes	Hombres	Mujeres	Porcentaje sobre el total de los Controles
Heterogéneo de Andorra (Teruel)	216	50,9%	49,1%	43,7%
Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” de Zaragoza (personal sanitario y administrativo)	39	20,5%	79,5%	7,9%
Universidad de Zaragoza (estudiantes)	132	15,2%	84,8%	26,7%
Trabajadores de la D.G.A	11	54,5%	45,5%	2,3%
Heterogéneo de Zaragoza Capital	96	45,8%	54,2%	19,4%
TOTAL	494	—	—	100%

La mayor parte de los individuos de la muestra de población general correspondía a un grupo heterogéneo de Andorra (Teruel) con más de un 40% sobre el total de controles.

Existió un predominio de mujeres en la muestra de controles, destacando el Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” y la Universidad de Zaragoza, con más de un 80% de participación femenina.

• Comparación de Datos Sociodemográficos entre Casos y Controles

TABLA XV. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS de la MUESTRA				
		GRUPOS de RIESGO (Casos=513)	MUESTRA de POBLACIÓN GENERAL (Controles=494)	
SEXO	Hombres	65,9%	38,1%	
	Mujeres	34,1%	61,9%	
EDAD MEDIA en años (con la desviación típica)		38,8 ± 12,1	36,7 ± 13,7	
EDAD por CATEGORÍAS	18 – 24 años	9,8%	31,6%	
	25 – 34 años	29,9%	18,7%	
	35 – 44 años	30,5%	14,8%	
	45 – 54 años	17,6%	23,6%	
	55 – 64 años	9,2%	8,6%	
	65 y más años	2,9%	2,7%	
NACIONALIDAD	Española	96,5%	98,2%	
	Española y otra	0,8%	0%	
	Extranjera	2,7%	1,2%	
ESTADO CIVIL	Solteros	44,3%	43,2%	
	Casados	29,5%	49,5%	
	Conviviendo con su pareja	12,9%	4,9%	
	Separados / Divorciados	11,7%	1,8%	
	Viudos	1,6%	0,6%	
NIVEL de ESTUDIOS	Sin estudios	2,5%	0,8%	
	Primarios	34,6%	14,8%	
	Secundarios	23,9%	19,9%	
	Formación Profesional	22,7%	19,9%	
	Universitarios Medios	9,4%	23,2%	
	Universitarios Superiores	6,3%	21,3%	
	Otros no reglados	0,6%	0%	
PROFESIÓN*	Dirección de empresas y la administración pública	2,2%	1,1%	
	Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	8,3%	19,9%	
	Técnicos y profesionales de apoyo	5,6%	8,4%	
	Empleados de tipo administrativo	5,1%	8,6%	
	Servicios de restauración, personales, protección y vendedores	17,1%	12,9%	
	Cualificados en agricultura y pesca	2,9%	0,5%	
	Artesanos y cualificados en manufacturas, construcción y minería	25,4%	7%	
	Operadores de instalaciones y maquinaria y montadores	7,8%	7,2%	
	Trabajadores no cualificados	11%	2%	
	Fuerzas Armadas	1%	0,2%	
	Amas de Casa	9,3%	4,7%	
	Estudiantes	2,7%	27,5%	
	No clasificable	1,5%	0%	
INGRESOS ECONÓMICOS	Sin ingresos	10%	24,2%	7,6%
	Menos de 300 €	10%	5%	2,1%
	301 – 600 €	12,9%	4,7%	6,1%
	601 – 900 €	18,8%	14,2%	17,7%
	901 – 1200 €	20,7%	14,4%	18,3%
	1201 – 1800 €	17,5%	14,4%	17,7%
	1801 – 2400 €	4,8%	11,1%	14,7%
	2401 – 3000 €	2,1%	7,9%	10,7%
	Más de 3000 €	1,2%	4,1%	3%
No lo sabe	1,9%	1,6%	1,8%	
SITUACIÓN LABORAL	Pensionista y ha trabajado antes	19%	9,5%	
	Pensionista y no ha trabajado antes	1,6%	0,4%	
	Desempleado y ha trabajado	17,2%	1,4%	
	Desempleado y busca su 1 ^{er} empleo	2%	0%	
	Tareas del Hogar	6,7%	6,4%	
	Trabaja	38,8%	52,1%	
	Otras situaciones	12,9%	3,3%	
	Estudiante	1,8%	26,9%	

*El 20.3% de los casos y el 10.3% de los controles no respondieron a la pregunta PROFESIÓN.

En la categoría ingresos económicos, la columna de los controles se ha desdoblado en dos, eliminando en la segunda el factor estudiantes.

Existe ligero predominio de hombres entre los casos y de mujeres en los controles.

La mayoría de los casos tenían entre 25 y 44 años. La edad media era ligeramente inferior en los controles, debido al gran número de estudiantes que respondieron el cuestionario.

Prácticamente, la totalidad de participantes en esta investigación fueron españoles.

El grupo más numeroso de los casos eran los solteros, mientras que los controles se repartían por igual entre solteros y casados.

El nivel de estudios que predominaba en los grupos de riesgo eran los primarios y en la muestra de población general los más frecuentes resultaron los estudios medios universitarios.

La profesión más frecuente entre los casos estaba dentro de la categoría Artesanos y cualificados en manufacturas, construcción y minería; mientras que en los controles dominaban los estudiantes.

Respecto a los ingresos económicos, los rangos más bajos (menos de 600 euros) eran más frecuentes entre los casos y los sueldos más altos (más de 1800 euros) entre los controles. La comparación se realizó eliminando el factor estudiantes de los controles, ya que estos no generan ingresos.

El porcentaje de grupos de riesgo que estaba trabajando y/o estudiando rondaba el 40%, mientras que en la muestra de población general superaba el 75%.

Análisis Estadístico

El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS® 12.0 para Windows. La significación estadística (p) se estableció en un nivel del 5% (0,05).

Se desarrolló un análisis UNIVARIANTE de la mayoría de variables que recogía el cuestionario, mediante el uso de frecuencias para obtener la prevalencia de los principales ítems implicados, en la literatura, como indicadores y factores de riesgo para la violencia, en el total de la muestra.

En segundo término se realizó un análisis BIVARIANTE comparando las variables más importantes entre los casos y la población control y posteriormente entre los distintos subgrupos de riesgo. La mayor parte de los cruces fue entre 2 variables cualitativas y se empleó el test de Chi-Cuadrado. Cuando una variable era cuantitativa (ej: test de personalidad EPI) y la otra cualitativa de 2 categorías, se utilizó la t de Student. En los casos de una variable cuantitativa y la otra cualitativa de más de 2 categorías, la prueba elegida fue el análisis de la varianza (ANOVA).

Se utilizaron test PARAMÉTRICOS, ya que la muestra (n=1007) era de gran tamaño (más de 30), los subgrupos analizados se trataban de muestras independientes, y las variables consideradas de la población seguían una distribución estadística determinada, que suele ser la normal.

Entre estas variables, estaban todas las escalas ya validadas y los ítems de las preguntas más importantes.

No se realizaron cruces de 2 variables cuantitativas, ya que la mayoría de variables estaban categorizadas para facilitar la contestación de la encuesta y por tanto eran cualitativas; por lo que no se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson.

Búsqueda Bibliográfica

para la Comparación de Resultados

Para buscar la información de mayor interés sobre los principales factores que influyen en la violencia y comparar los resultados obtenidos en esta investigación con la de otros autores, se utilizaron las siguientes fuentes:

1. Revistas de impacto indexadas en las bases de datos MEDLINE (a través del motor de búsqueda PubMed), en SciELO y en la “Revista Española de Psiquiatría Forense” (no indexada, pero sí disponible en internet. Para poder identificar los ítems se buscaron en las bases de datos los siguientes descriptores del Medical Subject Headings (MeSH) y del vocabulario estructurado y bilingüe “Descriptores en Ciencias de la Salud” (DeCS): “alcoholism”, “alcohol related disorders”, “alcohol consumption”, “alcohol abuse”, “drug users”, “drug abusers”, “drug addiction”, “drug addicts”, “pathological gambling”, “patological player”, “parnert abuse”, “intimate parnert”, “intimate parnert homicide”, “spouse abuse”, “spousal abuse”, “homicide followed by suicide”, “battered women”, “family violence”, “abused women”, “self – injurious behavior”, “child abuse”, “violence”, “violence domestic”, “violent crime”, “violence offence”, “homicide”, “murder”, “assaultive behavior”, “self-injuries behavior”, “parent abuse”, “sex offenses”, “sexual abuse”, “sexual abuse of child”, “emotional offence”, “emotional stress”, “other traumatic events”, “physical abuse”, “prostitution”, “female sex workers”, “impulsive behavior”, “impulse control disorders”, “impulsiveness”, “assaultive behavior”, “mentally ill persons”, “mental disorders”, “personality disorders”, “personality assessment”, “behavior disorders”, “mental patiens”, “suicide”, “parasuicide”, “suicide attempted”, “suicide behavior”, “suicide attempted”, “suicide risk assement”, “deliberate self-harm”, “self destructive behavior”, “psichosocial risk factors”, “Eisenk personality inventory”, “Eisenk escale”, “international personality disorder examination”, “IPDE screening”, “CBJP screening”, “CAGE escale”, “CAGE score”, “hopelessness scale Beck”, Como límites de búsqueda se

introdujeron los criterios de tiempo (diez años) en la mayoría de las variables.

2. Consulta en el motor de búsqueda libre de Google: como complemento a las bases de datos y a los artículos de las revistas médicas.
3. Páginas de la organización mundial de la salud (OMS), organización panamericana de la salud (PAHO), Informes europeos y mundiales.
4. Libros de texto de Psiquiatría, Medicina Legal y Forense, Salud Pública, Metodología y Epidemiología.

CONSIDERACIONES

ÉTICAS

Existen tres exigencias éticas básicas en la encuesta:

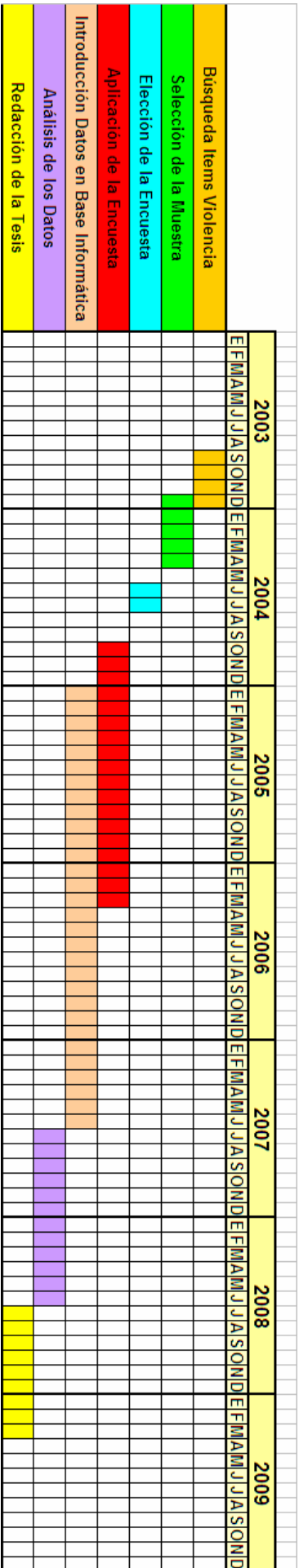
1. Que se informe a los participantes del origen, razón de ser, entidad que promueve la encuesta, su objeto y finalidad, utilización de los datos y, en general, de todos los aspectos que pueden influir en su colaboración.
2. Que se respete la plena libertad de los sujetos investigados de participar o no en la investigación y de abandonarla en cualquier momento.
3. Que se haga con los datos el uso autorizado por los participantes, y se mantenga rigurosamente en todo lo demás el secreto de las respuestas y el anonimato de los informantes.

En síntesis, es responsabilidad ética del investigador informar a los encuestados de los objetivos del cuestionario todo lo bien que se pueda, explicar el contenido general de las preguntas y contestar a todas las cuestiones que planteen sobre quien patrocina la encuesta o sobre el uso de los datos obtenidos.

Además, deberá indicarles el grado en que se mantendrá la confidencialidad de sus respuestas y se esforzará todo lo posible por asegurarles que ésta se mantendrá.

Todas estas características aparecen reflejadas en la portada de la encuesta, en la que se explica el objeto del proyecto, se proporcionan los datos de los investigadores y de la institución que los respalda (Departamento de Medicina Legal de la Universidad de Zaragoza) y se garantiza el anonimato, la confidencialidad y la voluntariedad de la participación. Además se asegura la posibilidad de poder abandonar el estudio y de retirar todos los datos y, por último, se dan una serie de instrucciones para su correcta cumplimentación.

CRONOGRAMA



ANÁLISIS de los FACTORES de RIESGO

Antecedentes de Enfermedad Mental

Enfermedades Físicas

Suicidio

Trastornos de la Personalidad

Estancia en Prisión

Impulsividad y Violencia

Drogas

Alcohol

Juego Patológico

Historial de Abusos

Comportamientos Agresivos contra la Pareja

Autolesiones

Personalidad

Antecedentes de Enfermedad Mental

En el DSM – IV TR¹, el término *TRASTORNO MENTAL* implica una distinción entre trastornos “mentales” y “físicos”, lo que constituye un anacronismo reduccionista de la dualidad mente/cuerpo. A pesar de que este manual proporciona una clasificación de los trastornos mentales, debe admitirse que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites de este criterio. Al igual que otros muchos términos en la medicina y la ciencia, el concepto carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. Los trastornos mentales han sido definidos mediante una gran variedad de vocablos (malestar, descontrol, limitación, incapacidad, inflexibilidad, irracionalidad, patrón sindrómico, etiología y desviación estadística...). Cada uno es un indicador útil para un tipo de trastorno, pero ninguno equivale al concepto y cada caso requiere una definición distinta.

Tabla I. ANTECEDENTES de ENFERMEDAD MENTAL		
Categorías	GRUPOS de RIESGO (Casos)	MUESTRA de POBLACIÓN GENERAL (Controles)
Antecedente Personal	58,9%	9,9%
Antecedente Familiar	44,5%	32%
Antecedente Personal + Familiar	32,3%	8%

PORCENTAJE DE NO RESPUESTAS EN CONTROLES		
ANTECEDENTE PERSONAL	ANTECEDENTE FAMILIAR	ANTECEDENTE PERSONAL Y FAMILIAR
15,2%	13,2%	14,4%

Los grupos de riesgo tenían más antecedentes personales, familiares y de los dos tipos conjuntamente, comparados con los controles, y la relación pudo comprobarse estadísticamente ($p < 0.05$). En los casos, el antecedente personal de enfermedad mental llegó a ser de casi el 60%, frente al escaso 10% de los controles. En cuanto al antecedente familiar, las diferencias entre ambas muestras no son tan llamativas: 44,5% frente al 32%.

Según el informe de la OMS del año 2004 “Invertir en Salud Mental”, actualmente, cerca de 450 millones de personas están afectadas por un trastorno mental o de la conducta². Se estima que, cada año, un 11% de ciudadanos europeos sufre alguna forma de enfermedad psíquica³.

En el “Estudio Europeo de Epidemiología de las Enfermedades Mentales” (ESEMED), un 20% de los participantes españoles habían presentado un trastorno mental en algún momento de su vida, y un 8,4% en los últimos 12 meses⁵. En los resultados de la tesis, la prevalencia en población general fue inferior a la encontrada en el ESEMED, aunque se acercaba bastante a la cifra de trastorno mental estimada en el último año. La diferencia puede deberse a que en esta memoria, el dato encontrado en población general excluye a todos los posibles grupos de riesgo, mientras que el estudio europeo presenta cifras de prevalencia de enfermedad global, sin diferenciar entre casos y controles. Es importante señalar que en el ESEMED no se evaluó la presencia de episodios maníacos, por lo que podría ocurrir que alguno de estos participantes tuviese, realmente, un trastorno bipolar.

Tabla II. ENFERMEDADES MENTALES PERSONALES y FAMILIARES MÁS FRECUENTES (entre los que tienen antecedentes)		
Enfermedad Mental	GRUPOS de RIESGO (Casos)	MUESTRA de POBLACIÓN GENERAL (Controles)
	Enfermedades Mentales Personales	
Depresión	47%	91,8%
Esquizofrenia	12%	2,2%
Neurosis	5,7%	4,3%
Trastorno Bipolar	9,1%	4,3%
Trastorno de Personalidad	21,1%	6,5%
	Enfermedades Mentales Familiares	
Depresión	34,3%	87,8%
Esquizofrenia	7,5%	10,1%
Neurosis	2,9%	2,7%
Trastorno Bipolar	3,5%	8,1%
Trastorno de Personalidad	4,7%	9,9%

Las enfermedades mentales personales más implicadas, tanto en los grupos de riesgo como en controles fueron la depresión y los trastornos de la personalidad; en

tercer lugar, la esquizofrenia entre los casos y las neurosis y el trastorno bipolar en la población general. Las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas para todas las enfermedades ($p < 0.001$). Los grupos de riesgo tenían seis veces más antecedentes psiquiátricos personales que la población general. En más de un 90% de los controles con estos antecedentes la causa era la depresión, mientras que en los casos los porcentajes estaban más repartidos porque, en ocasiones presentaban varias patologías a la vez.

En las enfermedades mentales familiares, no se pudo encontrar una relación estadísticamente significativa entre los casos y los controles excepto para la esquizofrenia ($p = 0.019$) y la neurosis ($p = 0.044$).

Los datos de prevalencia de depresión y distimia en población atendida en cuidados primarios de salud, según un estudio multicéntrico realizado en 15 países correspondientes a diferentes culturas de todo el mundo fueron del 10,4% y 2,1% respectivamente⁶; y la frecuencia de estas dos enfermedades en población general de Europa Occidental según el ESEMED era del 12,8% y 4,1% respectivamente⁴.

En España, la depresión tiene una amplia dispersión estadística que va de 5% a 20% de prevalencia^{6,7}. Los datos concuerdan con este trabajo, donde se encontró un 10% de enfermedad mental en controles, de los que el 90%, es decir 9% sobre un 10%, de la muestra tenían antecedente de depresión.

Tabla III. ANTECEDENTES de ENFERMEDAD MENTAL por GRUPOS de RIESGO						
Categorías	D y A	L	P	M	EM	TOTAL
Antecedente Personal	46,3%	27,9%	80%	30,4%	91,3%	58,9%
Antecedente Familiar	45,5%	37,1%	24%	30,4%	53,1%	44,5%
Antecedente Personal + Familiar	29%	17,9%	20%	13%	48,4%	32,3%

Prácticamente el 60% de los grupos de riesgo presentaban antecedentes personales de enfermedad mental. Este resultado era especialmente llamativo entre

las prostitutas, donde alcanzó el 80%; aunque el mayor porcentaje se detectaba, lógicamente, entre los enfermos mentales.

El antecedente familiar fue menos frecuente (44,5%), siendo los enfermos mentales el grupo de riesgo donde más se encontró. La combinación de ambos antecedentes estuvo presente en casi un tercio de la muestra total.

Las diferencias halladas entre los distintos subgrupos, para los tres tipos de antecedentes, resultaron estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

Existen estudios que han detectado mayores niveles de ansiedad y depresión en las mujeres que ejercen la prostitución⁸.

En el informe “La prostitución de las mujeres” del Instituto de la mujer, se describió a la muestra como depresiva y con altas puntuaciones de ansiedad⁹.

Tabla IV. ENFERMEDADES MENTALES PERSONALES y FAMILIARES MÁS FRECUENTES por GRUPOS de RIESGO (entre los que tienen antecedentes)						
Enfermedad Mental	D y A	L	P	M	EM	TOTAL
Enfermedades Mentales Personales						
Depresión	46,8%	24,6%	64%	26,1%	66,9%	47%
Esquizofrenia	1,3%	3,5%	12%	--	28,1%	12%
Neurosis	5,2%	1,8%	12%	--	8,4%	5,7%
Trastorno Bipolar	9,1%	2,7%	20%	--	12,9%	9,1%
Trastorno de Personalidad	17,5%	8,8%	24%	8,7%	33,1%	21,1%
Enfermedades Mentales Familiares						
Depresión	37,9%	29,3%	12%	17,4%	40%	34,3%
Esquizofrenia	4,6%	4,3%	16%	4,3%	11,4%	7,5%
Neurosis	3,9%	--	--	--	4,6%	2,9%
Trastorno Bipolar	4,6%	4,3%	--	--	2,9%	3,5%
Trastorno de Personalidad	3,9%	3,5%	--	8,7%	6,3%	4,7%

La enfermedad mental, tanto personal (47%) como familiar (34,3%), más encontrada en todos los grupos de riesgo fue la depresión. Las diferencias eran

estadísticamente significativas entre los grupos de riesgo para esta enfermedad, tanto como antecedente personal como familiar ($p < 0.05$). Le siguieron a bastante distancia, dentro de los antecedentes personales, los trastornos de la personalidad (21,1%) y el trastorno bipolar (9,1%), hallándose también diferencias significativas ($p < 0.05$). Dentro de los antecedentes familiares, tras la depresión, y con un porcentaje mucho menor estaban la esquizofrenia (7,5%) y los trastornos de la personalidad (4,7%). En estas dos enfermedades no se pudo demostrar una diferencia entre los distintos grupos de riesgo ($p > 0.05$).

El 14,7% de los pacientes que acuden por cualquier motivo a las consultas de atención primaria en España presentan depresión¹⁰.

Un reciente estudio del “Atlas de Variaciones en la Práctica Médica”¹¹ examinó en 156 áreas de salud de 15 Comunidades Autónomas, los ingresos por condiciones psiquiátricas en hospitales de agudos de la red pública del Sistema Nacional de Salud durante los años 2003 y 2004. Los resultados mostraron que las psicosis afectivas, entre las que se incluye la depresión mayor, presentaban en España una tasa estandarizada de ingresos hospitalarios por 10.000 habitantes entre 0,09 (el área sanitaria más baja) y 12,52 (el área sanitaria más alta).

Todos los grupos de riesgo estudiados en esta tesis refirieron que la depresión era la enfermedad mental más frecuente como antecedente personal, lo cual corroboran distintos estudios realizados en drogodependientes (Rosen et al, 2008)¹², ludópatas (Ohta, 2008)¹³, prostitutas (Burgos et al, 1999)⁸ y maltratadores (Sugihara & Warner, 1998)¹⁴.

CONCLUSIONES

1. Los grupos de riesgo tenían más antecedentes de enfermedad mental que la muestra de la población general.
2. La prevalencia que se detectó fue inferior a la hallada en participantes españoles por el ESEMED, pero coincidió con la señalada por la OMS sobre población europea.
3. La depresión y los trastornos de personalidad fueron las enfermedades mentales más frecuentemente referidas tanto por los casos como por los controles. Estos datos concuerdan con las cifras encontradas en diversas investigaciones europeas y españolas.
4. Tras los enfermos mentales, las prostitutas fueron el grupo de riesgo con mayor antecedente personal de patología psiquiátrica.
5. Este estudio destaca, al igual que muchos autores, la frecuente relación de la subcultura de la prostitución con la enfermedad mental.
6. El antecedente familiar de patología psíquica fue más frecuente entre los enfermos mentales.
7. La depresión fue la enfermedad mental más declarada por todos los grupos de riesgo estudiados.
8. Esta tesis señala, tal y como también lo hacen diversos estudios, la elevada frecuencia de depresión en muchos de los colectivos de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

¹ López-Ibor JJ, Valdés M. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona. Masson; 2002.

² Invertir en Salud Mental. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2004.

³ Wittchen H, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. Eur Neuropsychopharmacol 2005; 15(4): 357-76.

⁴ ESEMED / MEDHEA 2000. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project. Acta Psych Scand 2004; 109 (420): 1-64.

⁵ Üstün TB, Sartorius N. Mental illness in general health care: an international study. Chichester, England: Wiley J & Son; 1995.

⁶ Aragonés-Benaiges E. Estudio de los trastornos depresivos en la atención primaria de salud.. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona 2005; 32: 30-37.

⁷ López-Ibor JJ, Álamo C, Cuenca E, Rubio G, Otero FJ. Evolution of the management of depression in Spain from the psychiatrist's perspective. A comparative analysis: 1997 vs 1982. European Psychiatry 2000; 15: 362-369.

⁸ Burgos M, Richter DL, Reininger B, Coker AL, Saunders R, Alegría M, Vera M. Street-Based female adolescent Puerto Rican sex workers: contextual issues and health needs. Fam Community Health 1999; 22(2): 59-71.

⁹ Santamaría A, Martínez-Toledano B, Espinosa M. La prostitución de las mujeres. Estudio sociológico. Instituto de la Mujer, 1988.

¹⁰ Aragonés Benaiges E, Gutiérrez-Pérez M, Pino M, Lucena C, Cervera J. Prevalencia y características de la depresión mayor y la distimia en atención primaria. Aten Primaria 2001;27(9):623-8.

¹¹ Grupo VPM- SNS. Variaciones en la práctica médica de salud mental. Atlas var. pract. med. sist. nac. salud 2007.

¹² Rosen D, Smith M, Reynolds C. The prevalence of mental and physical health disorders among older methadone patients. Am J Geriatr Psychiatry. 2008;16(6):488-97

¹³ Ohta K. The characteristics of pathological gambling patients: a study of 105 pathological gamblers treated at a psychiatric institution. Seishin Shinkeigaku Zasshi. 2008; 110(11):1023-35.

¹⁴ Sugihara Y, Warner J. Mexican-American male batterers on the MCMI-III. Psychological Reports 1998; 85, 163-169.

Enfermedades Físicas

En el DSM – IV TR¹, los criterios diagnósticos para el *CAMBIO de PERSONALIDAD debido a una ENFERMEDAD MÉDICA* (epilepsia, traumatismo craneoencefálico, accidente cerebrovascular, etc) son:

A. Alteración duradera de la personalidad que representa un cambio de las características previas del patrón de personalidad del sujeto. En los niños la alteración se expresa por una acusada desviación del desarrollo normal o por un cambio significativo en el patrón habitual del comportamiento del niño y que se mantiene como mínimo durante 1 año.

B. Demostración, a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (incluyendo otros trastornos mentales debidos a enfermedad médica).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium y no cumple los criterios diagnósticos para la demencia.

E. La alteración causa un malestar clínicamente significativo o deterioro laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Tabla I. ENFERMEDADES relacionadas con VIOLENCIA en CASOS/CONTROLES		
Categorías	GRUPOS de RIESGO (Casos)	MUESTRA de POBLACIÓN GENERAL (Controles)
Traumatismo Craneoencefálico	4,5%	2,4%
Epilepsia	4,1%	0,9%
Accidente Cerebrovascular	1%	0,4%

En cuanto al antecedente de enfermedades físicas, el doble de los casos que de controles habían sufrido traumatismo craneoencefálico (TCE) y accidente cerebrovascular (ACV). La epilepsia fue cuatro veces más frecuente en los grupos de riesgo que en la población general.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos para el TCE ($p=0,057$) y la epilepsia ($p<0,001$), pero no para el ACV ($p=0,257$).

Aybek et al. (2005) realizaron un estudio prospectivo sobre el comportamiento emocional en 254 pacientes que habían sufrido un ACV. El 40% mostraron tristeza, 49% pasividad, 17% agresividad, 53% indiferencia, 76% desinhibición, 18% desadaptación y 44% reacciones negativas².

Sin embargo, en otro estudio prospectivo realizado durante los años 2003 y 2004, en 41 pacientes ingresados con ACV de la arteria cerebral posterior, se estudió el comportamiento agresivo. Las personas con antecedentes de ACV, deterioro cognitivo o historia previa de enfermedad psiquiátrica fueron excluidas. El comportamiento agresivo sólo se presentó en 3 individuos (7,3%)³.

Santos et al (2006) estudiaron la relación entre el accidente cerebrovascular agudo (4 días o menos) y la ira. Se realizó un estudio prospectivo en 202 pacientes. La ira se presentó en 71 (35%) pacientes y 26 (13%) de ellos obtuvieron las máxima puntuación⁴.

Tabla II. ENFERMEDADES relacionadas con VIOLENCIA por GRUPOS de RIESGO						
Categorías	D y A	L	P	M	EM	TOTAL
Traumatismo Craneoencefálico	5%	--	--	4,3%	8,1%	4,5%
Epilepsia	3,8%	4,1%	4,2%	--	5,2%	4,1%
Accidente Cerebrovascular	0,6%	--	8,3%	--	1,2%	1%

Entre los grupos de riesgo, la muestra con mayor porcentaje de TEC y de epilepsia fueron los enfermos mentales. La población con mayor antecedente de ACV correspondió a las prostitutas.

Las diferencias encontradas entre los subgrupos de riesgo fueron estadísticamente significativas para TCE ($p=0,018$) y ACV ($p=0,013$), pero no para la epilepsia ($p=0,915$).

Rogers y Read (2007) encontraron un mayor riesgo para desarrollar trastornos psiquiátricos en pacientes con traumatismo craneoencefálico. Los

sobrevivientes al TCE son particularmente susceptibles a la depresión mayor, al trastorno de ansiedad generalizada y al trastorno de estrés postraumático⁵.

Whelan-Goodinson et al (2008) estudiaron la relación entre la lesión cerebral postraumática y los trastornos psiquiátricos. Se entrevistó a 100 sujetos con esta lesión y se evaluaron, con la escala de reinserción psicosocial de Sydney, los cambios en los estatus profesional, de relación y de vida independiente. Los principales resultados obtenidos fueron que la depresión y la ansiedad estaban relacionadas con pobres resultados en los estados analizados⁶.

En 100 pacientes con epilepsia criptogénica e inteligencia normal y 100 controles, Fiordelli et al (1993) encontraron trastornos psiquiátricos en 19 pacientes y 15 controles. La ansiedad y la depresión fueron los diagnósticos que predominaron en ambos grupos. Los autores concluyeron que los pacientes con epilepsia criptogénica y habilidades neuropsicológicas normales no deben considerarse con mayor patología psiquiátrica que la población de enfermos no neurológicos⁷.

La depresión tiene un gran impacto sobre la calidad de vida y es el principal factor de riesgo para la tasa de suicidios en pacientes con epilepsia. Según Schmitz (2005) la frecuencia de trastornos depresivos depende de la severidad y de la localización del foco convulsivo, con prevalencias similares al 50% en pacientes con epilepsia del lóbulo temporal intratable⁸.

CONCLUSIONES

1. Los antecedentes de epilepsia y TCE se dieron con más frecuencia en los individuos de los grupos de riesgo que en la muestra de la población general. Esta diferencia no se pudo comprobar para el ACV.
2. Estos resultados sólo concuerdan con algunos trabajos, ya que existe disparidad en afirmar si los antecedentes de ciertas enfermedades como ACV, epilepsia y TEC influyen en futuros comportamientos violentos.
3. Las prostitutas refirieron antecedente de ACV en mayor proporción que los otros grupos.
4. Se pudo afirmar que el antecedente de TCE fue superior entre los enfermos mentales. Esta característica ha sido puesta de manifiesto en diferentes investigaciones.
5. No está clara la relación de la epilepsia con determinadas patologías psiquiátricas y conductas de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

¹ López-Ibor JJ, Valdés M. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002.

² Aybek S, Carota A, Thika-Schmid F, Berney A, Melle GV, Guex P et al. Emotional behaviour in acute stroke. The Lausanne emotion in stroke study. Cogn Behavior Neurol 2005; 18 (1): 37-44.

³ Botez SA, Carrera E, Maeder P, Bogousslavsky J. Aggressive behavior and posterior cerebral artery stroke. Arch Neurol. 2007; 64 (7): 1029-33.

⁴ Santos CO, Caeiro L, Ferro JM, Albuquerque R, Luisa Figueira M. Anger, hostility and aggression in the first days of acute stroke. Eur J Neurol 2006; 13 (4): 351-8.

⁵ Rogers JM, Read CA. Psychiatric comorbidity following traumatic brain injury. Brain Inj 2007; 21(13-14): 1321-33.

⁶ Whelan-Goodinson R, Ponsford J, Schönberger M. Association between psychiatric state and outcome following traumatic brain injury. J Rehabil Med. 2008; 40 (10):850-7.

⁷ Fiordelli E, Beghi E, Bogliun G, Crespi V. Epilepsy and psychiatric disturbance. A cross-sectional study. Br J Psychiatry 1993; 163:446-50.

⁸ Schmitz B. Depresión and mania in patients with epilepsy. Epilepsia 2005; 46 (4):45-9.

Suicidio

Definición de *SUICIDIO* según la OMS¹:

“Todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil.”

Tabla I. RIESGO de SUICIDIO según BECK en CASOS/CONTROLES		
Categorías del Beck	GRUPOS de RIESGO (Casos)	MUESTRA de POBLACIÓN GENERAL (Controles)
Riesgo Ninguno o Mínimo	36%	57%
Riesgo Leve	37,4%	35,4%
Riesgo Moderado	22,5%	6,1%
Riesgo Severo	4%	1,4%

El riesgo de suicidio moderado – severo fue tres veces mayor en los grupos de riesgo que en la muestra de la población general.

Las diferencias halladas entre los dos grupos estudiados fueron estadísticamente significativas ($p= 0.002$).

En un estudio realizado por Levinson *et al.* (2007), para establecer la prevalencia del riesgo de suicidio en Israel, se extrajo una muestra representativa del Registro Nacional Demográfico de residentes no institucionalizados, de 21 años o más, los cuales fueron entrevistados en sus domicilios, usando la “Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta” que incluía preguntas sobre las posibilidades de formular ideas, proyectos y tentativas de suicidio. El 5,5% de los adultos había pensado en el suicidio, y el 1,4% había intentado cometerlo. El año siguiente a la aparición de estas ideas constituye el de mayor riesgo para consumir el suicidio².

Un estudio realizado por Ruiz *et al.* (2006) indica que España presenta una de las cifras de suicidio más bajas (8,7 por 100.000 habitante), pero ha sufrido, junto a Irlanda, uno de los incrementos en las tasas más altos de Europa y del mundo. En

nuestro país se puede observar un aumento del número de suicidios desde 1975 hasta 1994, produciéndose una estabilización en los años siguientes; este incremento es más pronunciado entre los varones que entre las mujeres y parece razonable pensar que dado el individualismo de la sociedad contemporánea, las exigencias de esta sociedad y el nuevo papel de la mujer frente al mercado laboral, que produce una mayor dificultad para conciliar la vida laboral y familiar, son factores que pueden explicar que no se produzca una disminución en las tasas de suicidio³.

Tabla II. RIESGO de SUICIDIO según BECK por GRUPOS de RIESGO						
Categorías del Beck	D y A	L	P	M	EM	TOTAL
Riesgo Ninguno o Mínimo	45,2%	50,8%	50,8%	36,4%	21,7%	36%
Riesgo Leve	37,6%	36,9%	36,9%	45,5%	37,8%	37,4%
Riesgo Moderado	15,9%	10,7%	10,7%	18,2%	32,2%	22,5%
Riesgo Severo	1,3%	1,6%	1,6%	--	8,3%	4%

Al analizar por subgrupos, lógicamente, la muestra de enfermos mentales fue la de mayor riesgo de suicidio tanto moderado como severo. Por detrás, se situó el grupo de maltratadores (18,2%) y de drogodependientes y alcohólicos (17,2%) por este orden. Hay que tener en cuenta que no se encontró riesgo severo de suicidio en ningún maltratador.

En general, más de una cuarta parte del total de los casos tenía un riesgo importante de acabar con su vida.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos subgrupos ($p < 0.001$).

Harris y Barraclough (1997)⁴ encontraron 8,5 veces más riesgo de suicidio en pacientes esquizofrénicos que en la población general.

Casi el 20% de los pacientes con un trastorno de crisis de ansiedad y fobia social, tienen intentos de suicidio infructuosos. Si además, se asocia depresión, aumenta el riesgo de que el intento sea un suicidio consumado^{5,6}.

Los trastornos de personalidad pueden determinar la conducta suicida de varias formas: predisponiendo a trastornos mentales mayores como depresión o alcoholismo, conduciendo a problemas en las relaciones personales y en el ajuste social, precipitando acontecimientos vitales indeseables o deteriorando la capacidad de afrontar un trastorno físico o mental⁴.

La prevalencia de los intentos autolíticos en población general oscila entre 0,7 y 5,9%⁷. La existencia de antecedentes personales de estos intentos en el pasado, es uno de los factores de riesgo que más claramente se asocia a la posibilidad futura de un suicidio consumado^{8,9}.

Lecomte y Fornes (1998) realizaron un estudio sobre personas que cometían un homicidio y posteriormente se suicidaban en París y sus suburbios, entre 1991 y 1996. Investigaron 56 casos, la mayoría hombres, y analizaron los factores que conducen a este tipo de actos. El 80% utilizaron un arma de fuego, fundamentalmente pistolas, 16 agresores mataron más de una víctima y 42 tenían depresión grave. El abuso del alcohol se encontró en 16 maltratadores. El hecho desencadenante, en muchas ocasiones, fue la separación o distanciamiento de las parejas. El perfil del maltratador fue el de un hombre deprimido, violento, celoso, a menudo impulsivo, que mató a su mujer y / o a sus hijos después de múltiples amenazas¹⁰.

La dependencia alcohólica es un importante factor de riesgo para la conducta suicida^{11,12,13,14,15}. Se ha sugerido que la mortalidad por esta causa en estos individuos es del 18% y se considera que tienen entre 60-120 veces más riesgo de suicidio que la población general¹⁶.

Un estudio realizado por Brady (2006), en Irlanda del Norte, concluyó que a partir de intervenciones de salud pública sobre el alcoholismo se puede ayudar a

reducir las tasas de suicidio. Las medidas más eficaces son las que tienen por objetivo restringir la disponibilidad al alcohol¹⁷.

Tabla III. INTENTOS de SUICIDIO en CASOS/CONTROLES			
Categorías		GRUPOS de RIESGO (Casos)	MUESTRA de POBLACIÓN GENERAL (Controles)
Intentos de Suicidio		29,8%	2,4%
Nº de Veces (Mediana)		2	1
Nº de Veces Categorizada	1 – 5 veces	1 vez	72,7%
		2 veces	9,1%
		3 veces	9,1%
		4 veces	--
		5 veces	--
	6 – 10 veces	9,1%	
	11 – 15 veces	--	
16 – 20 veces	--		

Los intentos de suicidio fueron doce veces más frecuentes en los grupos de riesgo que en la población general.

Un 70% de los casos con tentativa de suicidio lo había intentado más de una vez.

Las diferencias encontradas entre ambos grupos fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

En un estudio realizado en Lliria (Valencia), se describieron las características de todos los intentos de suicidio producidos y atendidos en una zona básica de salud (ZBS) en 10 años. La ZBS de Lliria tenía una población de 23.788 habitantes. Hubo 55 tentativas en pacientes entre 12 y 85 años y ninguno de ellos repitió el intento. Un 51% eran mujeres y el 49% varones. La edad media fue 34 ± 4 años. En cuanto al pronóstico, 38% eran leves, 49% graves, 7% muy graves y 4% reservado. El método utilizado fue en un 44% la ingesta de medicamentos. En los 5 últimos años ocurrieron el 72% de los intentos¹⁸.

Tabla IV. INTENTOS de SUICIDIO por GRUPOS de RIESGO								
Categorías		D y A	L	P	M	EM	TOTAL	
Intentos de Suicidio		29,7%	13,4%	48%	--	42,7%	29,8%	
Nº de Veces (Mediana)		2	1	3	--	2	2	
Nº de Veces Categorizada	1 – 5 veces	1 vez	26,2%	53,3%	16,7%	--	32,8%	31,6%
		2 veces	33,3%	33,3%	16,7%	--	31,3%	30,9%
		3 veces	26,2%	6,7%	25%	--	9%	15,4%
		4 veces	2,4%	--	33,3%	--	4,5%	5,9%
		5 veces	2,4%	--	--	--	11,9%	6,6%
	6 – 10 veces	9,5%	--	--	--	6%	5,9%	
	11 – 15 veces	--	6,7%	8,3%	--	1,5%	2,2%	
16 – 20 veces	--	--	--	--	3%	1,5%		

Casi un tercio de los individuos de los grupos de riesgo habían tenido intentos previos de suicidio, con una mediana de 2 veces.

Los grupos con mayor porcentaje de tentativas fueron las prostitutas (48%), seguidas de los enfermos mentales (43%).

Las diferencias encontradas entre todos los subgrupos fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

Un estudio realizado por “Médicos del Mundo” sobre el perfil de las prostitutas en España, destacó entre las situaciones mórbidas que afectan a estas mujeres, una mayor tasa de mortalidad por distintas causas. Las más destacadas son los homicidios (con una probabilidad 18 veces mayor), accidentes, VIH / SIDA, muertes relacionadas con las drogas y el alcohol, cáncer, enfermedades cardiovasculares y hasta 40 veces más riesgo de suicidio que en otras mujeres¹⁹.

La impulsividad es una característica del trastorno bipolar que puede contribuir al riesgo suicida. Swann *et al.* (2005) estudiaron la relación entre impulsividad, mediante la escala de Barrat, y el comportamiento suicida en pacientes con trastorno bipolar. Las puntuaciones en la escala de impulsividad fueron más altas en los sujetos con tentativa previa de suicidio, aunque sin encontrarse diferencias significativas. Los resultados indicaban que el antecedente de conducta suicida en pacientes con

trastorno bipolar estaba asociado con la dependencia alcohólica y con la impulsividad²⁰.

CONCLUSIONES

1. Se pudo comprobar que el riesgo de suicidio moderado – severo fue superior entre los casos que en la muestra de población general, lo que concuerda con los resultados obtenidos en otras investigaciones.
2. La prevalencia de riesgo severo de suicidio de la muestra de población general coincide con la de intentos de suicidio de otros estudios.
3. Un porcentaje importante de los casos presentaba riesgo moderado-severo de suicidio. Tras los enfermos mentales, se comprobó que los maltratadores y los drogodependientes y alcohólicos, fueron los individuos con mayor riesgo de suicidio moderado - severo.
4. Numerosos trabajos han puesto de manifiesto la relación entre enfermedad mental y el consumo de alcohol con el suicidio.
5. Los maltratadores de este estudio, al igual que los de otros trabajos, tenían más antecedentes de depresión, de dependencia alcohólica y de riesgo de suicidio.
6. En los grupos de riesgo el número de intentos de suicidio fue mayor que en la muestra de población general. Y un gran número de estos individuos había intentado acabar con su vida varias veces.
7. Los sujetos de los grupos de riesgo tenían un importante historial de tentativas previas de suicidio.
8. Coincidiendo con otros estudios, las prostitutas fueron el colectivo con más intentos suicidas.
9. Las prostitutas, comparadas con los otros subgrupos, tenían el historial más amplio de intentos de suicidio, pero un riesgo de suicidio moderado – severo menor.

BIBLIOGRAFÍA

¹ Organización Mundial de La Salud. El suicidio. Cuadernos de Salud Pública, num 59. Organización Mundial de La Salud: Ginebra; 1976.

² Levinson D, Haklai Z, Nechama MA, Polakiewicz J, Levav I. Suicide Ideation, Planning and Attempts: Results from the Israel National Health Survey. Isr J Psychiatry Relat Sci 2007; 44 (2): 136–143.

³ Ruiz I, Olry A. El suicidio en la España de hoy. Gac Sanit. 2006; 20 (1):25-31.

- ⁴ Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A metaanalysis. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 205-228.
- ⁵ Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de Psiquiatría. Editorial Médica Panamericana 8ª ed. 1999. p. 983- 992.
- ⁶ Lecrubier Y. The influence of comorbidity on the prevalence of suicidal behaviour. *Eur Psychiatry* 2001; 16: 395-399.
- ⁷ Suokas J, Suominen K, Isometsä E, Ostamo A, Lönnquist J. Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide. Findings of a 14-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 117-121.
- ⁸ Ros Montalban S. La conducta suicida. Madrid: Editorial libro del año; 1997.
- ⁹ Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 181-189.
- ¹⁰ Lecomte D, Fornes D. Homicide by suicide: Paris and its suburbs 1991-1996. *J Forensic Sci* 1998; 43(4):760-4.
- ¹¹ Roy A, Linnoila M. Alcoholism and suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1986; 16: 244-73.
- ¹² Murphy GE, Wetzel RD. The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47:383-92.
- ¹³ Sher L. Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview. *Acta Psychiatr Scand* 2005; in press.
- ¹⁴ Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome of mental disorders. *Br J Psychiatry* 1997; 170:205-28.
- ¹⁵ Sher L, Zalsman G. Alcohol and adolescent suicide. *Int J. Adolesc Med Health* 2005; 17:197-203.
- ¹⁶ Sher L. Alcohol consumption and suicide *Q J Med* 2006; 99:57-61.
- ¹⁷ Brady J. The association between alcohol misuse and suicidal behaviour. *Alcohol & Alcoholism* 2006; 41 (5): 473-478.
- ¹⁸ Roca A, Rubio P, Sánchez P, Rodríguez D, Villar A. Intentos de suicidio atendidos en un centro de salud. *Aten Primaria* 2002; 29 (9): 547-552.
- ¹⁹ Bolaños A. La prostitución desde una perspectiva de los derechos humanos. Ponencia para la comisión mixta congreso-senado. Disponible en:
www.observatoriovioencia.org/upload_images/File/DOC1166017160_Prostitucion_perspectivaddhh.pdf
- ²⁰ Swann A et al. Increased Impulsivity Associated With Severity of Suicide Attempt History in Patients With Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1680-1687.

Trastornos de la Personalidad

Los criterios internacionales generales de diagnóstico de *TRASTORNOS de la PERSONALIDAD* según el DSM – IV TR¹:

A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:

1. Cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos).
2. Afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional).
3. Actividad Interpersonal.
4. Control de los Impulsos.

B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.

E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.

F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).

Tabla I. TRASTORNOS de la PERSONALIDAD en CASOS/CONTROLES			
Diagnósticos por Tipos de Trastornos de la Personalidad			
Trastornos de Personalidad (DSM-IV)		GRUPOS de RIESGO (Casos)	MUESTRA de POBLACIÓN GENERAL (Controles)
GRUPO A	Paranoide	28,5%	7,5%
	Esquizoide	25%	8,5%
	Esquizotípico	30,8%	5,5%
GRUPO B	Antisocial	37,4%	16,2%
	Límite	9,2%	3,2%
	Histriónico	27,3%	18,6%
	Narcisista	51,1%	16,2%
GRUPO C	Evitación	36,8%	31,6%
	Dependencia	39,4%	19,6%
	Obsesivo – Compulsivo	54,8%	33,6%
Diagnósticos por Categorías de Trastornos de la Personalidad			
GRUPO A	Ningún diagnóstico	50,9%	83,6%
	1 diagnóstico	22,8%	12,6%
	2 diagnósticos	17,5%	2,6%
	3 diagnósticos	8,8%	1,2%
GRUPO B	Ningún diagnóstico	32,7%	66,6%
	1 diagnóstico	30%	19,4%
	2 diagnósticos	20,7%	9,1%
	3 diagnósticos	12,7%	2,8%
	4 diagnósticos	3,9%	2%
GRUPO C	Ningún diagnóstico	30%	46,4%
	1 diagnóstico	26,7%	28,5%
	2 diagnósticos	25,5%	19%
	3 diagnósticos	17,7%	6,1%

En la escala de cribado de los trastornos de personalidad, según la DSM IV, los grupos de riesgo puntuaron positivo para todos los tipos en mayor porcentaje que la población general.

El tipo de trastorno de personalidad con menos diferencias en cuanto a porcentaje fue el de evitación (36,8% en casos frente a 31,6% en controles).

Al estratificar por grupos de trastornos, el número máximo de diagnósticos se produjo en mayor porcentaje en los casos que en la población general: 8 veces más en el Grupo A , el doble al comparar el Grupo B y el triple para el C.

Las diferencias encontradas entre las 2 muestras fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$), tanto para los 10 trastornos como para el número de diagnósticos en los 3 grupos.

Tabla II. SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA entre CASOS/CONTROLES		
Diagnósticos por Tipos de Trastornos de la Personalidad		
Trastornos de Personalidad (DSM-IV)		Significación Estadística (p)
GRUPO A	Paranoide	p<0.001
	Esquizoide	P<0.001
	Esquizotípico	p<0.001
GRUPO B	Antisocial	p<0.001
	Límite	p<0.001
	Histriónico	p<0.001
	Narcisista	p<0.001
GRUPO C	Evitación	P=0.001
	Dependencia	p<0.001
	Obsesivo – Compulsivo	p<0.001
Diagnósticos por Categorías de Trastornos de la Personalidad		
Trastornos de Personalidad (DSM-IV)		Significación Estadística
GRUPO A	Ningún diagnóstico	p<0.001
	1 diagnóstico	
	2 diagnósticos	
	3 diagnósticos	
GRUPO B	Ningún diagnóstico	p<0.001
	1 diagnóstico	
	2 diagnósticos	
	3 diagnósticos	
	4 diagnósticos	
GRUPO C	Ningún diagnóstico	p<0.001
	1 diagnóstico	
	2 diagnósticos	
	3 diagnósticos	

Girolamo y Reich (1997) recogieron los datos de varios trabajos, en los que se emplearon entrevistas clínicas, realizados en diversos países en 1946 y 1994. La prevalencia media de trastornos de personalidad fue de 5,74%².

Los epidemiólogos estiman entre un 10 y un 13% la prevalencia de los trastornos de personalidad en la población general. Entre los pacientes en tratamiento psiquiátrico representa un 25-40% de comorbilidad con otros trastornos mentales. Rubio y Pérez Urdaniz³ realizaron dos estudios epidemiológicos en Zaragoza, uno sobre población compuesta por 1187 individuos que vivían en la ciudad y otro sobre 1646 en el medio rural. La prevalencia de los trastornos de la personalidad fue de 0,9% en la ciudad y 0,6% en el medio rural. De entre todas las enfermedades mentales detectadas en Zaragoza, el 7,85% correspondían a trastornos de la

personalidad, siendo esta proporción menor en el medio rural, con un 4,23%. Cuando en vez de realizar análisis epidemiológicos generales, en los que los trastornos de personalidad son uno más de los diagnósticos investigados, se utilizan instrumentos específicos para la detección de esta patología, las prevalencias suelen ser más altas: Casey y Tyrer⁴ (1986), Maier et al⁵ (1992), Reich et al⁶ (1988) y Zimmerman y Coryell⁷ (1990) encontraron prevalencias de 13%, 10,3%, 11,1% y 13,5%, respectivamente. Estos últimos datos son más concordantes con los resultados encontrados en la tesis doctoral.

En la actualidad el interés por el estudio de los trastornos de la personalidad se ha renovado. El estudio NESARC (Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas), que incluyó 43.093 sujetos entrevistados entre 2001 y 2002 en Estados Unidos, señaló que un 28,6% de los alcohólicos y un 47,7% de los adictos a drogas tienen al menos un trastorno de personalidad⁸.

Tabla III. TRASTORNOS de la PERSONALIDAD por GRUPOS de RIESGO							
Diagnósticos por Tipos de Trastornos de la Personalidad							
Trastornos de Personalidad (DSM-IV)		D y A	L	P	M	EM	TOTAL
GRUPO A	Paranoide	33,8%	17,2%	52%	13%	30,1%	28,5%
	Esquizoide	18,8%	15,6%	52%	26,1%	32,8%	25%
	Esquizotípico	28,1%	20,5%	64%	17,4%	37,2%	30,8%
GRUPO B	Antisocial	34,4%	35,2%	68%	17,4%	39,9%	37,4%
	Límite	16,3%	3,3%	16%	8,7%	6%	9,2%
	Histriónico	25,6%	22,1%	48%	26,1%	29,5%	27,3%
	Narcisista	48,1%	37,7%	84%	34,8%	60,1%	51,1%
GRUPO C	Evitación	31,9%	30,3%	36%	43,5%	44,8%	36,8%
	Dependencia	32,5%	24,6%	60%	30,4%	53,6%	39,4%
	Obsesivo – Compulsivo	50%	36,9%	80%	43,5%	68,9%	54,8%
Diagnósticos por Categorías de Trastornos de la Personalidad							
GRUPO A	Ningún diagnóstico	53,1%	65,6%	12%	56,5%	43,7%	50,9%
	1 diagnóstico	21,9%	17,2%	24%	30,4%	26,2%	22,8%
	2 diagnósticos	16,3%	15,6%	48%	13%	16,4%	17,5%
	3 diagnósticos	8,8%	1,6%	16%	--	13,7%	8,8%
GRUPO B	Ningún diagnóstico	34,4%	41,8%	12%	39,1%	27,3%	32,7%
	1 diagnóstico	28,8%	29,5%	8%	43,5%	32,8%	30%
	2 diagnósticos	20,6%	18,9%	40%	8,7%	20,8%	20,7%
	3 diagnósticos	10,6%	8,2%	32%	8,7%	15,3%	12,7%
	4 diagnósticos	5,6%	1,6%	8%	--	3,8%	3,9%
GRUPO C	Ningún diagnóstico	33,8%	46,7%	16%	34,8%	16,9%	30%
	1 diagnóstico	30,6%	26,2%	16%	30,4%	24,6%	26,7%
	2 diagnósticos	23,1%	15,6%	44%	17,4%	32,8%	25,5%
	3 diagnósticos	12,5%	11,5%	24%	17,4%	25,7%	17,7%

Los grupos de riesgo con mayor porcentaje de Trastornos de Personalidad fueron las prostitutas. Entre ellas, destaca el 84% de probables narcisistas, el 80% de obsesivo-compulsivas y el 68% de antisociales.

Los enfermos mentales (44,8%) y los maltratadores (43,5%) fueron los subgrupos con mayor porcentaje de evitación.

Al analizar por categorías diagnósticas, las prostitutas tuvieron mayor número de diagnósticos en los Grupos A y B y los enfermos mentales en C.

Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos de riesgo para todos los tipos de Trastornos de Personalidad, excepto para el histriónico y el de evitación.

Al estratificar por número de diagnóstico, las diferencias fueron estadísticamente significativas para el grupo C, pero no para los grupos A y B.

Tabla IV. SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA entre GRUPOS de RIESGO		
Diagnósticos por Tipos de Trastornos de la Personalidad		
Trastornos de Personalidad (DSM-IV)		Significación Estadística (p)
GRUPO A	Paranoide	<0.001
	Esquizoide	<0.001
	Esquizotípico	<0.001
GRUPO B	Antisocial	0.007
	Límite	<0.001
	Histriónico	0.055
	Narcisista	<0.001
GRUPO C	Evitación	0.053
	Dependencia	<0.001
	Obsesivo – Compulsivo	<0.001
Diagnósticos por Categorías de Trastornos de la Personalidad		
GRUPO A	Ningún diagnóstico	0.971
	1 diagnóstico	
	2 diagnósticos	
	3 diagnósticos	
GRUPO B	Ningún diagnóstico	0.650
	1 diagnóstico	
	2 diagnósticos	
	3 diagnósticos	
	4 diagnósticos	
GRUPO C	Ningún diagnóstico	0.037
	1 diagnóstico	
	2 diagnósticos	
	3 diagnósticos	

En España, los Trastornos de Personalidad entre los pacientes toxicómanos refleja prevalencias que varían entre 36% y 91%; y la mayoría de los estudios coinciden que los tipos más frecuentes son el Antisocial y el Límite^{9,10}.

Hasta hace algunos años, en general, los trastornos de personalidad del grupo B eran los más estudiados, en particular los trastornos antisocial y límite de la personalidad. Estos dos trastornos eran los que tenían un mayor impacto jurídico-penitencial y clínico. Según datos de revisiones, las tasas de prevalencia media de los trastornos específicos de personalidad oscila entre 0,2 y 2%¹¹.

Los estudios de epidemiología clínica de mayor alcance sobre los trastornos de la personalidad se basaron en evaluaciones clínicas no estructuradas. Algunos trabajos recientes han cuestionado la rigurosidad de las entrevistas clínicas diagnósticas, por no basarse en evaluaciones estandarizadas. El proyecto Rhode Island es uno de los estudios clínicos epidemiológicos más extensos, que utiliza entrevistas semiestructuradas para evaluar los trastornos psiquiátricos en la práctica clínica extrahospitalaria. En este estudio examinaron la incidencia de los trastornos de la personalidad del DSM-IV en 859 pacientes psiquiátricos ambulatorios y su comorbilidad. A un 31,4 % de los pacientes se le diagnosticó uno de los 10 trastornos de la personalidad confirmados por el DSMIV. Al incluir el trastorno de la personalidad no especificado, la prevalencia aumentó a un 45,5 %. A la mayoría de los pacientes con esta patología, se les diagnosticó más de un trastorno. Los tipos evitación, límite y obsesivo-compulsivo fueron los diagnósticos específicos más frecuentes¹².

Los trastornos de la personalidad se sitúan, como grupo, entre los más frecuentes que tratan los psiquiatras. Deberían evaluarse en todos los enfermos mentales, dado que su presencia puede influir en el curso clínico y en su tratamiento.

En la tesis doctoral, los trastornos de personalidad más frecuentes son el Obsesivo-Compulsivo y el Narcisista. La discrepancia existente con los resultados obtenidos por otros autores puede deberse a que en esta investigación la herramienta

de medida utilizada para diagnosticar estos trastornos ha sido una versión abreviada del Cuestionario IPDE.

Hoy se acepta que ciertas características de personalidad son determinantes significativos en el consumo de sustancias, pero no su causa exclusiva.

Las variables de personalidad interactúan con muchos factores que determinan una respuesta individual en el uso, abuso y dependencia de sustancias psicotrópicas, aunque no parece haber un tipo de personalidad que predisponga a la adicción. Lo que se observa es la coexistencia de pacientes con diferentes tipos de personalidad que consumen diversas sustancias, encontrando dificultad para indicar la dirección de la causalidad¹³.

Se evaluó una muestra de 40 prostitutas con la finalidad de determinar la prevalencia de trastornos de personalidad. Se utilizó una entrevista clínica estructurada basada en los criterios diagnósticos para trastornos de personalidad del DSM-III-R. Este grupo se comparó con una muestra de mujeres que no ejercían la prostitución. Se encontró en el grupo de prostitutas una prevalencia de trastornos de personalidad del 22,5% y ningún caso en el grupo control. Los diagnósticos más frecuentes fueron el borderline (77,7%) y el histriónico (33,3%). Estos resultados apoyan la hipótesis de una mayor prevalencia de trastornos de personalidad en el grupo de prostitutas, ubicados en el Cluster B, del DSM-III-R¹⁴.

CONCLUSIONES

1. La versión abreviada del IPDE identificó más probables diagnósticos de Trastornos de la Personalidad (tanto por tipos como por categorías) entre los grupos de riesgo que en la muestra de la población general.
2. La prevalencia de Trastornos de la Personalidad encontrada en esta tesis doctoral se asemeja a la hallada por otros autores que utilizan instrumentos específicos para detectarla.
3. Según muchos estudios actuales, existe comorbilidad entre los Trastornos de la Personalidad y otras patologías mentales (adicción al alcohol, drogas...); dato que también ha sido puesto de manifiesto en esta investigación.
4. El grupo de riesgo en el que se detectaron más probables diagnósticos (de tipo y por categorías) de Trastornos de la Personalidad, fueron las prostitutas.
5. Se pudo comprobar que las prevalencias de Trastornos de la Personalidad entre los distintos subgrupos de riesgo eran diferentes para todos los tipos, excepto para el Histriónico y el Evitativo.
6. Al analizar por categorías, entre los 5 subgrupos de riesgo sólo se pudo demostrar que las prevalencias fueron diferentes para el Grupo C de Trastornos de la Personalidad.
7. Aunque los trastornos de la personalidad antisocial y límite, son los más prevalentes y los de mayor impacto jurídico, en esta tesis doctoral los trastornos más frecuentes son el obsesivo – compulsivo y el narcisista, probablemente porque la herramienta diagnóstica utilizada es un test de cribado.

BIBLIOGRAFÍA

¹ López-Ibor JJ, Valdés M. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona. Masson; 2002.

² Girolamo G, Reich JH. Epidemiología de los Trastornos Mentales y de los problemas psicosociales. Trastornos de Personalidad. Madrid: Meditor, 1996.

³ Rubio V, Pérez Urdaniz. Trastornos de Personalidad. 1ª ed. Madrid: Elviesier; 2003.

- ⁴ Casey P, Tyrer P. Personality, functioning and symptomatology. *J Psychiatric Research* 1986; 20: 363 – 374.
- ⁵ Maier W, Dilling H. Prevalences of personality disorders (DSM – III-R) in the community. *Journal of Personality Disorders* 1992; 6: 187 – 196.
- ⁶ Reich J, Perry J, Shera et al. Comparison of Personality Disorders in different anxiety disorder diagnoses: panic, agoraphobia, generalized anxiety, and social phobia. *Ann Clin Psychiatry* 1994; 6: 125 – 34.
- ⁷ Zimmerman M, Coryel W. Diagnosing Personality Disorders in the Community. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 527 – 531.
- ⁸ Grant BF et al. Co-occurrence of 12 month alcohol and drug abuse disorders and personality disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2004 ;61: 361-8.
- ⁹ Fernández-Miranda J. Trastornos de personalidad y adicción: relaciones etiológicas y consecuencias terapéuticas. *Anales de Psiquiatría* 2002; 18 (9): 421-7.
- ¹⁰ García-Campayo J, Sanz C. Epidemiología de la comorbilidad entre el abuso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos. *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Madrid: Editorial Médica Panamericana SA; 2002. p.135-54.
- ¹¹ Trastornos de personalidad. 1ª ed. Barcelona. Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica; 2004.
- ¹² Zimmerman M , Rothschild L, Chelminski I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 2005; 162 (10): 1911-8.
- ¹³ Fidel, G, Roncero C, Casas B. Adicción a sustancias y trastornos de personalidad. En E. Baca, J. Vallejo, C. Leal, S. Cervera y J. Giner (eds.), *Trastornos de personalidad*. Barcelona: Psiquiatría Editores, S. L; 2004. p. 161-176.
- ¹⁴ Castillo R, Darío R. Prevalencia de trastornos de personalidad en un grupo de prostitutas. *Arch. venez. psiquiatr. neurol.* 1996; 42(87):83-8.

Estancia en Prisión

En el marco de la investigación penitenciaria tiene cierta tradición el estudio de los efectos que la *ESTANCIA en PRISIÓN*¹ produce en los sujetos encarcelados. Los numerosos autores que los han analizado difieren sustancialmente en cuanto a la gravedad que se les atribuye, la cual va a depender en buena medida de multitud de factores de carácter individual, desde la duración de la condena hasta las características de la personalidad, el modo de adaptación a la vida del interior de la cárcel, o las vinculaciones mantenidas con el exterior.

Entre los controles sólo dos personas contestaron haber estado en prisión. Al ser un porcentaje muy poco representativo (0,4%), no se ha comparado con las personas pertenecientes a la muestra de los grupos de riesgo.

Tabla I. ESTANCIA en PRISIÓN por GRUPOS de RIESGO						
Categorías	D y A	L	P	M	EM	TOTAL
Estancia en Prisión	25,6%	1,6%	24%	4,3%	3,3%	11%
Nº de Veces (mediana)	1	1	1	1	1	1
Tiempo total de Estancia en Prisión en años	8,8	1	0,5	0,1	1,7	7,4
Edad en años la 1ª vez que ingresó en Prisión (mediana)	22	41	22	--	23	22

Los grupos de riesgo con mayor porcentaje de personas que habían estado en la cárcel fueron los drogodependientes y alcohólicos y las prostitutas, con un 25% cada uno. El colectivo con menor proporción fueron los ludópatas, con menos de un 2%. Las diferencias encontradas entre los distintos grupos fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

La mediana fue de una vez en todos los subgrupos. Los drogodependientes y alcohólicos fueron los que más tiempo total (9 años) permanecieron internados.

La edad media que tenían la primera vez que ingresaron en la cárcel era de veintidós años, excepto en el grupo de ludópatas y de maltratadores.

Las drogas se relacionan con la violencia de múltiples maneras. El Departamento Americano de Salud y Servicios Humanos manifestó que en 1997 los delitos cometidos por los usuarios de drogas ilícitas eran 16 veces más frecuentes que los perpetrados por los no consumidores. Los robos o hurtos eran 14 veces más

comunes en los usuarios de drogas y conducir bajo la influencia de éstas o embriaguez era 9 veces superior en estos individuos².

La relación drogas y crimen es difícil de cuantificar porque el consumo de estas sustancias es probable que sea tan sólo un factor entre otros muchos, como los trastornos de personalidad, las conductas impulsivas, la comorbilidad, o el historial de abusos en la infancia. Lo que sí es cierto es que el abuso de drogas produce violencia, tanto en el agresor como en la víctima, al caer esta última bajo su influjo para huir de la violencia que han ejercido contra ella³.

El consumidor tiene un elevado riesgo de conductas antisociales. En primer lugar, se encuentran las relacionadas para obtener la propia droga: el tráfico de drogas está tipificado como delito contra la Salud Pública. El segundo tipo de comportamiento antisocial son los delitos contra la propiedad: hurtos, robos con o sin violencia encaminados a obtener dinero para comprar una sustancia de elevado precio⁴.

En un estudio de seguimiento, entre 1985 y 2000, sobre los ingresos en centros penitenciarios en una cohorte de adictos a la heroína realizado en Cataluña, los datos fueron desalentadores. En estos quince años más del 40% habían ingresado por lo menos una vez en prisión. Los análisis indicaron que los adictos a la heroína, sobre todo las mujeres, tenían más posibilidades de entrar en la cárcel que la población general, y este exceso de riesgo era incluso superior a morir o a contraer el Sida⁵.

Según un trabajo de la Fundación Paz Ciudadana realizado en el 2005 en Chile, el 60% de los detenidos, principalmente por robos y hurtos, consumió cocaína en las 48 horas antes de su detención, de acuerdo con los resultados de un test de orina. En el caso de los arrestos por delitos contra la Salud Pública el porcentaje llegó al 75%⁶.

Como se indica en el informe del 2004 "Realidad social de la mujeres sin techo, prostitutas, ex – reclusas y drogodependientes en España", el principal motivo para el ingreso en prisión de las mujeres que ejercen la prostitución es el consumo o tráfico de drogas. Por eso el perfil de las mujeres que salen se puede clasificar en dos tipos: las

que deciden hacer un cambio en su vida y las que siguen enganchadas al consumo y, consecuentemente, al tráfico en mayor o menor escala⁷.

Distintos autores durante la década de los setenta ya mencionaron que las prostitutas que abusaban de las drogas tenían mayor probabilidad de ser detenidas que las no consumidoras^{8,9,10}.

En 1992 las detenciones por prostitución en Estados Unidos ocuparon el décimo lugar entre las causas de detención de mujeres adultas, con más de 55.000 arrestadas anualmente¹¹.

McClanahan et al (1999) entrevistaron a 1142 mujeres detenidas en un correccional del Condado de Cook (Chicago) y estudiaron, entre otras variables, la relación existente entre el consumo de drogas y la entrada en la prostitución. Una cuarta parte de estas mujeres declararon que ejercían este trabajo una o más veces a la semana (rutina de la prostitución)¹².

CONCLUSIONES

1. Un porcentaje considerable de los casos había estado en prisión.
2. Los adictos a drogas y alcohol y las prostitutas fueron los que más declararon haber estado en prisión.
3. El subgrupo de riesgo que más tiempo (en años) había estado en la cárcel fue el de los drogodependientes y alcohólicos.
4. La primera entrada en el medio penitenciario se producía al inicio de la juventud.
5. En la tesis doctoral se ha obtenido una relación entre las drogas, la violencia y los delitos. Estos resultados son coincidentes con diversas publicaciones.
6. Un elevado número de mujeres que ejercían la prostitución habían estado en la cárcel, confirmando las investigaciones de otros autores.

BIBLIOGRAFÍA

¹ Goffman E. Asylum: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates, 1961. (Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu; 1979).

² The National Treatment Improvement Evaluation Study (NTIES). Servicios de Salud Mental y Abusos de Sustancias del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 1999.

³ Sánchez – Carbonell X. Contexto cultural y consecuencias legales del consumo de drogas. *Transtornos Adictivos* 2004; 6 (1): 1 – 4.

⁴ Sánchez – Carbonell X, Fórcen M, Colomera M. Evolución penitenciaria de una cohorte de 135 adictos a heroína entre 1985 y 2000. *Transtornos Adictivos* 2004; 6 (1): 39 – 45.

⁵ Consumo de Drogas en detenidos: aplicación de la metodología I-ADAM en Chile. Fundación Paz Ciudadana, Chile, 2005.

⁶ Realidad social de las mujeres sin techo, prostitutas, ex – reclusas y drogodependientes en España. Equipo de Investigación Social, EDIS S.A. 2004. Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España.

⁷ Winick C, Kinsie PM. *The Lively Commerce: Prostitution in the United States*. Chicago: Quadrangle; 1971.

⁸ File K, McCahill T, Savitz L. Narcotics involvement and female criminality. *Addictive Diseases* 1974; 1:177–188.

⁹ James J. Prostitution and addiction: an interdisciplinary approach. *Addictive Diseases* 1976; 2: 601–618.

¹⁰ Taira J, Green T, Richmond J. Crimes committed by females, 1983–1992. *Crime Trend Series* 1994; 2: 1–12.

¹¹ McClanahan SF, McClelland, GM, Abram KM, Teplin LA. Pathways Into Prostitution Among Female Jail Detainees and Their Implications for Mental Health Services. *Psychiatric Services* 1999; 12 (50): 1606 – 1613.

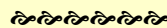
Impulsividad y Violencia

Los criterios internacionales de diagnóstico de **TRASTORNOS del CONTROL de los IMPULSOS** según el DSM – IV TR¹:

El rasgo común de este grupo de entidades es la incapacidad repetida de resistir un impulso intenso a realizar un acto particular que es obviamente perjudicial hacia uno mismo, hacia otros, o ambos.

Los pacientes pueden o no planear la acción, antes de cometer el acto sienten un aumento de tensión o activación y mientras lo cometen sienten placer, gratificación, alivio o liberación. Sin embargo, tras el acto (que es egosintónico ya que está en consonancia con los deseos conscientes inmediatos), los pacientes pueden sentirse arrepentidos, culpables o autorreprocharse.

El impulso se define como reacción rápida y no planeada que corresponde a un estímulo interno o externo sin evaluar las consecuencias negativas que puede tener.



La definición de **VIOLENCIA** adoptada por la Organización Mundial de la Salud en el Informe Mundial sobre Violencia y Salud (WHO 2002)²:

Uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. La intimidación y las amenazas, el abandono, la negligencia o los actos de omisión también están contemplados en esta definición.

Tabla I. CONDUCTAS IMPULSIVAS y VIOLENTAS en CASOS/CONTROLES		
Escala de Impulsividad de Plutchick		
Conductas Impulsivas	GRUPOS de RIESGO (Casos)	MUESTRA de POBLACIÓN GENERAL (Controles)
IMPULSIVOS	31,5%	9,8%
Escala de Violencia de Plutchick		
Conductas Violentas	GRUPOS de RIESGO (Casos)	MUESTRA de POBLACIÓN GENERAL (Controles)
VIOLENTOS	43,9%	21,7%

El riesgo de conductas impulsivas entre los casos era tres veces más que en la muestra de población general.

Al compararlos con los controles, el doble de los individuos de los grupos de riesgo presentaron sentimientos de agresividad y riesgo de comportamientos violentos.

Las diferencias encontradas, para las dos variables, entre los dos grupos fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

La prevalencia de los trastornos del control de impulsos como tales, sin estar asociados a otras patologías psiquiátricas, es baja (los casos de juego patológico no son muy frecuentes, los de piromanía tampoco, aunque la repercusión social sea muy importante), pero cuando la impulsividad aparece como síntoma de otras patologías, se puede afirmar que aparece entre el 10 y el 15% de la población. Las conductas impulsivas más frecuentes son los trastornos alimentarios, las asociadas a trastornos de personalidad, alcoholismo y drogodependencia².

La relación entre la impulsividad y determinados comportamientos de riesgo ha sido puesta de manifiesto por diferentes autores. Un estudio realizado por el Departamento de psicología de Nueva Orleans determinó la relación de la impulsividad y la asunción de comportamientos de riesgo como la agresión, el consumo de drogas, conducir en estado de embriaguez y no llevar puesto el cinturón de seguridad, entre los estudiantes universitarios y de secundaria. Los resultados del estudio demostraron, claramente, que los jóvenes con alta impulsividad tenían más comportamientos de riesgo que los sujetos que presentaban bajas puntuaciones. Estos hallazgos sugieren que los cuestionarios auto-administrados sobre la impulsividad pueden ser útiles en la detección precoz de los individuos de alto riesgo. Una vez identificados, podrían ser objeto de intervenciones educativas diseñadas para hacer frente a su incapacidad para retrasar la gratificación y la falta general de control de los impulsos³.

Respecto al tema de la violencia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que alrededor de un millón y medio de personas mueren al año por esta causa⁴. Para el año 2020, ésta llegará a ser una de las primeras 15 causas de carga de enfermedad y muerte⁵. En España, sin embargo, la violencia no se percibe como un problema de salud pública. Asociada tradicionalmente a criminalidad⁶, y asumida como un problema limitado a segmentos marginales, no ha implicado aún a los sectores profesionales. Efectivamente, las tasas de homicidio (1,41 en varones y 0,41 por 100.000 en mujeres, en 2001)⁷ son significativamente menores que la media mundial (8,6 por 100.000)⁴. Sin embargo, la realidad es que la violencia está presente en todos los ámbitos de las relaciones humanas.

Las estadísticas sobre maltrato y muerte entre compañeros íntimos continúan mostrando una tendencia creciente: entre 1998 y 2000 las muertes por violencia entre compañeros íntimos aumentaron en un 49%⁸.

Tabla II. CONDUCTAS IMPULSIVAS y VIOLENTAS por GRUPOS de RIESGO						
Escala de Impulsividad de Plutchick						
Conductas Impulsivas	D y A	L	P	M	EM	TOTAL
IMPULSIVOS	27,8%	33,1%	24%	--	39,2%	31,5%
Escala de Violencia de Plutchick						
Conductas Violentas	D y A	L	P	M	EM	TOTAL
VIOLENTOS	51,6%	35,3%	48%	52,2%	41%	43,9%

Puntuaciones en Impulsividad en el test de Plutchick: Punto de corte en 20.
Un 39,1% (9 individuos de 23) de los maltratadores obtuvieron puntuaciones entre 15 y 19, aunque ninguno llegó a 20.

En general, un tercio de los casos presentaron riesgo de tener conductas impulsivas y más de un 40% de cometer actos violentos.

Las muestras con mayor riesgo de conductas impulsivas fueron los enfermos mentales y los ludópatas. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) entre los 5 subgrupos.

Los resultados de impulsividad entre ludópatas son concordantes con otros trabajos. Para algunos autores, la característica esencial del jugador patológico sería el deseo imperioso de realizar una determinada acción, con un malestar creciente, que se aliviaría al realizar dicho acto, y que aparecería de forma repetida⁹. La ludopatía se situaría más en el extremo de la “impulsividad / búsqueda de situaciones novedosas” y a menudo, con características relacionadas con el déficit de atención.

En un estudio realizado en el hospital universitario de Bellvitge compararon dos modalidades de tratamiento (régimen abierto y cerrado) cognitivo conductual para jugadores patológicos. El grupo abierto aportó mejores resultados y menor proporción de abandonos que el cerrado. La tasa de recaídas estaba en función de la gravedad del trastorno adictivo y de la psicopatología, la búsqueda de sensaciones y la elevada impulsividad¹⁰.

Respecto a la elevada impulsividad encontrada entre la muestra de enfermos mentales pertenecientes a la tesis doctoral, otros trabajos han puesto de manifiesto esta característica. En un estudio descriptivo efectuado en 225 pacientes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Central Militar de México se encontró impulsividad (medida con la escala de Plutchick) baja en un 37,8% y alta en un 62,2%¹¹.

En la década de los ochenta, Plutchick et al. observaron correlación entre la impulsividad y el riesgo suicida^{12,13}. En los noventa, Jiménez-Genchi et al (1997) encontraron asociación entre la impulsividad, la depresión y el suicidio¹⁴.

Respecto a la violencia en enfermos mentales, algunos autores, como Sjöström et al (2001)¹⁵ indicaron que, en Suecia, una de las razones más comunes para la admisión por trastorno agudo en una unidad psiquiátrica era la violencia o la amenaza¹⁶. En un grupo no seleccionado, los pacientes con trastorno mental

presentaban mayor posibilidad (4 veces más en hombres y 27 veces más en mujeres) de ser fichados por conducta delictiva violenta que los sujetos sin estos trastornos¹⁷.

La amplia reorganización de los servicios médicos psiquiátricos en Occidente durante las últimas décadas ha llevado a una reducción en las camas y ha supuesto una mayor proporción de pacientes hospitalizados agresivos o violentos¹⁸. Se sabe que un porcentaje importante de los miembros del personal en los hospitales psiquiátricos ha estado sometido a violencia directa¹⁹ y que este es un problema creciente en su ambiente laboral. Se ha mostrado que un número menor de camas, una proporción mayor de enfermos con perturbaciones graves y un aumento del movimiento de pacientes puede llevar a un incremento en la conducta agresiva²⁰.

En la investigación de la tesis doctoral, los maltratadores y los drogodependientes y alcohólicos resultaron ser los que más probabilidad tenían de comportarse de forma violenta. Las diferencias halladas resultaron significativas ($p=0,043$).

La violencia doméstica contra las mujeres se ha descrito como un proceso normalizado e invisible, debido a la tradicional relación de superioridad y de dominación de las mujeres por parte de los varones²¹. Este tipo de maltrato no se circunscribe, aún siendo el más frecuente, a la violencia contra las mujeres. También forman parte del problema, la agresión ejercida contra el cónyuge masculino, contra niños, ancianos u otros miembros de la familia. Desgraciadamente, el conocimiento sobre la prevalencia de estas otras manifestaciones es muy limitado. Las prevalencias de maltrato infantil intrafamiliar se dan en el 1,5% de los niños españoles, aunque se considera una infraestimación²². Un estudio realizado en una muestra de ancianos sin déficits cognitivos estimó una prevalencia de maltrato intrafamiliar del 12%²³. Probablemente la realidad sea también superior, especialmente entre ancianos con este tipo de deficiencias.

El impacto de la violencia en los niños es importante porque puede influir en las fases críticas de su desarrollo emocional y psicológico. Se han descrito tasas muy

elevadas de morbilidad psicológica en menores expuestos a traumas. Especialmente los niños mayores y los adolescentes pueden habituarse y llegar a aceptar situaciones de violencia comunes en su entorno cercano²⁴. El riesgo de que aprendan que la violencia es una (a veces la principal) forma de relación humana es evidente. También los adultos traumatizados, socializados en su infancia en esta forma de relación, transmiten estas actitudes a sus descendientes²⁵.

Greenwald, Reznikoff, Plutchick (1994) estudiaron la correlación entre el riesgo de suicidio y el de violencia en setenta y cuatro hombres alcohólicos mediante un cuestionario que recogía también los trastornos de la personalidad y su funcionamiento. Los resultados indican que el riesgo de suicidio y la violencia tenían correlación positiva²⁶.

Para algunos autores como Apter, Plutchick, Van Praag (1993) diversas variables se han asociado con el comportamiento violento y con el suicidio. Sesenta pacientes psiquiátricos fueron evaluados y divididos en grupos de antecedente o no de suicidio y, a continuación, en grupos de violentos y no violentos. Se comparó en los dos grupos la puntuación en riesgo de suicidio y de violencia, la ansiedad, la ira, la impulsividad y el humor. Se encontró que la ansiedad y la impulsividad se correlacionaban fuertemente con el riesgo suicida. El enfado y el resentimiento se correlacionaron con el riesgo de violencia²⁷.

González-Forteza, Ramos, Caballero, Wagner (2003) realizaron un trabajo con estudiantes en el Centro Histórico de la Ciudad de México. El objetivo era identificar la correlación de depresión y la ideación e intento suicida en adolescentes. Participaron 508 chicos y 428 chicas cuya edad promedio fue de 13,7 años. El cuestionario fue autoaplicable. Los resultados indicaron que los estudiantes con depresión y/o ideación suicida tenían más conflictos con sus padres, presentaban una menor autoestima, respondían que sus progenitores discutían por problemas económicos, eran impulsivos y usaban respuestas de afrontamiento agresivas. La prevalencia de intento suicida fue de 7% en varones y de 17% en mujeres. Los estudiantes impulsivos tenían

más riesgo si presentaban tentativas previas. En los hombres, el afrontamiento agresivo también se asociaba con un mayor riesgo de suicidio. Las chicas que presentaban conflictos con sus padres, o bien, problemas económicos familiares, tenían más riesgo de este tipo de conductas autolesivas²⁸.

Para Identificar factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas en estudiantes mexicanos para el diseño de programas de prevención, Negrete y García Aurrecoechea (2008) realizaron un estudio transversal con una muestra de 516 estudiantes de secundaria y bachillerato de seis de las principales ciudades de México. Las variables de predicción del consumo de sustancias ilícitas fueron presentar un bajo control conductual con tendencia a actuar impulsivamente y con agresividad, pertenecer a grupos de riesgo, estar expuesto con frecuencia a situaciones familiares de conflicto, violencia y al consumo de drogas y alcohol²⁹.

CONCLUSIONES

1. Los Tests de Plutchick detectaron mayor riesgo de conductas impulsivas y violentas entre los casos que en la muestra de población general.
2. Los datos de impulsividad en los controles son similares a los hallados en otras investigaciones.
3. Los grupos de riesgo con mayor impulsividad eran los enfermos mentales y los ludópatas. Los resultados de impulsividad encontrados en estas dos muestras han sido puestos de manifiesto por distintos autores.
4. Los drogodependientes y alcohólicos y los maltratadores fueron los que obtuvieron mayores puntuaciones en sentimientos de agresividad y riesgo de violencia.
5. Diversos trabajos han relacionado el consumo de drogas y alcohol con la violencia intrafamiliar, tanto a nivel de pareja como el maltrato infantil y el ejercido sobre los mayores.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ López-Ibor JJ, Valdés M. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002.
- ² WHO Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority. World Health Organization: Geneva; 1996 (documento inédito WHO/EHA/SPI.POA.2).
- ³ Ros Montalban S, Peris M, Gracia Marco R. Impulsividad. 1ª ed. Barcelona: RBA Libros S.A.;2003.
- ⁴ Stanford M, Greve K, Boudreaux J, Mathias Ch, Brumelow J. Impulsiveness and risk-taking behavior: comparison of high-school and college students using the Barratt Impulsiveness Scale. J Clin Psychol 1995; 51:768–774.
- ⁵ Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. World Report on Violence and Health. World Health Organization: Geneva; 2002. Disponible en : www.who.int
- ⁶ Peden M, Mc Gee K, Mercy J, Zwi A, Lozano R. World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponible en: www.who.int
- ⁷ Informe España 2005. Fundación Encuentro 2005. Disponible en: www.fund-encuentro.org
- ⁸ Instituto de Salud Carlos III. Tasas de mortalidad por causas y sexo 2001. Disponible en: www.isciii.es
- ⁹ Vives C, Álvarez C, Caballero P. Violencia del compañero íntimo en España. Gac Sanit. 2003; 27: 268-74.
- ¹⁰ Hantouche E, Merckaert P. Nosological classifications of obsessive-compulsive disorder. Ann Med Psychol 1991;149 (5): 393-408.
- ¹¹ Jiménez S, Álvarez E, Granero R, Neus M, Gómez M, Jaurrieta N et al. Análisis de la eficacia de dos modalidades de tratamiento cognitivo-conductual grupal para el juego patológico. Psicología Conductual 2005;13 (3), 495-510.
- ¹² Martínez Tenorio N , Hernández-Daza M, Chávez- Dueñas F. Niveles de agresividad e impulsividad en pacientes psiquiátricos de un hospital de tercer nivel. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría 2007; 40 (2):35-40.
- ¹³ Plutchick R, Van Praag H. The measurement of suicidally, agresivity and impulsivity. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiat 1989 ; 13:23-34.
- ¹⁴ Plutchick R, Van Praag H. Axiety, impulsivity and depressed mood in relation to suicidal and violent behavior. Acta Psychiatr Scand 1993; 87:1-5.

- ¹⁵ Jiménez-Genchi A, Sentíes H, Ortega H. Asociación entre impulsividad y depresión en pacientes hospitalizados por intento suicida. *Salud Mental* 1997; 20 (1):36-41.
- ¹⁶ Sjöström N., Eder D. N., Malm U., Beskow J. Violence and its prediction at a psychiatric hospital. *Eur Psychiatry* 2001; 16: 459-65.
- ¹⁷ Åsberg M. Monoamine neurotransmitters in human aggressiveness and violence: a selective review. *Criminal Behav Ment Health* 1994, 4: 303-27.
- ¹⁸ Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency and crime. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 476-83.
- ¹⁹ Palmstierna T. Våldsproblematiken i den akuta psykiatriska vården. *Socialmedicinsk Tidskrift* 1990; 7: 333-6.
- ²⁰ Åkerström M. Våld och hot i sjukvårdarbeten - dokumentation av en riksrepresentativ studie. *Network Res Criminol Deviant Behav* 1993; 3: XXX.
- ²¹ Palmstierna T. Aggressive behaviour from institutionalized psychiatric patients – a methodological study with clinical applications [dissertation]. Stockholm: Karolinska Institute, 1992.
- ²² Ruiz Jarabo C, Blanco P. La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas. Madrid: Díaz de Santos; 2004 (reimpresión enero 2005).
- ²³ Morales JM, Zunzunegui V, Martínez V. Modelos conceptuales de maltrato infantil: una aproximación biopsicosocial. *Gac Sanit.* 1997; 11:231-41.
- ²⁴ Ruiz Sanmartín A, Altet J, Porta N, Duaso P, Coma M, Requesens N. Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato ancianos. *Aten Primaria* 2001; 27: 331-4.
- ²⁵ Engle P, Castle S, Menon P. Child development; vulnerability and resilience. *Soc Sci Med.* 1996; 43: 621-35.
- ²⁶ Pearn J., Children and war. *J Paediatr Chile Health* 2003; 39: 166-72.
- ²⁷ Greenwald D, Reznikoff M, Plutchik R. Suicide risk and violence risk in alcoholics. Predictors of aggressive risk. *J Nerv Ment Dis.* 1994;182(1):3-8.
- ²⁸ Apter A, Plutchik R, van Praag H. Anxiety, impulsivity and depressed mood in relation to suicidal and violent behavior. *Acta Psychiatr Scand.* 1993;87(1):1-5.
- ²⁹ Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos González Forteza C, Ramos Lira L, Caballero M, Wagner F. *Psicothema* 2003 ; 15(4):524-532.
- ³⁰ Díaz Negrete B, García-Aurrecochea R. Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. *Rev Panam Salud Publica* 2008; 24(4):223-232.

Drogas

Muchos individuos pueden consumir sustancias sin que ello les acarree problemas clínicamente significativos como para merecer un diagnóstico DSM – IV TR¹. No obstante, los *TRASTORNOS RELACIONADOS con SUSTANCIAS* se encuentran entre las enfermedades mentales más frecuentes y que causan mayor deterioro.

En el DSM – IV TR el término *relacionado con sustancias* hace referencia a los trastornos asociados a las drogas de abuso, a los efectos secundarios de medicamentos y a los estados de intoxicación. En esta clasificación de la “Asociación Americana de Psiquiatría” existen dos tipos de diagnósticos relacionados con sustancias: los *trastornos por consumo de sustancias*, que describen un patrón de consumo problemático (dependencia y abuso), y los *trastornos inducidos por sustancias*, que describen síndromes conductuales causados por los efectos directos de la sustancia sobre el sistema nervioso central.

Tabla I. CONSUMO de DROGAS en CASOS/CONTROLES			
Categorías		GRUPOS de RIESGO (Casos)	MUESTRA de POBLACIÓN GENERAL (Controles)
¿Ha probado Drogas alguna vez?		62,7%	39,7%
Tipos de Drogas	Éxtasis – Drogas de Síntesis	48,1%	12,5%
	Tranquilizantes y Somníferos sin receta médica	41,2%	15,4%
	Cannabis	88,2%	92,4%
	Inhalables	19,5%	2,2%
	Alucinógenos	39,7%	6,6%
	Anfetaminas, Speed	52,7%	18,5%
	Heroína	25,5%	--
	Cocaína	68,4%	17,8%
Consumo Actual		12%	7,4%
	Tiempo medio de consumo en años (con desviación típica)	12,1±8,3	5,1±2,8
	Edad de inicio de consumo en años (mediana)	17	18
Desintoxicación	Actualmente en Programa de Desintoxicación	38,1%	--
	Mediana del N° veces en Programa de Desintoxicación (de todos los que han probado drogas alguna vez)	2	--

A la pregunta ¿ha probado drogas alguna vez?, más de un 60% de los casos contestaron afirmativamente, por un 40% de la población general. Las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas ($p < 0.001$).

El cannabis fue la sustancia ilícita que más reconocieron haber probado tanto los grupos de riesgo como la muestra de población general. Y en segundo lugar la cocaína, pero con porcentajes cinco veces superiores en los casos. Ninguno de los controles había consumido heroína, frente a una cuarta parte de la muestra de riesgo.

El consumo actual estaba presente en casi el doble de casos que de controles, aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,124$).

El principio del consumo fue similar en ambos grupos, con una mediana de edad de inicio de consumo de 17 años en casos y de 18 en la población general.

La variación se encontró en el tiempo medio de consumo, siendo el doble de tiempo en los grupos de riesgo (12 años) que en los controles (6 años).

Otra gran diferencia fue que más de un tercio de los casos estaban siguiendo un programa de desintoxicación y en la muestra de drogodependientes y alcohólicos, el porcentaje subía a un 75%. La mediana del número de veces que habían estado en un programa de desintoxicación fue de 2. Entre los controles ninguno se encontraba en esta situación.

Según el “Informe Mundial sobre las Drogas 2008”¹ de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), la prevalencia anual de consumo de drogas es de 200 millones de personas (4,8%).

En Europa, según el Informe 2008 del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías², este hábito, aunque sigue siendo alto, parece entrar en una fase más estable. El año pasado cerca de 2 millones de jóvenes europeos probaron las anfetaminas y cerca de 2,5 millones el éxtasis. Estas cifras representan una estabilización en el peor de los casos y quizá una disminución global.

A partir de la publicación de este informe, España se sorprendió con la noticia de que es la nación con mayor consumo de drogas (8.5 por 10 mil habitantes) en

Europa. Si se examina el mismo dato para el caso de Holanda, nación en la que el consumo está permitido, es apenas de 3.0 por 10 mil habitantes. Con esta comparación puede observarse que en Europa los principales problemas de adicción se presentan en países en los que el consumo de drogas está penalizado⁴.

Tabla II. CONSUMO de DROGAS por GRUPOS de RIESGO							
Categorías		D y A	L	P	M	EM	TOTAL
¿Ha probado Drogas alguna vez?		85,6%	59,7%	72%	52,2%	44,4%	62,7%
Tipos de Drogas	Éxtasis – Drogas de Síntesis	60,9%	45,1%	27,8%	50%	33,8%	48,1%
	Tranquilizantes y Somníferos sin receta médica	53,8%	19,7%	38,9%	33,3%	41,3%	41,2%
	Cannabis	94,7%	91,5%	55,6%	83,3%	82,5%	88,2%
	Inhalables	27,8%	9,9%	11,1%	8,3%	17,7%	19,5%
	Alucinógenos	58,8%	23,9%	11,1%	41,7%	28,8%	39,7%
	Anfetaminas, Speed	69,7%	43,7%	16,7%	50%	41,3%	52,7%
	Heroína	45,9%	4,2%	16,7%	16,7%	13,8%	25,5%
	Cocaína	87,9%	62%	38,9%	66,7%	48,8%	68,4%
Consumo Actual		16,5%	2,9%	6,7%	8,3%	14,3%	12%
	Tiempo medio de consumo en años (con desviación típica)	14±8,8	8,7±6,7	13±8,1	18±4,8	7,8±6,2	12,±8,3
	Edad de inicio de consumo en años (mediana)	17	17,5	19,5	18	18	17
Desintoxicación	Actualmente en Programa de Desintoxicación	74,5%	5,6%	11,1%	16,7%	13,8%	38,1%
	Mediana del Nº veces en Programa de Desintoxicación (de todos los que han probado drogas alguna vez)	1,5	1	5	1,5	2,5	2

Al analizar los distintos subgrupos, dejando al margen al colectivo de drogodependientes y alcohólicos, las prostitutas fueron las que más reconocieron haber probado drogas (72%) y los enfermos mentales los que más seguían consumiendo actualmente (14,3%). La sustancia que más tomaban fue el cannabis, superando el 80% en todos los grupos, excepto en prostitutas (55,6%). Los maltratadores fueron los de mayor tiempo (más de 18 años) de consumo. La edad de inicio de consumo fue muy similar en todos los grupos, entre los 17 y 19 años.

Las diferencias obtenidas fueron estadísticamente significativas para probar alguna droga y estar siguiendo un programa de desintoxicación ($p < 0.001$), pero no para consumo actual ($p = 0,092$).

La comorbilidad entre drogas y enfermedad mental es un problema comúnmente descrito en esquizofrénicos. Según Drake (2007), el 50% de estos enfermos abusa de estas sustancias. Las cifras son mucho más altas entre adultos jóvenes, personas sin hogar y pacientes forenses. El alcohol, el cannabis y la cocaína son las sustancias ilícitas más consumidas⁴.

Sterk y Elifson⁵ (1990) realizaron entrevistas con 106 prostitutas y documentaron que las zonas de prostitución y venta de drogas se encontraban juntas, y que el 68% de las mujeres reconocieron tomar cocaína, heroína o la combinación de las dos ("speedball") y el 73,6% tomaba drogas antes de dedicarse a la prostitución. También señalaron que la gran mayoría realizaban ese trabajo para costearse las drogas y que existía una estrecha relación con la violencia y la prostitución.

En países desarrollados como Estados Unidos y Gran Bretaña, se ha encontrado con frecuencia un alto índice de consumo de drogas como el crack y la heroína entre las prostitutas (Green⁶, 1993; Weiner⁷, 1996).

Rodríguez et al (2005)⁸ apuntan en su investigación que el inicio del consumo de drogas por parte de las prostitutas respondía a la necesidad de poder soportar sus largas jornadas de trabajo, de quitarse el temor de entrar al cuarto con un cliente, de olvidarse de lo que su familia podría pensar de ellas, etc. Por otro lado, consumir drogas representa ciertos beneficios ya que las desinhibe, las relaja, les hace olvidar sus problemas aunque sea momentáneamente. Si bien, de entrada, parecería que las prostitutas que toman drogas tienen más problemas, éstos son los mismos que enfrentan las mujeres no adictas. Lo que sí queda claro es que por el consumo se ven involucradas en otras situaciones que las ponen en desventaja respecto a las demás; la diferencia posiblemente está en que la toma de estas sustancias dificulta la manera de enfrentar dichos problemas.

CONCLUSIONES

1. Los individuos de los grupos de riesgo habían probado las drogas en mayor proporción que la muestra de la población general.
2. Las sustancias más consumidas en ambas muestras fueron el cannabis y en segundo lugar la cocaína. Estos resultados coinciden con los encontrados por otros autores.
3. Ninguno de los controles había probado la heroína. Este dato puede estar relacionado con la posible disminución del consumo de esta droga a nivel mundial, europeo, español.
4. No se pudo determinar si el consumo actual de drogas era mayor en los casos que en los controles.
5. La edad de inicio de consumo fue similar en ambas muestras y entre los distintos grupos de riesgo: en torno a los 17 – 18 años.
6. El tiempo medio de consumo de sustancias fue mayor entre los grupos de riesgo.
7. Una proporción importante de los casos se encontraba, en el momento de responder a la encuesta, en un programa de desintoxicación. Sin embargo, ninguno de los individuos de la muestra de la población general estaba en esa situación.
8. En esta tesis, las cifras de consumo de drogas obtenidas en la muestra de población general son más elevadas que las halladas en otras investigaciones. Esta diferencia podría deberse a que entre los controles había mucha gente joven, siendo este colectivo el que presenta los mayores problemas relacionados con este tipo de sustancias.
9. El grupo de riesgo que más había probado las drogas eran las prostitutas. Este estudio destaca, al igual que otros muchos autores, el frecuente problema de estas mujeres con las drogas.
10. No se pudo comprobar que los enfermos mentales fueran la muestra, de entre todos los grupos de riesgo, con mayor consumo actual de sustancias.
11. Los maltratadores resultaron el subgrupo con mayor tiempo de consumo de drogas.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ López-Ibor JJ, Valdés M. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona. Masson; 2002.
- ² ONUDD: World Drug Report, Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena, 2008
- ³ El problema de la Drogodependencia en Europa. Informe Anual 2008. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Luxemburgo, 2008.
- ⁴ Drake RE. Management of substance use disorder in schizophrenia patients: current guidelines. *CNS Spectr* 2007; 10 (17): 27 – 32.
- ⁵ Sterk C, Elifson K. Drug – related violence and street prostitution. *NIDA. Research Monograph* 1990; 103: 208 – 220.
- ⁶ Green S, Goldberg D, Christie PR, Frischer M. Female streetworker prostitutes in Glasgow: A descriptive study of their lifestyle. *AIDS – Care* 1993; 5(3): 321 – 335.
- ⁷ Weiner A. Understanding the social needs of streetwalking prostitutes. *Social Work* 1996; 41(1): 97 – 105.
- ⁸ Rodríguez EM, Gutiérrez R, Vega L. Consumo de drogas en mujeres dedicadas a la prostitución: la Zona de la Merced. *Salud Mental* 2003; 26(5): 73 – 81.

Alcohol

Los criterios internacionales de diagnóstico de *DEPENDENCIA al ALCOHOL* según el DSM – IV TR¹:

Patrón desadaptativo de consumo del alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres o más de los siguientes ítems en algún momento de un período continuado de 12 meses:

- 1) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de alcohol para conseguir el efecto deseado.
 - b. El efecto de las mismas cantidades de alcohol disminuye claramente con su consumo continuado.
- 2) Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. El síndrome de abstinencia característico para el alcohol.
 - b. Se toma alcohol (o una sustancia muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- 3) El alcohol es tomado con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- 4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo del alcohol.
- 5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de alcohol (desplazarse largas distancias...), en el consumo (tomar un trago tras otro...) o en la recuperación de sus efectos.
- 6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas.
- 7) Se continúa tomando alcohol a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de alcohol.

Tabla I. CRIBADO de PROBLEMAS RELACIONADOS con el ALCOHOL

Categorías del Test Cage	GRUPOS de RIESGO (Casos)	MUESTRA de POBLACIÓN GENERAL (Controles)
Sin Problemas	47,8%	59,9%
Indicios de Problemas	16,2%	10,3%
Probable Dependencia Alcohólica	36%	11,9%
Porcentajes de No Respuesta	20,9%	17,8%

El Test de Cage detectó una probable dependencia alcohólica en más de un tercio del total de los individuos de los grupos de riesgo. En los controles fue, tan sólo, de un 12%. Las diferencias encontradas resultaron estadísticamente significativas ($p < 0.001$).

Si se estudia la adicción más que los niveles de consumo, se puede estimar que 23 millones de europeos (5% de los hombres y 1% de las mujeres) sufren una dependencia alcohólica².

En España, en torno a un 10% de la población adulta presenta patrones de consumo abusivo y un 2% de la misma podría cumplir criterios diagnósticos de dependencia alcohólica³.

La discrepancia entre los resultados obtenidos en este estudio y los referidos a Europa y España, se debe a dos motivos fundamentales:

1. Al usar un test de cribado el número de probables positivos siempre es mayor.
2. Prácticamente la mitad de los controles provenían de una zona rural en la que el consumo de alcohol es social, tanto por la edad de los mismos (en torno a los 55 años) como por su educación.

Tabla II. CRIBADO de PROBLEMAS relacionados con el ALCOHOL (Test Cage) por GRUPOS de RIESGO						
Categorías del Test Cage	D y A	L	P	M	EM	TOTAL
Sin Problemas	31,4%	55,5%	20,8%	40%	62,8%	47,8%
Indicio de Problemas	14,1%	22,7%	--	30%	14,1%	16,2%
Probable Dependencia Alcohólica	54,5%	21,8%	79,2%	30%	22,4%	36%

Las prostitutas fueron el colectivo de riesgo donde la prueba de cribado para la detección de problemas relacionados con el alcohol obtuvo resultados más llamativos: prácticamente un 80% de dependencia alcohólica.

Cabría esperar que el subgrupo de drogodependientes y alcohólicos hubiera sido el que obtuviese el mayor porcentaje de dependencia alcohólica. Sin embargo, se sitúan en un segundo lugar tras las prostitutas. Esto se debe a que la muestra estaba formada por un mayor número de adictos a drogas que de alcohólicos, y no todos ellos tenían problemas conjuntos de alcohol con otras sustancias.

Maltratados, ludópatas y enfermos mentales tuvieron los porcentajes menores de dependencia alcohólica. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$) entre los subgrupos.

El abuso de alcohol por parte de las prostitutas es un problema que ha sido puesto de manifiesto por muchos autores^{4,5,6,7}. Asimismo, el consumo de esta sustancia y, en ocasiones, de otras drogas por parte de los clientes, al momento de iniciar el contacto, ha sido señalado como algo muy frecuente^{8,9}.

Parece que las prostitutas que encuentran a sus clientes en clubes o bares manifiestan un consumo más elevado de alcohol¹⁰.

Un resultado interesante es el de Gossop¹¹ (1994), quien encontró en prostitutas londinenses un incremento en la frecuencia y la cantidad de consumo de alcohol cuando se les ofrecía más dinero para que realizaran prácticas de sexo no seguro.

Esta información revela que dentro de la subcultura de la prostitución, el alcohol en grandes cantidades, así como el uso de otras drogas, es una característica constante y necesaria para el desempeño de tal actividad.

Desde una perspectiva psicopatológica, la depresión y el abuso de alcohol están asociados con frecuencia al juego patológico¹². De hecho, la tasa de prevalencia de consumo abusivo de alcohol u otras drogas entre los ludópatas oscila alrededor del 15 – 20%¹³.

En un estudio descriptivo realizado en 308 mujeres de Punta Umbría (Huelva) en 1999, sobre consumo de drogas, depresión y juego patológico; el 16,7% de las

mujeres adultas consideradas como probables jugadoras patológicas, tenían también problemas con el alcohol¹⁴.

A pesar de que el consumo de alcohol por parte del hombre es uno de los factores de riesgo aceptados en la violencia contra las mujeres, las evidencias científicas no son lo suficientemente fuertes¹⁵. La carencia de diseños de mayor poder deductivo, como los estudios de cohorte, y las tendencias de publicación de los estudios positivos son probablemente una de las fuentes principales de heterogeneidad en los resultados¹⁶. Los dos primeros artículos publicados sobre este tema (1996¹⁷ y 1998¹⁸) destacaron una asociación fuerte entre el alcohol y la violencia hacia la pareja. A partir de ese momento, los estudios grandes sugirieron asociaciones débiles comparadas con las encontradas por los estudios más pequeños. Por ejemplo, una de las probabilidades más altas (12,94%) fue obtenida en una de las muestras más reducidas (46 personas).

CONCLUSIONES

1. El Test de Cage para el cribado del alcohol diagnosticó mayor dependencia alcohólica entre los grupos de riesgo que en la muestra de población general.
2. Cuando se utiliza un test de cribado, aumenta el número de falsos positivos; por eso la muestra de población general tenía más problemas relacionados con el alcohol que el porcentaje estimado en distintas investigaciones españolas y europeas.
3. El grupo de riesgo con una probable dependencia alcohólica más acusada fueron las prostitutas. Este estudio destaca, al igual que otros muchos, el frecuente problema de estas mujeres con el alcohol.
4. Los drogodependientes y alcohólicos no fueron los que tuvieron mayores problemas con el alcohol debido a que esta muestra estaba formada en su mayoría por adictos a otras sustancias distintas del alcohol.
5. La prevalencia de consumo abusivo de alcohol, hallada en esta tesis, entre los ludópatas es similar a la obtenida en diferentes trabajos.

BIBLIOGRAFÍA

¹ López-Ibor JJ, Valdés M. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002.

² Andersen P, Baumberg B. El alcohol en Europa. Una perspectiva de salud pública. Reino Unido: Institute of Alcohol Studies 2006.

³ Pérez B. El alcohol como problema de salud pública. La responsabilidad de los poderes públicos. Adicciones 2002; 14 (1): 291-301.

⁴ Feuch T. Prostitutes on crack cocaine: addiction, utility and marketplace economics. Deviant Behaviour 1993; 14(2): 91 – 108.

⁵ Muller RB, Boyle J. You don't ask for trouble: Women who do sex and drugs. Family Community Health 1996; 19(3): 35 – 48.

⁶ De Graaf R, Vanwesenbeeck I, Van – Zessen G, Straver CJ. Alcohol and drug use in heterosexual and homosexual prostitution and its relation to protection behavior. AIDS – Care 1995; 7(1): 35 – 47.

⁷ Plant M, Morgan TR. Alcohol, AIDS risks and comercial sex: some preliminary results from a scottish study. Drug Alcohol Dependence 1990; 25(1): 51 – 55.

⁸ Elwood WN, Williams ML, Bell DC, Richard AJ. Powerlessness and HIV prevention among people who trade sex for drugs. AIDS – Care 1997; 9(3): 273 – 284.

⁹ Kuhns JB, Keide KM, Silverman I. Sustance use / misuse among female prostitutes and female arrestees. J Addict 1992; 27(11): 1283 – 1292.

¹⁰ Rodríguez EM, Gutiérrez R, Vega L. Consumo de drogas en mujeres dedicadas a la prostitución: la Zona de la Merced. Salud Mental 2003; 26(5): 73 – 81.

¹¹ Gossop M, Powis B, Griffiths P, Strang J. Sexual behaviour and its relationship to drug – taking among prostitutes in south London. Adicction 1994; 89(8): 961 – 970.

¹² Echeburúa E. Retos de futuro en el tratamiento del juego patológico. Adicciones 2005; 17(1): 11 – 16.

¹³ Báez C, Echeburúa E, Fernández – Montalvo J. Características demográficas, de personalidad y psicopatológicas de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un estudio descriptivo. Clínica y Salud 1994; 5: 289 – 305.

¹⁴ Arbinaga F. Características sociodemográficas, consumo de drogas, depresión y juego patológico en un grupo de mujeres de Punta Umbría (Huelva): un estudio descriptivo. *Anales de Psicología* 2001; 16(2): 123 – 132.

¹⁵ Gil D, Vives C, Álvarez C, Latour J. Alcohol and intimate partner violence: do we have enough information to act. *Eur J Public Health* 2006; 16(3): 278 – 284.

¹⁶ Jewkes R, Levin J, Pen – Kekana L. Risk factors for domestic violence: findings from a Soth African cross – sectional study. *Soc Sci Med* 2002; 55: 1603 – 17.

¹⁷ Ramanathan S. Violence against women. *Indian Med J.* 1996; 3: 145 – 8.

¹⁸ Kyriacou DN, McCabe F, Angglin D, et al. Emergency department based study of risk factors for acute injury from domestic violence against women. *Ann Emerg Med.* 1998; 31: 502 – 6.

Juego Patológico

Los criterios internacionales de diagnóstico del *JUEGO PATOLÓGICO* según el DSM – IV TR son¹:

A. Conducta de juego perjudicial y recurrente, caracterizada al menos por cinco de los siguientes síntomas:

1. Preocupación frecuente por jugar.
2. Existe la necesidad de aumentar la magnitud o la frecuencia de las apuestas para conseguir la excitación deseada.
3. Intentos repetidos sin éxito para controlar, reducir o parar el juego.
4. Intranquilidad o irritabilidad cuando se intenta reducir o parar el juego.
5. El juego como estrategia para escapar de problemas, o para mitigar un estado de ánimo deprimido o disfórico.
6. Después de perder dinero en el juego, vuelta al día siguiente para intentar recuperarlo.
7. Mentiras a miembros de la familia, terapeutas u otros, para ocultar el grado de importancia del juego.
8. Comisión de actos ilegales como: fraude, falsificación, robo o desfalco, para poder financiar el juego.
9. Arriesgar o perder una relación de importancia, trabajo, u oportunidad escolar o laboral a causa del juego.
10. Engaños repetidos para conseguir dinero con el que mitigar la desesperada situación financiera, en la que se encuentra, debida al juego.

B. La conducta de juego no se encuentra asociada a un episodio maniaco.

Tabla I. CRIBADO de PROBLEMAS RELACIONADOS con el JUEGO (Cuestionario Breve de Juego Patológico) en CASOS/CONTROLES		
Categorías del CBJP	GRUPOS de RIESGO (Casos)	MUESTRA de POBLACIÓN GENERAL (Controles)
Sin Problemas	63,4%	96,2%
Probable Jugador Patológico	36,6%	3,8%

Los casos presentaron 10 veces más riesgo de tener un problema relacionado con el juego que la muestra de población general.

Las diferencias encontradas, en esta investigación, fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

Según Echeburúa y Corral (1994), las adicciones no se limitan exclusivamente a las conductas problemáticas generadas por algunas sustancias químicas, como los opiáceos, los estimulantes, los ansiolíticos, la nicotina o el alcohol.

La presencia incontrolada de máquinas tragaperras en bares y lugares de ocio, junto con la oferta abundante de bingos, casinos y de los juegos más tradicionales (quinielas, loterías, cupones, carreras de caballos, etcétera), ha hecho aumentar considerablemente la ludopatía. La indefensión ante esta avalancha de juegos con apuestas afecta especialmente a los adolescentes y a las personas más vulnerables psicológicamente².

Para Sánchez Hervás (2003), desde que se legalizó el juego en nuestro país ha aumentado la incidencia de un trastorno que la población no identifica como un verdadero problema: “el juego patológico”. Esta falta de concienciación y las dificultades que se presentan en el tratamiento de los jugadores, supone que en la actualidad esta patología pueda considerarse como uno de los problemas de salud emergentes de mayor calado en nuestra sociedad. Prueba de ello es el aumento progresivo de las demandas de tratamiento de este tipo de pacientes³.

Estudios realizados sobre la ludopatía en España, entre 1990 y 2002, en diversas comunidades autónomas y con muestras de tamaños diferentes, mostraron prevalencias que oscilaron entre 1.4% y 1.9%^{4,5,6,7,8}.

A diferencia de otras conductas adictivas, la ludopatía se distribuye por todas las clases sociales y a cualquier edad. No obstante, el inicio de acceso al juego ha descendido en los últimos años. Según Báez, Echeburúa (1995) y Becoña (2001) cada vez son más los adolescentes que buscan tratamiento por problemas relacionados con el juego⁹.

En un trabajo realizado con 616 personas, en Punta Umbría (Huelva), sobre consumo de drogas, depresión y ludopatía, se obtuvieron los siguientes resultados: de las 308 mujeres, un 3,6% tenían problemas leves y un 2,6% podrían ser consideradas

jugadoras patológicas; mientras que de los 308 hombres, 9,1% tenían problemas leves y un 5,2% se catalogaron como jugadores patológicos¹⁰.

En otros estudios realizados fuera de nuestras fronteras, también se destaca la importancia de este problema: la prevalencia de la Ludopatía en Australia es comparable a la Diabetes tipo 2 y superior a la de la patología coronaria¹¹.

Tabla II. CRIBADO de PROBLEMAS RELACIONADOS con el JUEGO (Cuestionario Breve de Juego Patológico) por GRUPOS de RIESGO						
Categorías del CBJP	D y A	L	P	M	EM	TOTAL
Sin Problemas	81,3%	5,8%	59,1%	90,5%	86,3%	63,4%
Probable Jugador Patológico	18,7%	94,2%	40,9%	9,5%	13,7%	36,6%

Sin tener en cuenta a los ludópatas, las prostitutas fue el grupo con mayor porcentaje de probables jugadoras patológicas, mientras que los maltratadores fueron el que menos.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos de riesgo ($p < 0,001$).

El centro de Enfermedades de Transmisión Sexual "Sandoval" en Madrid realizó un estudio para conocer la prevalencia de infección por el VIH y conductas de riesgo en las pacientes atendidas entre 1986 y 2000. En esta muestra se incluía a mujeres que ejercen la prostitución. En cuanto a las adicciones de estas mujeres, hay que destacar los casos de ludopatía: algunas de ellas, después de haberse gastado el escaso dinero de la compra en las máquinas, recurren a la prostitución en zonas céntricas para poder hacer la compra, por supuesto a espaldas de su marido y familia, ocultando de este modo la ludopatía que padecen¹².

CONCLUSIONES

1. Se comprobó que la prevalencia de problemas relacionados con el juego fue superior en los grupos de riesgo que en población general.
2. El CBJP detectó prevalencias de juego patológico en población general ligeramente superiores a las encontradas en otros estudios. La explicación puede ser que al utilizar como herramienta un test de cribado resulta muy sensible. Además, como ya indican algunos autores, la ludopatía es una patología emergente que va en aumento, con una demanda de asistencia cada vez mayor.
3. El grupo de riesgo que presentó más problemas relacionados con el juego fue la muestra de las prostitutas.
4. La relación entre la ludopatía y la prostitución se ha puesto de manifiesto en diferentes trabajos.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ López-Ibor JJ, Valdés M. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002.
- ² Báez C, Echeburúa E, Fernández-Montalvo J. Características demográficas, de personalidad y psicopatológicas de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un estudio descriptivo. *Clínica y Salud* 1994; 5: 289-305.
- ³ Sánchez E. Juego Patológico: Un Trastorno Emergente. *Trastornos Adictivos* 2003;5(2):75-87.
- ⁴ Becoña, E. La prevalencia del juego patológico en Galicia (España). Santiago de Compostela: Consejería de Sanidad de la Junta de Galicia y Universidad de Santiago de Compostela. 1991.
- ⁵ Legarda J, Babio R, Abreu J.M.. Prevalence estimates of pathological gambling in Seville (Spain). *British Journal of Addiction* 1992; 87: 767-770.
- ⁶ Cayuela, R. Characteristics and situation of gambling addiction in Spain: Epidemiological and clinical aspects. Informe presentado al Eight International Conference on Risk and Gambling. Londres. 1990.
- ⁷ Tejeiro R. El juego de azar en Algeciras (España): Características sociodemográficas. *Revista española de drogodependencias* 1998; 23(1):53-74.

⁸ Salinas JM, Roa JM. El screening de la adicción al juego mediante internet. *Adicciones* 2002; 14(3): 303-312.

⁹ Báez C, Echeburúa, E. El control de estímulos y la exposición con prevención de respuesta como tratamiento psicológico de la ludopatía en un adolescente. *Análisis y Modificación de Conducta* 1995; 21:125-145.

¹⁰ Arbinaga F. Características sociodemográficas, consumo de drogas, depresión y juego patológico en un grupo de mujeres de Punta Umbría (Huelva): Un estudio descriptivo. *Anales de Psicología* 2001; 16(2):123-132.

¹¹ Australian Institute of Health and Welfare. *Australia's health 2006*. Canberra: AIHW, 2006. (AIHW Cat. No. AUS 73.)

¹² Junco C. Prostitución de la calle y precariedad. *Materiales de Reflexión* 2003; 6:1-17. Accesible electrónicamente. Disponible en: http://www.cgt.org.es/IMG/pdf/MR_06_Prostitucion.pdf

Historial de Abusos

En el DSM – IV TR¹, el apartado de los problemas relacionados con el abuso o la negligencia (*ABUSOS FÍSICOS O SEXUALES*) incluye categorías que deben utilizarse cuando el objeto de atención clínica es un maltrato grave de una persona por otra utilizando el abuso físico, el abuso sexual o la negligencia:

- Abuso físico del niño: el objeto de atención clínica es el abuso físico de un niño.
- Abuso sexual del niño: el objeto de atención clínica es el abuso sexual de un niño.
- Negligencia de la infancia: el objeto de atención clínica es el descuido de un niño.
- Abuso físico del adulto: el objeto de atención clínica es el abuso físico de un adulto (p. ej., dar una paliza al cónyuge, abusar de un progenitor anciano).
- Abuso sexual del adulto: el objeto de atención clínica es el abuso sexual de un adulto (p. ej., coacción sexual, violación).

Tabla I. HISTORIAL de ABUSOS en CASOS/CONTROLES			
Categorías		GRUPOS de RIESGO (Casos)	MUESTRA de POBLACIÓN GENERAL (Controles)
Algún tipo de Abuso		60%	32,5%
Tipos de Abuso	Abuso Físico	20,7%	17,6%
	Abuso Psíquico	58,3%	94,7%
	Abuso Sexual	14,3%	12,3%
Personas que han ejercido el Abuso	Padre	17,1%	13%
	Madre	12,6%	6,1%
	Hermano/a	14,6%	12,2%
	Pareja	22,8%	16%
	Hijo/s	0,7%	0,8%
	Amigos íntimos	16,7%	7,6%
	Vecinos	8,1%	2,3%
	Compañeros de trabajo	22,3%	17,6%
	Otro familiar	11,7%	6,1%
Otras personas	49,8%	45%	
Frecuencia de Abuso Físico (pegar) en la Infancia	Nunca	22,8%	26,4%
	En muy pocas ocasiones	52,5%	62,4%
	Una vez al mes	5,2%	4,9%
	Una vez por semana	9,4%	4,2%
	Casi todos los días	10%	2,1%
Con qué le pegaban	Mano	54,8%	71,8%
	Zapatilla	13,7%	13,4%
	Vara o Correa	9,3%	2,6%
	Cualquier objeto duro	1,9%	0,6%
	Más de una	21,3%	11,6%

EL 18,4% DE LOS CONTROLES NO RESPONDIÓ A LA PREGUNTA "ALGÚN TIPO DE ABUSO"

Los casos habían sufrido algún tipo de abuso el doble de veces que los individuos de la población general, resultando las diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

Aunque el tipo de abuso más frecuente fue el psíquico, especialmente en los controles; en ambos grupos se daban las tres formas de maltrato. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas para el físico ($p < 0,001$) y el sexual ($p < 0,01$), pero no para el abuso psíquico ($p = 0,628$).

Casi la mitad de los encuestados contestaron que el maltratador era “otra persona”, quizá por no atreverse a reconocer al agresor. En segundo lugar, ambos grupos, señalaron a la “pareja” y a sus “compañeros de trabajo”.

Respecto a la frecuencia del abuso, la mayoría contestó “en muy pocas ocasiones”, aunque casi un 20% de los casos sufrían abuso con gran frecuencia (una vez por semana o todos los días), frente a un 6% de los controles.

El objeto más frecuente con el que les pegaban era con la mano, seguido por las respuestas “más de una cosa” y “zapatilla”.

El estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2005 sobre los factores que influían en la violencia ejercida sobre las mujeres, indicó que el porcentaje de éstas que habían sufrido violencia física a manos de sus parejas oscilaba entre el 13% en Japón y el 61% en Perú. Aunque los actos de violencia sexual fueron mucho menos frecuentes en la mayoría de los entornos, destacaron en Bangladesh, Etiopía y Tailandia².

Los niveles de violencia infligida por la pareja fueron siempre más elevados en el medio rural que en el urbano. El maltrato más común era una bofetada propinada por su pareja, oscilando entre el 9% en Japón y el 52% en Perú. Seguidamente se encontraba que entre el 10% y el 20% de las mujeres había recibido puñetazos de sus parejas. El porcentaje de víctimas de abusos sexuales por parte de su compañero íntimo se situaba entre el 10% y el 50% en la mayoría de los entornos².

Los hombres que infligen maltratos psíquicos a sus parejas también registran un porcentaje más elevado de comportamiento dominante que los que no lo hacen^{3,4}.

En el estudio de la OMS (2005) este tipo de comportamiento sobre la pareja incluía: impedirle ver a sus amigas, limitar el contacto con su familia, insistir en saber

dónde estaba en todo momento, ignorarla o tratarla con indiferencia, enfadarse con ella si hablaba con otros hombres, acusarla constantemente de serle infiel, controlar su acceso a la atención para la salud. La violencia física y sexual suelen ir acompañadas de un comportamiento más dominante de la pareja. El porcentaje de mujeres que declararon haber sufrido este maltrato variaba entre un 21% en Japón y un 90% en Tanzania. Esta situación sugiere que existen numerosas diferencias en cuanto a que dicho comportamiento se considere aceptable en las distintas culturas¹.

Etiopía tenía un alto índice de maltrato físico o sexual ejercido por alguien distinto de la pareja. Entre los autores del maltrato físico destacan los padres y otros miembros de la familia, aunque en algunos entornos (Bangladesh, Namibia, Samoa y la República Unida de Tanzania) también fueron mencionados los profesores¹.

En nuestro país, según estimaciones del Ministerio del Interior (Cerezo, 2000), un tercio de los homicidios cometidos anualmente tienen como víctima y victimario a miembros de una misma familia y alrededor de una cuarta parte de las denuncias de delitos y faltas de lesiones presentadas en comisaría se producen en el ámbito familiar. A las considerables estimaciones oficiales, habría que añadir los casos no denunciados de violencia física o psicológica que ocurren dentro del contexto familiar (la llamada cifra negra) y, por tanto, ocultos a las estadísticas⁵.

En un estudio retrospectivo, basado en los datos anuales entre 1999 y 2006 de muertes a manos de su pareja que aparecen en la página web del Instituto de la Mujer⁶, el riesgo de morir de una mujer extranjera era de 5,3 veces mayor que el de una española⁷.

Las estadísticas oficiales, a menudo, revelan poco sobre las características de maltrato a menores. En una encuesta efectuada en 1995 en los Estados Unidos se preguntó a los padres cómo castigaban a sus hijos. Se obtuvo una tasa de maltrato físico (incluía golpear con un objeto en un lugar distinto de las nalgas, darle patadas, vapulearlo o amenazarlo con un cuchillo o con un arma de fuego) de 4,9%⁸.

Según el “Departamento de Salud y Servicios Humanos” de los Estados Unidos cada año, 3 millones de niños acuden a asociaciones locales de protección infantil como posibles víctimas de abuso sexual, físico o emocional. Un 25% de estos niños ha sufrido abuso físico. Las investigaciones existentes indican que en muchos otros países las tasas pueden incluso ser superiores⁹.

En la Tesis Doctoral, por detrás de “otras personas” y la “pareja”, los “compañeros de trabajo” eran los individuos que ejercían el abuso tanto en los casos como en la población general.

En el ámbito laboral, el mobbing es el maltrato verbal y modal que recibe un trabajador por parte de otro/s, que se comportan con él cruelmente con vistas a lograr su destrucción psicológica y a obtener su salida de la organización a través de diferentes procedimientos. En España, el informe de 2003 de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Trabajo estimaba que en torno a 800.000 personas sufrían acoso psicológico en el empleo que desarrollaban en esos momentos¹⁰.

Los responsables del acoso suelen ser, mayoritariamente, los jefes. Los datos de la encuesta de la Universidad de Alcalá señalan al jefe en el 46% de los casos y a los propios compañeros en el 44%¹¹.

Tabla II. HISTORIAL de ABUSOS por GRUPOS de RIESGO							
Categorías		D y A	L	P	M	EM	TOTAL
Algún tipo de Abuso		56,2%	55,8%	88%	45,5%	64,2%	60%
Tipos de Abuso	Abuso Físico	21,6%	10%	76%	--	22,2%	20,7%
	Abuso Psíquico	54,9%	55,8%	92%	45,5%	59,9%	58,3%
	Abuso Sexual	8,5%	5,8%	52%	4,5%	21,6%	14,3%
Personas que han ejercido el Abuso	Padre	20%	26,2%	13,3%	28,6%	10,1%	17,1%
	Madre	13,3%	14,8%	6,7%	--	11,2%	12,6%
	Hermano/a	13,3%	18%	6,7%	14,3%	11,2%	14,6%
	Pareja	13,3%	19,4%	26,7%	50%	14,6%	22,8%
	Hijo/s	--	--	--	--	--	--
	Amigos íntimos	26,7%	14,8%	46,7%	28,6%	7,9%	16,7%
	Vecinos	6,7%	3,3%	20%	14,3%	10,1%	8,1%
	Compañeros de trabajo	26,7%	19,7%	20%	28,6%	21,3%	22,3%
	Otro familiar	6,7%	9,8%	26,7%	28,6%	12,4%	11,7%
Otras personas	40%	41,8%	40%	33,3%	50,6%	49,8%	
Frecuencia de Abuso Físico (pegar) en la Infancia	Nunca	21,5%	26,1%	20%	4,3%	24,7%	22,8%
	En muy pocas ocasiones	55%	56,3%	40%	69,6%	46,9%	52,5%
	Una vez al mes	4,7%	4,2%	--	8,7%	6,8%	5,2%
	Una vez por semana	9,4%	7,6%	--	17,4%	11,1%	9,4%
	Casi todos los días	9,4%	5,9%	40%	--	10,5%	10%
Con qué le pegaban	Mano	47,9%	61,4%	35%	54,5%	60,2%	54,8%
	Zapatilla	12,8%	13,6%	10%	18,2%	14,4%	13,7%
	Vara o Correa	13,7%	2,3%	30%	9,1%	6,8%	9,3%
	Cualquier objeto duro	2,6%	1,1%	5%	--	1,7%	1,9%
	Más de una	23,1%	21,6%	20%	18,2%	16,9%	21,3%

NO contestan a la pregunta: ¿QUE PERSONAS HAN EJERCIDO EL ABUSO?		
MALTRATADORES	ENFERMOS MENTALES	TOTAL
20%	14,4%	14,9%

Un 60% del total de los grupos de riesgo había sufrido algún tipo de abuso. Las prostitutas (88%) y los enfermos mentales (64%) fueron las muestras con mayor porcentaje. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos subgrupos ($p=0,001$).

Las prostitutas eran las que más maltrato, de los 3 tipos, habían sufrido: un 92% de tipo psíquico, un 76% de tipo físico y un 52% agresión sexual. El segundo grupo con más abusos fueron los enfermos mentales. Las diferencias encontradas para los tres tipos de maltrato, entre los distintos subgrupos, fueron estadísticamente significativas ($p<0,001$).

Las personas que habían ejercido el abuso eran, por este orden: "otras", "compañeros de trabajo", "pareja" y "padre".

Probablemente, que la contestación mayoritaria a la pregunta ¿quién ejercía el abuso? fuera “otras personas” se deba a que no querían reconocer de quién se trataba.

Respecto a la frecuencia del abuso, más de la mitad de la muestra respondió que le pegaban “en muy pocas ocasiones”. Sin embargo, a un 40% de las prostitutas les pegaban “casi todos los días”. Aunque las diferencias encontradas entre los distintos subgrupos no fueron estadísticamente significativas ($p = 0,207$).

A más de la mitad de los casos les pegaban con la “mano” y a un 23% de los drogodependientes y alcohólicos con “más de un objeto”.

Un estudio realizado por el Instituto de la Mujer, entre los años 2003 - 2007 sobre los aspectos psicosociales y salud mental en la prostitución femenina, destacó que el 17% de estas mujeres había sufrido abuso sexual a edades tempranas y el 57% malos tratos por parte de los clientes, las amigas/os o el novio. Además, si nos centramos en la relación con los clientes, un 32% de las mujeres habían tenido problemas (golpes, robos, negarse a pagar, insultos o ser amenazada con un perro o arrastrada por un coche) con ellos en el último mes¹².

Se realizó un trabajo en 3 ciudades (Glasgow, Edimburgo y Leeds) del Reino Unido sobre 240 prostitutas, de las que 115 trabajaban en la calle y 125 en casas o en saunas. La edad media era 27 años y el tiempo que llevaban ejerciendo de 5 años. Se encontró que un 63% había sufrido violencia, en algún momento, por parte de los clientes y el 37% en el último medio año. Las mujeres que trabajaban en la calle, en un 47% recibieron bofetadas, patadas o puñetazos, en un 37% sufrieron robos y un 28% intento de violación. Mientras que el porcentaje bajó en las que lo realizaban en casas o en saunas (17% de intento de violación)¹³.

Muchos padres descuidados con la crianza de los hijos han nacido en familias deficitarias que no les han transmitido estos valores. Algunos de ellos son además adictos a drogas o alcohol. Se considera que ocurre un trato negligente grave en el 28% de las familias con padre alcohólico y en el 32% si éste es adicto a drogas¹⁴.

El consumo de alcohol y drogas es motivo de mayor vulnerabilidad ante la violencia física, emocional o sexual. A su vez, estas sustancias se relacionan con el hecho de haber sido maltratado en la infancia⁸.

Es común que las mujeres, de todo el mundo, que han sido víctimas de violencia infligida por su pareja tengan problemas de salud mental, angustia emocional y comportamientos suicidas¹⁵. En el Estudio de la OMS se identificó este problema, mediante síntomas como el llanto fácil, la incapacidad para disfrutar de la vida, la fatiga y los pensamientos suicidas, durante las cuatro semanas anteriores a la entrevista. En todos los entornos estudiados, las mujeres que habían tenido pareja alguna vez y que habían sufrido violencia física o sexual, o ambas, por parte de su compañero registraban unos niveles considerablemente más altos de angustia en comparación con aquellas que no lo habían sido. Asimismo, las mujeres maltratadas, pensaron en suicidarse alguna vez en comparación con las que no habían sufrido abusos. Estos datos coinciden con los de otros estudios realizados en países en desarrollo e industrializados².

CONCLUSIONES

1. Los casos habían sufrido más abusos de tipo físico y sexual que la muestra de población general.
2. No se pudo comprobar que el abuso psíquico fuera superior en los controles.
3. Un porcentaje considerable de casos sufría abuso muy a menudo: “una vez por semana” o “casi todos los días”.
4. La mitad de la muestra no reconocía quien había sido el agresor. En las respuestas se apuntaba hacia la pareja y los compañeros de trabajo.
5. La mayoría de las ocasiones les pegaban con la “mano” o con la “zapatilla”.
6. Los datos sobre maltrato infantil hallados en los grupos de riesgo son similares a los encontrados en otras investigaciones.
7. Coincidiendo con otros estudios, el acto de violencia de género más frecuente fue una bofetada propinada por su pareja.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ López-Ibor JJ, Valdés M. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona. Masson; 2002.
- ² Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Ginebra. Organización Mundial de la Salud 2005. Disponible en: www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf.
- ³ Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. *Ending violence against women*. Baltimore. Johns Hopkins University Press, 1999.
- ⁴ Johnson M. Conflict and control: images of symmetry and asymmetry in domestic violence. In: Booth A, Crouter A, Clements M, eds. *Couples in conflict*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 2000.
- ⁵ Patró R, Limiñana R. Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de psicología* 2005, 21(1): 11-17.
- ⁶ Instituto de la mujer. Estadísticas sobre muertes de mujeres causadas por VCI. Informe Estadístico [citado 21 Abr 2007]. Disponible en: <http://www.mtas.es/mujer>.
- ⁷ Vives C, Álvarez C, Torrubiano J, Gil D. Mortalidad por violencia del compañero íntimo en mujeres extranjeras residentes en España (1999-2006).
Disponible en: www.external.doyma.es/pdf/138/138v22n03a13123969pdf001.pdf
- ⁸ Straus MA et al. Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactisc Scales: development and psychometric data for a national sample of Americans parents. *Child Abuse and Neglect*, 1998, 22:249-270.
- ⁹ Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington, D.C., Organización Paramericana de la Salud. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003.
- ¹⁰ Viana A, Gil M.V. Mobbing: psicoterror laboral o acoso en el trabajo. *Semergen* 2003; 29 (9) 471-84.
- ¹¹ Piñuel I. Mobbing: cómo sobrevivir al acoso psicológico en el Trabajo. Maliaño (Cantabria). Editorial Sal. Térrea. 2001.
- ¹² Villarroya E. Aspectos psicosociales y salud mental en la prostitucion femenina: emigración y prostitucion. 2003-2007. Instituto de la Mujer.
Disponible en www.migualdad.es/MUJER/mujeres/estud_inves/2007/resumen%20web696.pdf
- ¹³ Barnard M, Hart G, Church S. Client Violence Against Prostitute Women Working From Street and Off-Street Locations: A Three City Comparison. Violence Research Programme, Royal Holloway, University of London. Disponible en www.fawcettsociety.org.uk/documents/Prostitution%20Factsheet%201.9.07.pdf

¹⁴ Díaz JA, Casado J, García E, Ruíz MA, Esteban J. Atención al maltrato infantil desde salud mental. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Servicios Sociales. 2001.

¹⁵ Krug EG et al. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Organización Mundial de la Salud: Ginebra; 2002.

Comportamientos Agresivos

contra la PAREJA

En la declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres, se define la *VIOLENCIA DE GÉNERO*¹ como:

“Todo acto de violencia basada en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como la amenaza de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada”.

Tabla I. COMPORTAMIENTOS AGRESIVOS contra la PAREJA			
Categorías		GRUPOS de RIESGO (Casos)	MUESTRA de POBLACIÓN GENERAL (Controles)
Gritar con Rabia	A menudo	13,4%	3,8%
	A veces	16%	9,5%
	Rara vez	19,8%	31%
	Nunca	50,8%	55,8%
Dar una Bofetada	A menudo	1,1%	0,2%
	A veces	3%	0,2%
	Rara vez	10,6%	2,4%
	Nunca	85,3%	37,1%
Pegar con un Objeto	A menudo	0,4%	--
	A veces	1,1%	--
	Rara vez	2,6%	0,4%
	Nunca	95,8%	99,6%

Los grupos de riesgo habían tenido más comportamientos agresivos contra la pareja que los controles. Los cifras fueron mayores en la pregunta gritar con rabia.

Las diferencias encontradas en ambos grupos, para las 3 preguntas fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

El Estudio Multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y Violencia Doméstica refiere² la revisión de estudios realizados antes del año 1999 en 35 países: Destaca que entre el 10% y el 52% de las mujeres habían sufrido maltrato físico por parte de su pareja en algún momento de su vida, y el porcentaje de mujeres que declaró haber sido objeto de abusos sexuales, siendo niñas o adultas, osciló entre el 10% y el 27%.

Ehrensaft, Cohen, Brown, Smailes, Chen y Johnson (2003) indican que en los niños expuestos a violencia familiar existen efectos a largo plazo. Estas situaciones

constituyen un modelo de aprendizaje de conductas violentas dentro del hogar, algo que junto a factores como los estilos de crianza punitivos, el abuso de sustancias y la presencia de trastornos de conducta en la adolescencia, aumentan el riesgo de ejercer violencia contra la pareja en la edad adulta. Los investigadores realizaron un estudio longitudinal de 20 años en una muestra de 543 niños, concluyendo que entre los predictores de riesgo de ejercer violencia contra sus parejas se encontraban, en primer lugar, los trastornos de conducta, seguidos por la exposición a la violencia doméstica entre los padres y los sistemas de castigo basados en el poder³.

En los países en los que se ha estudiado, los resultados indican que entre el 16% y el 52% de las mujeres han sido agredidas por un compañero íntimo. Los ataques físicos de la pareja pueden incluir la violencia sexual. En muchas sociedades, la mujer no define el coito forzado como violación si está casada o vive con el agresor. Aunque algunos países ya han reconocido esta agresión en el matrimonio como delito penal, otros siguen aduciendo que el esposo tiene el derecho legal de acceso sexual ilimitado a su esposa. Las encuestas de varios países indican que del 10 al 15% de las mujeres informan que sus parejas les obligan a tener relaciones sexuales y las cifras son más altas entre las que sufren maltrato físico en su relación².

Los niños que crecen en hogares violentos aprenden e interiorizan una serie de creencias sobre las relaciones con los demás y, especialmente, en las relaciones familiares y sobre la legitimidad del uso de la violencia para la resolución de conflictos, fruto de la interacción tanto de factores culturales y sociales (socialización diferencial de género y aceptación social del uso de la violencia) como situacionales (historia de violencia intrafamiliar)⁴.

Tabla II. COMPORTAMIENTOS AGRESIVOS contra la PAREJA por GRUPOS de RIESGO							
Categorías		D y A	L	P	M	EM	TOTAL
Gritar con Rabia	A menudo	9,9%	17,2%	25%	22,2%	12,1%	13,4%
	A veces	17,1%	10,9%	25%	33,3%	15,2%	16%
	Rara vez	25,2%	17,2%	8,3%	22,2%	15,2%	19,8%
	Nunca	47,7%	54,7%	41,7%	22,2%	57,6%	50,8%
Dar una Bofetada	A menudo	--	--	25%	--	--	1,1%
	A veces	3,6%	--	16,7%	9,1%	1,5%	3%
	Rara vez	9,9%	--	16,7%	36,4%	16,4%	10,6%
	Nunca	86,5%	100%	41,7%	54,5%	82,1%	85,3%
Pegar con un Objeto	A menudo	--	--	8,3%	--	--	0,4%
	A veces	--	--	25%	--	--	1,1%
	Rara vez	3,6%	--	8,3%	--	3%	2,6%
	Nunca	96,4%	100%	58,3%	100%	97%	95,8%

Porcentaje de NO respuesta en "Gritar con rabia"					
D y A	L	P	M	EM	TOTAL
19%	-----	33,3%	25%	17,5%	17,6%

Porcentaje de NO respuesta en "Dar una Bofetada"					
D y A	L	P	M	EM	TOTAL
19%	-----	33,3%	-----	16,3%	16,7%

Porcentaje de NO respuesta en "Pegar con un Objeto"					
D y A	L	P	M	EM	TOTAL
19%	-----	33,3%	-----	16,3%	16,7%

Al estratificar por grupos de riesgo, los comportamientos agresivos frente a la pareja se dieron más entre las prostitutas y los maltratadores. En el caso de estos últimos, estos actos son habituales. La explicación de que las prostitutas fueran violentas con su pareja, obedece muy probablemente a que lo hicieran para defenderse y como respuesta al maltrato que intentaban ejercer sobre ellas.

Estos datos se deben interpretar con cautela, ya que las prostitutas y los maltratadores fueron los grupos con muestras más pequeñas y con menor tasa de respuesta.

Las diferencias encontradas entre los grupos de riesgo, fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$) para dar una bofetada y pegar con un objeto, pero no para gritar con rabia ($p = 0,428$).

Matud et al (2002) analizaron las características de 233 hombres que maltrataban a sus parejas. El 60% abusaba del alcohol a diario y el 33% consumía drogas. El tipo más frecuente de maltrato es el físico y el psicológico. En un 67% de los casos, estas conductas comenzaron antes de que los maltratadores cumplieran 30 años. En el 44,5% la violencia se restringía a la pareja, en el 30% era generalizada y en el 25% también agredían a conocidos o familiares. En los que agredían específicamente a su pareja, el maltrato se incrementaba a medida que aumentaban los años de relación. Los que comenzaron la agresión más jóvenes, las maltrataban psicológicamente de forma más intensa⁵.

La "violencia ejercida contra las mujeres por su pareja o ex-pareja" es una de las formas más comunes de violencia contra las mujeres e incluye las agresiones físicas, el maltrato psíquico, las relaciones sexuales forzadas y diversos comportamientos dominantes (el aislamiento del entorno social, la vigilancia o la restricción en el acceso a la información, la asistencia o los recursos económicos) infligidos por el marido o pareja masculina sobre la mujer⁶.

En la revisión que hace la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV, APA 1995) de la definición del "síndrome de estrés post-traumático", reconocen que los trastornos psicológicos que pueden presentar las mujeres que han padecido malos tratos por parte de su pareja o ex-pareja son básicamente consecuencia de la situación vivida⁷.

Tras revisar la literatura que compara maltratadores y no maltratadores puede afirmarse que existen diferencias entre ellos: los agresores presentan trastornos de personalidad y otras alteraciones psicopatológicas y abusan de alcohol y/o drogas en mayor medida que los no maltratadores. Sin embargo, los resultados obtenidos también indican que la magnitud de las diferencias observadas es limitada, siendo esas diferencias pequeñas o medias para la mayoría de las variables estudiadas⁸.

Autores como Tolman y Bennett (1990) sugieren que los maltratadores con problemas psicológicos suelen formar parte de las muestras estudiadas y los

trastornos que presentan son, en ocasiones, reactivos a sus propios problemas (separaciones, conflictos legales, etc.). Es decir, según este argumento los maltratadores con trastornos mentales estarían sobrerrepresentados en los estudios al ser más accesibles y estar en un momento de mayor susceptibilidad a la presencia de ciertos trastornos⁹.

Echeburúa, Fernández-Montalvo (1998) afirman que, según los resultados de algunos trabajos, es probable que se estén magnificando los trastornos de personalidad en los maltratadores y se estén tomado ciertos rasgos de personalidad (el pobre control de los impulsos, temperamento explosivo, la no conciencia de problema, expectativas irreales sobre las consecuencias de sus actos, etc.) como indicadores de personalidad antisocial, cuando podrían ser más bien rasgos de personalidad acentuados¹⁰.

Los distintos estudios epidemiológicos proporcionan evidencia indirecta de que el maltrato no va indefectiblemente ligado al trastorno mental. Así, se sabe que entre un 0.5% y un 3% de la población general presenta trastornos de personalidad y entre un 5% y un 12% de la población general masculina presenta depresión (APA, 1995)⁶; y que entre un 20% y un 50% de mujeres de la población mundial son maltratadas por sus maridos o exmaridos (Heyzer, 2000)¹¹.

Para Heise & García-Moreno (2003), el alcohol o las drogas no siempre tienen efectos directos sobre la probabilidad de maltratar, pero pueden interactuar o potenciar otros factores de riesgo. Además, su posible efecto desinhibidor podría estar modulado por factores cognitivos o culturales⁴.

Algunos estudios internacionales han estimado que entre el 11% y el 13% de las parejas experimentan alguna forma de violencia física¹². En España, unas 17.000 mujeres denuncian anualmente malos tratos. Se considera que el índice de denuncia está entre el 5% y el 10% de los casos. Así podría estimarse la existencia de unos 200.000 casos anuales de maltratos en la pareja en nuestro país¹³.

Las víctimas de malos tratos se concentran en el grupo de edad de 31 a 50 años¹⁴. En un estudio de Pont y Parès (1995) sobre 460 casos de maltrato, la edad media de las víctimas era 34 años. Éstas suelen tener un nivel cultural bajo y laboral precario. Los agresores suelen ser sus cónyuges. La violencia suele precipitarse al inicio de la convivencia matrimonial o de pareja y en algunas ocasiones durante el noviazgo¹⁵.

Con el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados con la violencia, la Organización Panamericana de la Salud emprendió el proyecto ACTIVA¹⁶. Era un estudio comparativo de las normas culturales y las actitudes asociadas con comportamientos agresivos hacia los niños, el cónyuge y personas ajenas a la familia, en diferentes ciudades de la Región de las Américas y España.

La forma más endémica de la violencia contra las mujeres es el abuso por parte de sus parejas. Este tipo de violencia es una parte integrante de casi todas las culturas. Un examen de 35 estudios sobre la prevalencia en los países industrializados y en desarrollo mostró que entre 25-50% de las mujeres habían recibido abuso físico por parte de su compañero sentimental.

El proyecto ACTIVA realizó, mediante un diseño transversal, una encuesta sobre una muestra de la población entre 18 y 70 años de edad, que vivían en ocho zonas metropolitanas de América Latina y España: Río de Janeiro y Salvador de Bahía (Brasil), Santiago (Chile), Cali (Colombia), San José (Costa Rica), Madrid (España), San Salvador (El Salvador) y Caracas (Venezuela). Entre septiembre de 1996 y marzo de 1997, se seleccionó una muestra representativa por estrato socioeconómico en cada ciudad. El tamaño de la muestra se calculó en 1200 individuos por ciudad. Se recopilaron los datos administrando un cuestionario común a una muestra de 10.821 personas, entre las ocho ciudades.

Los principales resultados fueron: un 6,5% de los hombres y un 2,8% de las mujeres golpearon a una persona ajena a la familia durante el año previo al estudio.

Las prevalencias más altas se encontraron en Caracas, Cali y Salvador de Bahía. Un 3,8% de la muestra abofeteó y el 2,4% golpearon al cónyuge con un objeto durante el año previo al estudio. La prevalencia del maltrato de cónyuges fue más alta en Cali y Salvador de Bahía. La prevalencia del castigo corporal para disciplinar a los niños fue alta. Un 15% de los hombres habían dado bofetada/s a los niños y un 6% habían golpeado a su/s hijo/s con un objeto durante el mes previo a la encuesta. Un 24% de las mujeres habían abofeteado a un niño y un 11% le había golpeado con un objeto durante el mes previo a la encuesta. Sólo en Salvador de Bahía y Madrid, no se observó ninguna diferencia significativa en el castigo corporal según el género. En las otras ciudades, las mujeres utilizaban el castigo corporal en sus hijos más que los hombres. La agresión física contra el cónyuge y hacia los hijos fue más común entre los adultos jóvenes que entre los mayores. La prevalencia de la violencia varió enormemente entre las distintas ciudades, resultando más alta en Cali, Salvador de Bahía y San Salvador, y fue más baja en Madrid, Santiago, San José y Río de Janeiro. De especial inquietud resultó la alta prevalencia del castigo corporal hacia los menores, especialmente en los niños golpeados con algún objeto. Estas cifras fueron más altas en las mismas ciudades (Salvador de Bahía, San Salvador y Caracas) con elevada violencia contra las personas ajenas a la familia y altas tasas de homicidio. La violencia contra los niños fue sumamente común entre las mujeres jóvenes con bajo nivel educativo, que piensan que el castigo corporal es una forma de disciplina para los niños. El maltrato contra los pequeños perpetúa el ciclo de la violencia y puede aumentar el comportamiento antisocial, mientras que la reducción de este castigo hacia los menores puede ser un punto inicial importante para la prevención de la violencia futura¹⁵.

Los resultados obtenidos en la tesis doctoral son inferiores a las cifras de estos estudios, quizá porque los participantes buscaron una respuesta social. No obstante las cifras obtenidas en el Proyecto Activa también fueron bajas para Madrid.

CONCLUSIONES

1. Se comprobó que los grupos de riesgo habían tenido más comportamientos agresivos contra la pareja que los controles.
2. La opción que más reconocían fue “gritar con rabia”. Quizá porque era una respuesta más social, o no tan mal vista como “dar una bofetada” o “pegar con un objeto”.
3. Según la OMS, existen muchas mujeres que sufren malos tratos por parte de su pareja.
4. La mayoría de los autores destacan que los niños que viven en ambientes violentos, interiorizan estos comportamientos como una forma de vida.
5. Los grupos que más habían ejercido comportamientos violentos hacia su pareja fueron los maltratadores y las prostitutas. En el caso de estas últimas, la explicación de que fueran violentas con su pareja, obedece muy probablemente a que lo hicieran para defenderse y como respuesta al maltrato que intentaban ejercer sobre ellas.
6. El maltrato doméstico por parte de su pareja es una de las formas más comunes de violencia contra las mujeres.
7. Diversos estudios han puesto de manifiesto la relación entre los maltratadores y el consumo de alcohol y otras sustancias.
8. Los resultados encontrados en esta investigación son inferiores a los del Proyecto Activa. Aunque las cifras obtenidas sobre violencia doméstica en Madrid también fueron bajas.

BIBLIOGRAFÍA

¹ Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993. Asamblea General de las Naciones Unidas.

² García-Moreno C. et al. Resumen del informe del Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica. Organización Mundial de la Salud; 2005.

Accesible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/924359351X_spa.pdf.

³ Ehrensaft M, Cohen P, Brown J, Smailes E, Chen H, Johnson J. Intergenerational transmission of partner violence: A 20 year prospective study. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2003; 71: 741-753.

192

- ⁴ Patró R, Limiñana R, Martínez F. Valores asociados a la violencia en hijos de mujeres maltratadas. Poster presentado en el IV Congreso Mundial de Educación Infantil y Formación de Educadores. Málaga (España); 2003.
- ⁵ Matud MA, Carballeira M, Marrero M, Aguilera L, Moraza O, Pérez N. Características sociodemográficas y conductuales de los agresores a su pareja: Un análisis a través del informe de las víctimas. *Psicopatología Clínica Legal y Forense* 2002; 2 (2):5-22.
- ⁶ Heise L, García-Moreno C. La violencia en la pareja.. En Drug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. (eds.). Informe mundial sobre violencia y salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2003. p. 97-131.
- ⁷ American Psychiatry Association (APA). DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995.
- ⁸ Ferrer V, Bosch E, García E, Manassero M.A, Gili M. Estudio Meta-Analítico de Características Diferenciales Entre Maltratadores y no Maltratadores: El Caso de la Psicopatología y el Consumo de Alcohol o Drogas *Psyche* 2004, 13 (1):141-156.
- ⁹ Tolman, R, Bennett L. WA review of quantitative research on men who batter. *Journal of Interpersonal Violence* 1990; 5(1):87-118.
- ¹⁰ Echeburúa E, Fernández-Montalvo J. Hombres maltratadores. Aspectos teóricos. En Echeburúa E, Corral P (eds.). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI; 1998. p 73-90.
- ¹¹ Heyzer N. Trabajando por un mundo libre de violencia contra la mujer. Carpeta de Documentos del Foro Mundial de Mujeres contra la Violencia. Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia; 2000. p. 13-24.
- ¹² Browne K. Family Violence: Spouse and Elder Abuse. En Howells K, Hollin C (eds.). *Clinical Approaches to Violence*. Nueva York: John Wiley & Sons; 1989.
- ¹³ Benítez-Jiménez MJ. Violencia intrafamiliar: la mujer maltratada. En Rechea C. *La criminología aplicada II. Cuadernos de Derecho Judicial*. Madrid: Consejo General del Poder Judicial; 1999. p. 273-293.
- ¹⁴ Ruidíaz, C. Violencia en la familia: una visión sociológica. *Cuadernos de Política Criminal* 1996; 60:789-794.
- ¹⁵ Pont M.A, Parès A. Els maltractaments a dones en l'àmbit domèstic. *Barcelona Societat* 1995; 3:44-52.
- ¹⁶ Informe de Avance del Proyecto Multicéntrico sobre Violencia (ACTIVA). Organización Panamericana de la Salud. 1998.

Autolesiones

Otra forma frecuente de violencia dirigida contra uno mismo son las **AUTOLESIONES** (también llamadas automutilaciones), que consisten en la destrucción o alteración directa y deliberada de partes del cuerpo sin una intención suicida consciente. Favazza¹ ha propuesto tres categorías principales:

- La autolesión grave, que incluye cegarse y la amputación por la propia víctima de dedos, manos, brazos, pies o genitales.
- La autolesión estereotípica, como por ejemplo golpearse la cabeza contra la pared, morderse, golpearse las manos o los brazos, apretarse los ojos o la garganta y arrancarse los cabellos.
- La autolesión superficial o moderada, como cortarse, arañarse o quemarse la piel, clavarse agujas o tirarse compulsivamente del pelo.

Categorías		GRUPOS de RIESGO (Casos)	MUESTRA de POBLACIÓN GENERAL (Controles)
Autolesiones		32,1%	6,7%
Tipos Autolesiones	Tirarse y arrancarse el pelo	24,3%	24%
	Golpearse en la cabeza	41,1%	40,6%
	Golpear cosas	65,1%	66,5%
	Arañarse y pellizcarse	22,8%	23,7%
	Cortes y Quemaduras	48,6%	46,6%
	Más de una	47,7%	30,3%

Un tercio de los casos se había ocasionado daño asimismo de manera intencional, por tan sólo un 7% de los controles. Las diferencias encontradas resultaron estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

El tipo de autolesión más frecuente, en ambos grupos, fue golpear cosas seguido de cortes y quemaduras.

Categorías		D y A	L	P	M	EM	TOTAL
Autolesiones		33,3%	13,6%	40%	18,2%	45,1%	32,1%
Tipos Autolesiones	Tirarse y arrancarse el pelo	15,6%	20%	40%	--	29,6%	24,3%
	Golpearse en la cabeza	41,3%	20%	40%	--	47,2%	41,1%
	Golpear cosas	82,2%	73,3%	70%	75%	51,4%	65,1%
	Arañarse y pellizcarse	17,8%	20%	40%	--	25%	22,8%
	Cortes y Quemaduras	48,9%	50%	60%	33,3%	47,2%	48,6%
	Más de una	61,2%	5,7%	40%	--	18,6%	47,7%

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) entre los distintos subgrupos de riesgo, siendo los enfermos mentales los que tuvieron el mayor porcentaje (45%) de autolesiones, seguidos por las prostitutas (40%).

Almenara y colaboradores (1999) realizaron un estudio descriptivo en una población con retraso mental, de los que un 19% se autolesionaron².

Verhoeven et al. (2004) estudiaron la morbilidad psiquiátrica en 285 pacientes, de los cuales 27 se habían infligido daño intencional. La enfermedad mental más relacionada con las autolesiones fue la depresión³.

Bowers et al. (2008) subrayaron que los centros de alta seguridad donde los enfermos pasan la mayor parte del tiempo aislados en sus habitaciones y participan en escasas actividades educativas, sociales y terapéuticas son los que registran la mayor incidencia de riesgo de autolesiones y suicidio. Estudiaron, durante 6 meses, a 136 hospitales psiquiátricos y descubrieron que las instituciones con menos casos de daño autoinfligido eran las que ofrecían actividades diarias, contaban con personal cualificado y controlaban de forma regular a los enfermos con mayor riesgo⁴.

Las prostitutas tienen un riesgo especial para las autolesiones y el suicidio. Parriott (1994) encontró, en un estudio realizado en Minnesota, que el 46% de las mujeres que se dedicaban a este trabajo presentaban tentativa de suicidio y el 19% se había autolesionado. Además, la mayoría eran adictas a la cocaína y el alcohol⁵.

En un estudio realizado en Queensland sobre la juventud en riesgo, Stewart (1994) encontró que el 65% de las prostitutas se habían infligido daño asimismo⁶.

CONCLUSIONES

1. Se comprobó que los individuos de los grupos de riesgo se habían autolesionado en más ocasiones que los de la muestra de población general.
2. Los tipos de autolesiones más frecuentes fueron, por este orden, golpear cosas y cortes y quemaduras.
3. El grupo de riesgo que más se había autolesionado fueron los enfermos mentales, seguidos por las prostitutas.
4. En la investigación realizada se encontró que una elevada proporción de enfermos mentales se habían autolesionado. Este dato concuerda con las investigaciones realizadas por diferentes autores.
5. La prevalencia de autolesiones hallada en esta tesis entre las prostitutas es similar a la obtenida en otros trabajos.

BIBLIOGRAFÍA

¹ Favazza A. Self-mutilation. En: Jacobs DG, ed. The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention. San Francisco, CA, Jossey-Bass Publishers, 1999:125–145.

² Almenara J, García R, Novalbos J, Merello B, Abellan MJ, García Ortega C. Evaluación médica y psicosocial de una población adulta con discapacidad intelectual. Rev. Esp. Salud Pública 1999; 73 (3): 383-392.

³ Verhoeven W, Sijben A, Tuinier S. Interconsulta psiquiátrica en el déficit intelectual; dimensiones, áreas y vulnerabilidad. Eur. J. Psychiat 2004; 18 (1):5-13.

⁴ Bowers L, Whittington R, Nolan P, Parkin D, Curtis S, Bhui K et al. Relationship between service ecology, special observation and self-harm during acute in-patient care: City 128 study. Br J Psychiatry 2008; 193: 395-401.

⁵ Parriot R. Health Experiences of Twin Cities Women Used in Prostitution: Survey Findings and Recommendations. Unpublished paper. 1994 May. Available from Breaking Free. 1821 University Ave. Suite 312, South, St Paul, Minnesota 55104.

⁶ Stewart K. Opportunistic Prostitution and Young people in Cairns City and Mulgrave Shire, Youth Services, Queensland. 1994.

Personalidad

La *PERSONALIDAD*¹ para Eysenck se define como:

“Una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento e intelecto y físico de una persona, que determina su adaptación única al ambiente. El carácter denota el sistema de una persona más o menos estable y duradero del comportamiento conativo (voluntad); el temperamento, el sistema más o menos estable y duradero del sistema del comportamiento afectivo (emoción); el intelecto, el sistema más o menos estable y duradero del comportamiento cognitivo (inteligencia); y el físico, el sistema más o menos estable y duradero de la configuración corporal y de la dotación neuroendocrina”.

Tabla I. PERSONALIDAD (Inventario de Personalidad de Eysenck) en CASOS/CONTROLES		
Categorías (se han calculado la media de los percentiles)	GRUPOS de RIESGO (Casos)	MUESTRA de POBLACIÓN GENERAL (Controles)
Neuroticismo	73	46
Extraversión	45	60
Sinceridad	57	51

Al analizar el cuestionario de personalidad de Eysenck, en los grupos de riesgo predominó el neuroticismo, mientras que en la población general destacó la extraversión. Ambos grupos tuvieron un percentil de sinceridad mayor al 50.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las tres dimensiones ($p < 0,001$).

El estudio de López Soler y López López (2003) sobre los rasgos de personalidad y conducta delictiva, destacó que a pesar de que no hay un perfil de personalidad criminal única, determinados factores propuestos por Eysenck (psicoticismo, neuroticismo y extraversión) tienen una importancia significativa en la génesis y/o mantenimiento de la conducta antisocial. En su trabajo encontraron que el perfil de personalidad en los jóvenes que presentan comportamientos disociales se caracteriza por alto psicoticismo y neuroticismo. Sus resultados indicaban una relación significativa entre la conducta antisocial y el neuroticismo².

González et al. (2001) realizaron una investigación con dos muestras una de 3.634 reclutas y otra de 2.841 estudiantes de secundaria. Se elaboraron tres grupos en función del consumo de cannabis: un grupo que no consumía, otro que tomaba cannabis y el tercero cannabis y otras drogas. Al aplicar el cuestionario EPQ-A, encontraron que los reclutas consumidores de cannabis y otras drogas presentaban mayor neuroticismo que el resto de grupos³.

En esta línea, en otro estudio realizado por Bobes et al (1995) con una muestra de 150 sujetos drogodependientes junto a otros 48 sujetos control, se observó, tras la aplicación del EPQ, que los drogodependientes obtenían mayores puntuaciones en neuroticismo e introversión⁴.

Tabla II. PERSONALIDAD (Inventario de Personalidad de Eysenck) por GRUPOS de RIESGO						
Categorías (se han calculado la media de los percentiles)	D y A	L	P	M	EM	TOTAL
Neuroticismo	71	67	89	61	78	73
Extraversión	51	51	38	48	36	45
Sinceridad	60	60	47	58	53	57

El grupo de riesgo con mayor percentil de neuroticismo fueron las prostitutas, seguidos de los enfermos mentales.

Los ludópatas y drogodependientes y alcohólicos resultaron ser las muestras que más puntuaron en sinceridad.

Con excepción de las prostitutas, el resto de subgrupos supero el percentil 50 de sinceridad.

Las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas para las tres dimensiones ($p= 0,001$ en neuroticismo y extraversión y $p=0,02$ en sinceridad).

En un estudio realizado en Taiwán, Lung et al (2004) investigaron los factores de riesgo de la estructura familiar, rasgos de personalidad y otras variables en 158

adolescentes que ejercían la prostitución en casa y 65 niñas como grupo control. Los datos se recogieron a través de cuestionarios sobre información demográfica y el Cuestionario de Personalidad de Eysenk en su forma Juvenil (EPQJ). En el grupo de casos se encontró tasas altas de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Entre los factores de riesgo relacionados como causa – efecto para ejercer la prostitución encontraron la desestructuración familiar, ausencia de escolarización, consumo de drogas y predominio de un componente neurótico de personalidad⁵.

Bouvard y Cosma (2008) en un estudio que combinó una evaluación del cuestionario de personalidad (PDQ-4) de Hyler con una investigación sobre si las dimensiones de la personalidad de Eysenck nos permiten diferenciar entre los sujetos diagnosticados por el PDQ-4 con al menos un Trastornos de la Personalidad (TP) y los sujetos del grupo control. Un grupo de 129 estudiantes completó el PDQ-4, un cuestionario destinado a evaluar los TP y, al mismo tiempo, el Cuestionario de Personalidad Eysenck revisado-abreviado (EPQ AR). Los 82 estudiantes (63.56%) con puntuaciones altas en el cuestionario PDQ-4 completaron las entrevistas individuales sobre los TP. Tras ellas, 35 estudiantes (27,13%) fueron clasificados como muestra, al tener al menos un transtorno. Los restantes 84 alumnos (72,87%) fueron clasificados como controles y alcanzaron puntuaciones más bajas en la escala de neuroticismo que los individuos con uno o más TP. Los sujetos depresivos o con TP de tipo esquizotípico alcanzaron puntuaciones altas en la escala de neuroticismo y fueron, en general, más introvertidos que los controles⁶.

Rosenthal et al (1990) utilizaron el Cuestionario de Personalidad de Eysenck en 297 pacientes ingresados por trastornos relacionados con el consumo de sustancias y observaron que estos individuos eran más impulsivos, introvertidos y neuróticos que la población general⁷.

CONCLUSIONES

1. En los grupos de riesgo predominó el neuroticismo, mientras que en la población general destacó la extraversión.
2. La sinceridad fue aceptable en ambas muestras. Este dato da más validez a las respuestas de los participantes en el estudio.
3. Los ludópatas y drogodependientes y alcohólicos resultaron ser los subgrupos que más puntuaron en sinceridad.
4. Muchos autores han relacionado la conducta antisocial y el consumo de drogas con el neuroticismo.
5. Los grupos con mayor percentil de neuroticismo fueron las prostitutas y los enfermos mentales.
6. La tesis doctoral coincide con los resultados obtenidos por otros autores que destacan la relación entre la enfermedad mental y las altas puntuaciones en neuroticismo.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Eysenck H. Fundamentos biológicos de la personalidad. Barcelona: Fontanella; 1970.
- ² López-Soler R, López-López JR. Rasgos de personalidad y conducta antisocial y delictiva. Psicopatología Clínica y Legal y Forense 2003; 3(2):5-19.
- ³ González M, Sáiz P, Quirós M, López J.. Personalidad y uso-abuso de cannabis. Adicciones 2001; 12 (2):185-196.
- ⁴ Bobes J, González E, Villa A, Ordóñez F, Cabal C, González P. Rasgos de personalidad y dependencia a opiáceos. Ponencia en las XII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. Santiago de Compostela. 1995.
- ⁵ Lug F, Lin T, Lu Y, Shu B. Personal characteristics of adolescent prostitutes and rearing attitudes of their parents: a structural equation model. Psychiatry Res 2004; 125 (3): 285-91.
- ⁶ Bouvard M, Cosma P. An exploratory study of a personality disorders questionnaire. Encephale. 2008; 34(5):517-25.
- ⁷ Rosenthal TL, Edwards NB, Ackerman BJ, Knott DH, Rosenthal RH. Substance abuse patterns reveal contrasting personal traits. Journal of Substance Abuse 1990; 2: 255-63.

VENTAJAS Y LIMITACIONES

Tabla I. VENTAJAS y LIMITACIONES del DISEÑO de la INVESTIGACIÓN	
Ventajas	Limitaciones
Se estudió una muestra bastante representativa de los grupos de riesgo, lo que facilita la extrapolación de los resultados.	No se ha contado con algún otro grupo de riesgo importante como inmigrantes y personas sin techo.
Lo novedoso del estudio: se describe, por primera vez, la relación entre la violencia y la mayor parte de los grupos de riesgo en Aragón.	Ha resultado menos útil para el estudio de las variables poco frecuentes (p.ej. enfermedades físicas relacionadas con la violencia...).
La recogida de datos se realizó en un corto periodo de tiempo.	La introducción de los datos en la base informática fue muy laboriosa.
Se ha podido estimar la prevalencia de los factores de riesgo entre los distintos grupos de riesgo.	No existe secuencia temporal, por lo que no es posible evaluar las relaciones causa – efecto.
Puede ayudar a la planificación de actuaciones de prevención de la violencia en el ámbito legal, penitenciario, psiquiátrico y de salud pública.	Posibilidad de sesgos debidos a las no respuestas.
Se han podido estudiar muchos factores de riesgo en la misma investigación.	La probabilidad de que existan muchos factores de confusión debido a que la multifactorialidad de la violencia es grande.

Tabla II. VENTAJAS y LIMITACIONES de la MUESTRA	
Ventajas	Limitaciones
El tamaño de la muestra global es superior al de otras investigaciones realizadas en grupos de riesgo.	Hay una importante desproporción en el número de individuos que componen cada subgrupo de riesgo.
Gran representatividad de todos los servicios de Salud Mental de la comunidad autónoma: consultas, hospitalización breve, unidades específicas y talleres.	Siendo que el consumo de alcohol en Aragón es el mayor problema de drogodependencias, en el subgrupo de drogodependientes y alcohólicos hay un número mayor de adictos a drogas que al alcohol.
Casi la mitad de los centros de prevención y asistencia a las drogodependencias de Aragón quisieron participar en la investigación.	Representatividad muy desigual por centros de drogodependencias: baja en Huesca capital y nula en Teruel capital.
La distribución por edades de los casos tuvo un rango amplio.	La distribución de la edad en los controles estuvo bastante polarizada en dos grupos: estudiantes y gente de mediana edad.

Tabla III. VENTAJAS y LIMITACIONES de la ENCUESTA	
Ventajas	Limitaciones
La encuesta recoge la inmensa mayoría de las variables implicadas en la etiopatogenia de la violencia autoinfligida e interpersonal.	La extensión del cuestionario: era demasiado larga.
El cuestionario era autoadministrado.	No se pudo asegurar que se contestaran todas las hojas del cuestionario y hubo datos que no fue posible contrastar.
Los sujetos con dificultades en la interpretación de la encuesta fueron ayudados por sus propios compañeros a entender apropiadamente lo que se les preguntaba.	Se necesita un nivel de educación suficiente para la lectura, la comprensión y la escritura o consignación de las respuestas.
El cuestionario era anónimo y confidencial: los participantes respondieron con más libertad y sinceridad, al saber que no serían identificados y que el tratamiento de sus datos se haría según la legislación vigente.	Se perdieron aspectos importantes de la reacción de los participantes durante las respuestas. No hubo oportunidad para interactuar con el investigador, lo cual podría suministrar información utilizable.
Los tests autoadministrados pueden ser entregadas por un tercero sin entrenamiento especial (ej: en las consultas de salud mental, en los talleres de prostitutas...), ser distribuidas masivamente (así se hizo en los controles), o enviadas por correo (maltratadores...).	Las encuestas gestionadas por personas diferentes a los investigadores estuvieron peor contestadas y algunas quedaron en blanco.
Entre los casos la tasa de respuestas fue muy alta.	Entre los controles la tasa de respuestas fue baja, por lo que hubo que distribuir muchos ejemplares de la encuesta para lograr una buena representatividad.
Muchas de las variables más específicas se recogieron en forma de escalas validadas.	Algunas de las escalas (IPDE, CAGE...) son excesivamente sensibles pero menos específicas.
Al utilizar escalas validadas se aseguró la reproducibilidad del instrumento de medida (encuesta).	La reproducibilidad es peor en las preguntas que no formaban parte de una escala validada.
Las preguntas que no formaban parte de una escala, se redactaron con claridad y de forma cerrada, para que fueran entendidas por cualquier persona y se facilitaran las respuestas.	Muchos de los encuestados no sabían la respuesta a algunas variables muy específicas (ej: el coeficiente intelectual).
Las respuestas de los ítems de la mayoría de las escalas son dicotómicas (F/V, S/N).	Muchos de los ítems del IPDE están redactados de forma indirecta (pregunta en negativo), por lo que su comprensión fue difícil.
Escalas de cribado como el CAGE y el CBJP se contestan rápidamente, porque constan de muy pocas (4) preguntas.	El IPDE y el EPI son escalas excesivamente largas.
Se pudo ayudar a los encuestados en la comprensión de las preguntas en los centros en los que se obtuvo directamente la muestra.	<i>“Sesgo del observador”</i> : al exigir algunos centros a que el investigador estuviera presente mientras los participantes contestaban el cuestionario.
La alta motivación de los casos por formar parte de esta investigación, permitió que la mayoría de las encuestas recogidas en los centros de asistencia de los grupos de riesgo estuvieran bien contestadas.	<i>“Sesgo de memoria”</i> en los participantes con el evento de interés (violencia), porque los sujetos pueden recordar sus exposiciones mejor que los controles o tienden a exagerar lo acontecido por el hecho de tener el factor de riesgo.
Gran tasa de respuesta en todas las escalas validadas.	El cuestionario abreviado del IPDE, no es suficientemente discriminativo como herramienta de cribado de los T.P.

Tabla IV. VENTAJAS y LIMITACIONES de los INVESTIGADORES	
Ventajas	Limitaciones
La gran empatía que se tuvo con los casos que aceptaron participar en el estudio, lo cual repercutió en la calidad de las respuestas obtenidas.	Escaso tiempo que se dispuso para la recogida de datos en algunos centros.
La total independencia del investigador asegura que no exista un conflicto de intereses en este estudio.	No se dispuso de ninguna ayuda económica institucional para la realización de la tesis, aunque posteriormente se consiguió una subvención a un trabajo derivado (centrado en el subgrupo de drogodependientes).
Al ser el doctorando especialista en "Medicina Preventiva y Salud Pública" le ha proporcionado a la tesis un enfoque multidisciplinar.	No ser especialista en Medicina Legal ni Psiquiatría.

Tabla V. OTRAS VENTAJAS y LIMITACIONES	
Ventajas	Limitaciones
Los hallazgos obtenidos abren un debate en los profesionales y en la población general sobre el tema de la violencia.	Al abarcar tantos factores de riesgo, sólo se proporciona una información somera de los mismos.
La tasa de sinceridad de la muestra total estuvo dentro de media general.	La obtención de una buena tasa de sinceridad (medida con el EPI) no asegura totalmente que los participantes respondieran con franqueza el resto de la encuesta.
Los resultados obtenidos en las principales variables identificadas como factores de riesgo, coinciden en buena parte con los de otros estudios similares.	La interpretación de los resultados debe de realizarse con cautela porque la extrapolación de los mismos es compleja de realizar.

CONCLUSIONES FINALES

CONCLUSIONES FINALES

1. Todos los factores estudiados relacionados con la violencia tuvieron una prevalencia mayor en los grupos de riesgo que en los controles.
2. Las prostitutas fueron el subgrupo con mayor probable dependencia alcohólica, antecedentes referidos de enfermedad mental, trastornos de la personalidad, consumo de drogas, antecedente de ACV, problemas con el juego, tentativas de suicidio y neuroticismo.
3. La depresión fue la enfermedad mental más declarada por todos y cada uno de los grupos de riesgo y también por los controles. Los trastornos de personalidad se referenciaron en segundo lugar.
4. El colectivo que más se había autolesionado fueron los enfermos mentales. El grupo de las prostitutas aparecía en segundo lugar. “Golpear cosas y cortes y quemaduras” eran las autolesiones más prevalentes.
5. El cannabis y la cocaína resultaron ser las sustancias más consumidas, tanto en casos como en controles. La edad de inicio en el consumo de drogas se situó en torno a los 17 – 18 años en el total de la muestra.
6. Los maltratadores fueron la muestra que había consumido drogas durante más tiempo y los que en número superior reconocieron haber ejercido comportamientos agresivos (“gritar con rabia”) contra su pareja. Un número importante de ellos tenían un alto riesgo de suicidio moderado – severo.
7. El antecedente de TCE fue superior entre los enfermos mentales.
8. El acto de violencia de género más frecuente fue haber recibido una bofetada propinada por su pareja.
9. Un porcentaje considerable de los individuos de los grupos de riesgo había estado en prisión. Los drogodependientes y alcohólicos fueron los que más declararon haber estado en prisión y, también, durante más tiempo.

CONCLUSIONES FINALES

10. Una gran parte de los casos había sufrido abusos muy a menudo. La mitad de ellos no quiso manifestar quién fue el agresor.
11. Los sujetos que mostraron una impulsividad más acusada eran los enfermos mentales y los ludópatas.
12. Los drogodependientes y alcohólicos y, también, los maltratadores, obtuvieron unas puntuaciones más altas en sentimientos de agresividad y riesgo de violencia.
13. La forma de violencia de género ejercida más reconocida por los grupos de riesgo fue “gritar con rabia”.
14. Bastantes sujetos pertenecientes a los grupos de riesgo presentaron un riesgo moderado – severo de suicidio y reconocieron haber intentado suicidarse varias veces.
15. Los trastornos de personalidad más frecuentes en esta investigación fueron el obsesivo – compulsivo y el narcisista.
16. En relación a la personalidad, en los grupos de riesgo predominó el neuroticismo y, en los controles, la extraversión.
17. La sinceridad del conjunto de la muestra fue aceptable. Quedó patente que los ludópatas y los drogodependientes y alcohólicos eran los subgrupos más sinceros.
18. En la inmensa mayoría de las variables estudiadas relacionadas con la violencia, se obtuvieron prevalencias similares a las obtenidas en otros trabajos.

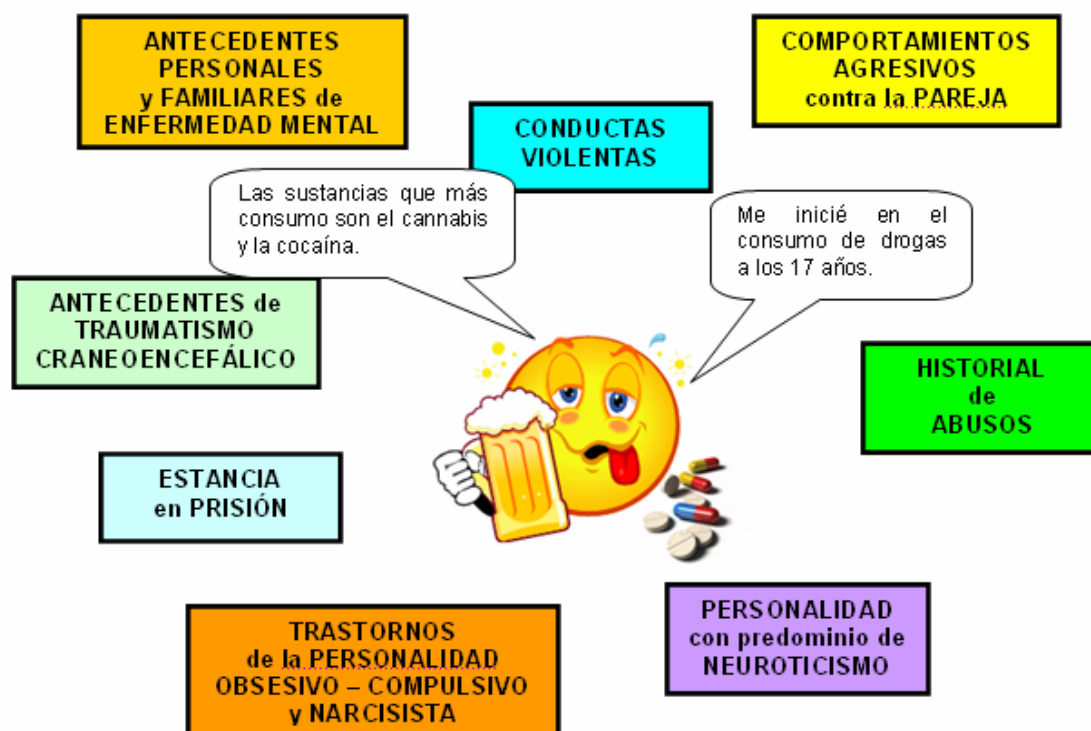


Figura 1. PERFIL de VIOLENCIA en DROGODEPENDIENTES y ALCOHÓLICOS

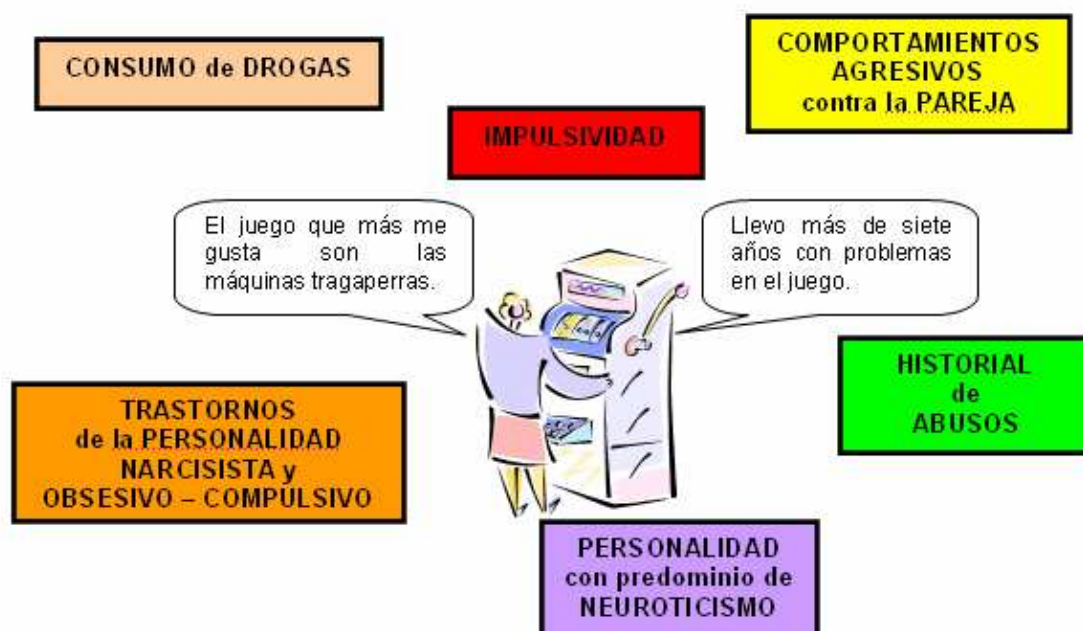


Figura 2. PERFIL de VIOLENCIA en LUDÓPATAS

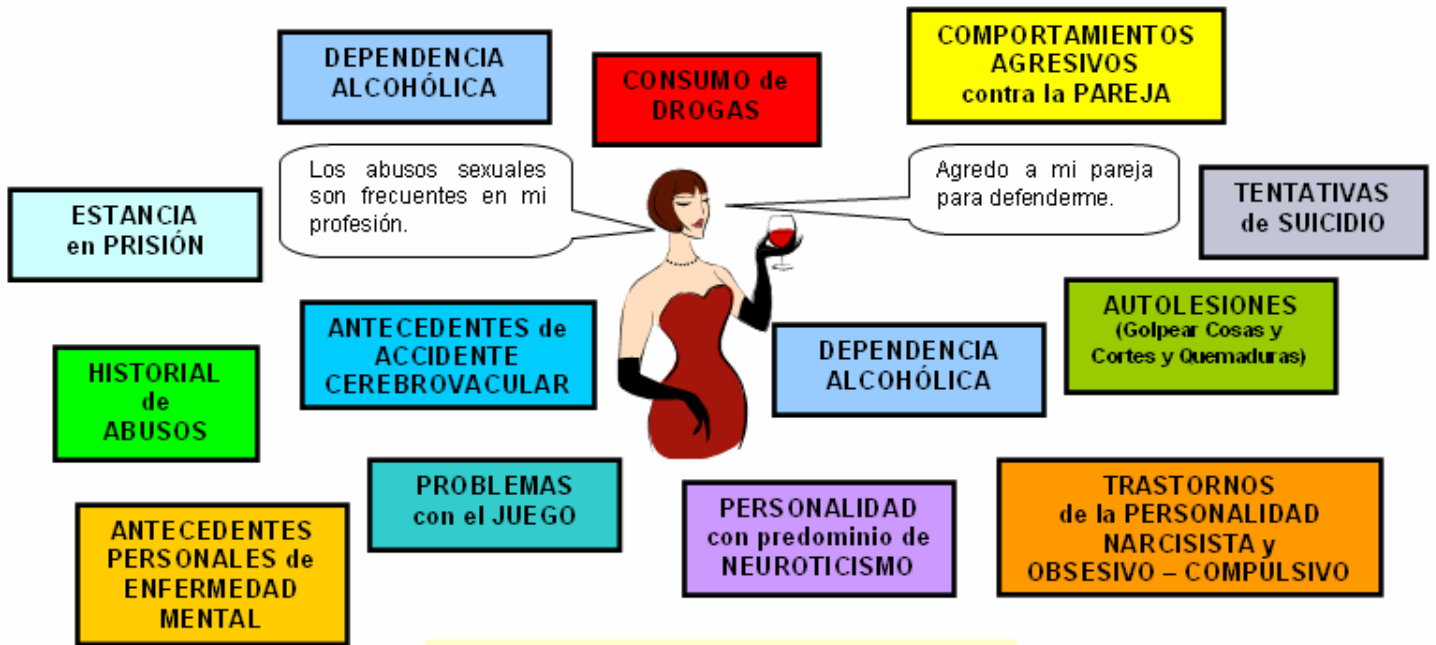


Figura 3. PERFIL de VIOLENCIA en PROSTITUTAS



Figura 4. PERFIL de VIOLENCIA en MALTRATADORES

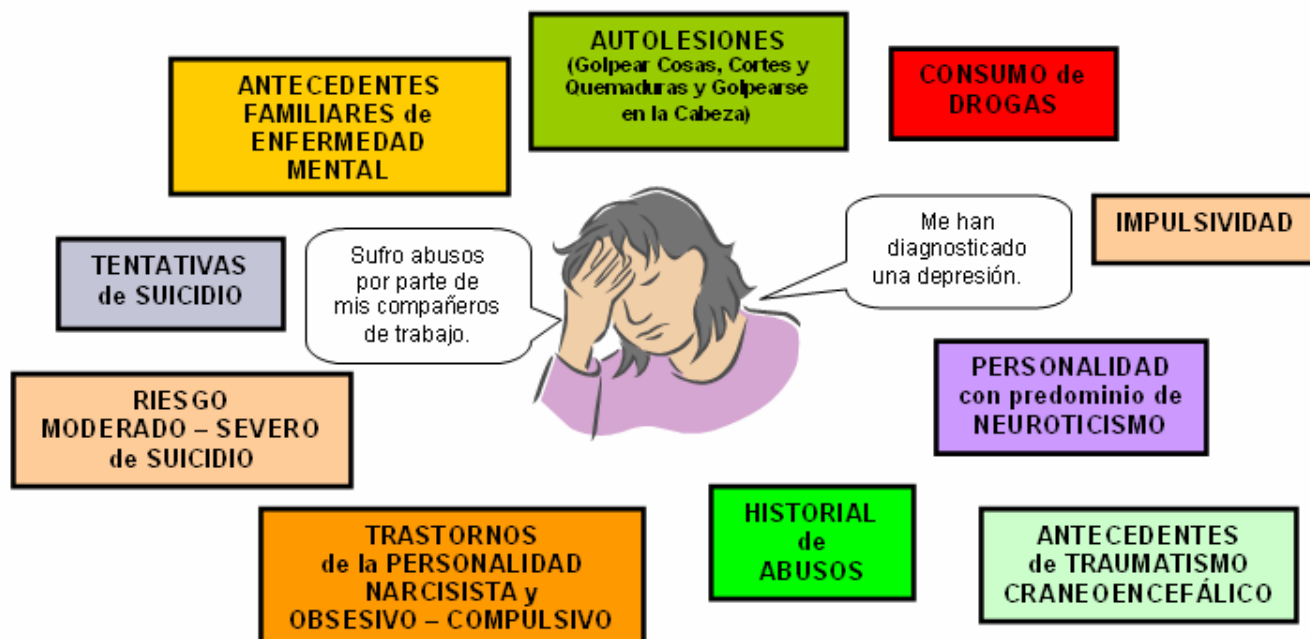


Figura 5. PERFIL de VIOLENCIA en ENFERMOS MENTALES

LÍNEAS FUTURAS de INVESTIGACIÓN

- ❖ Utilizar el mismo diseño de investigación, pero con un cuestionario más breve y con escalas más específicas, para estudiar a otros grupos de riesgo, como las personas "sin techo" y los inmigrantes.
- ❖ Realizar estudios de seguimiento, con grupos específicos, para asegurar una adecuada secuencia temporal.
- ❖ Comparar los distintos factores asociados con la violencia entre los hombres y las mujeres de los grupos de riesgo.
- ❖ Realizar un análisis multivariante para detectar los factores de riesgo de más peso y construir con ellos un "árbol de decisión".
- ❖ Comparar la investigación sobre la violencia realizada en las prisiones aragonesas con la de estos grupos de riesgo.

TRABAJOS DERIVADOS de la TESIS

Comunicaciones a Congresos
Subvenciones

Comunicaciones a Congresos

VII CONGRESO NACIONAL de TRASTORNOS de la PERSONALIDAD (Córdoba, 26 – 28 junio de 2008)

ANTÍGONA Y EDIPO O “VIOLENCIA AUTOINFLIGIDA”TM

SEGÚN GRUPO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD

Autores: Lafuente O*, López – Barrachina R*, Rubio V**, García – Latas JI***, Arroyo JM***, Serrat D****.

*Especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública. Diputación General de Aragón y Servicio Aragonés de Salud. ** Jefe de Servicio de Psiquiatría. Hospital Ntra. Sra. De Gracia de Zaragoza. *** Médicos de Instituciones Penitenciarias. Prisiones de Daroca y Zuera. **** Especialista en Medicina Legal. Profesora Titular de la Universidad de Zaragoza.

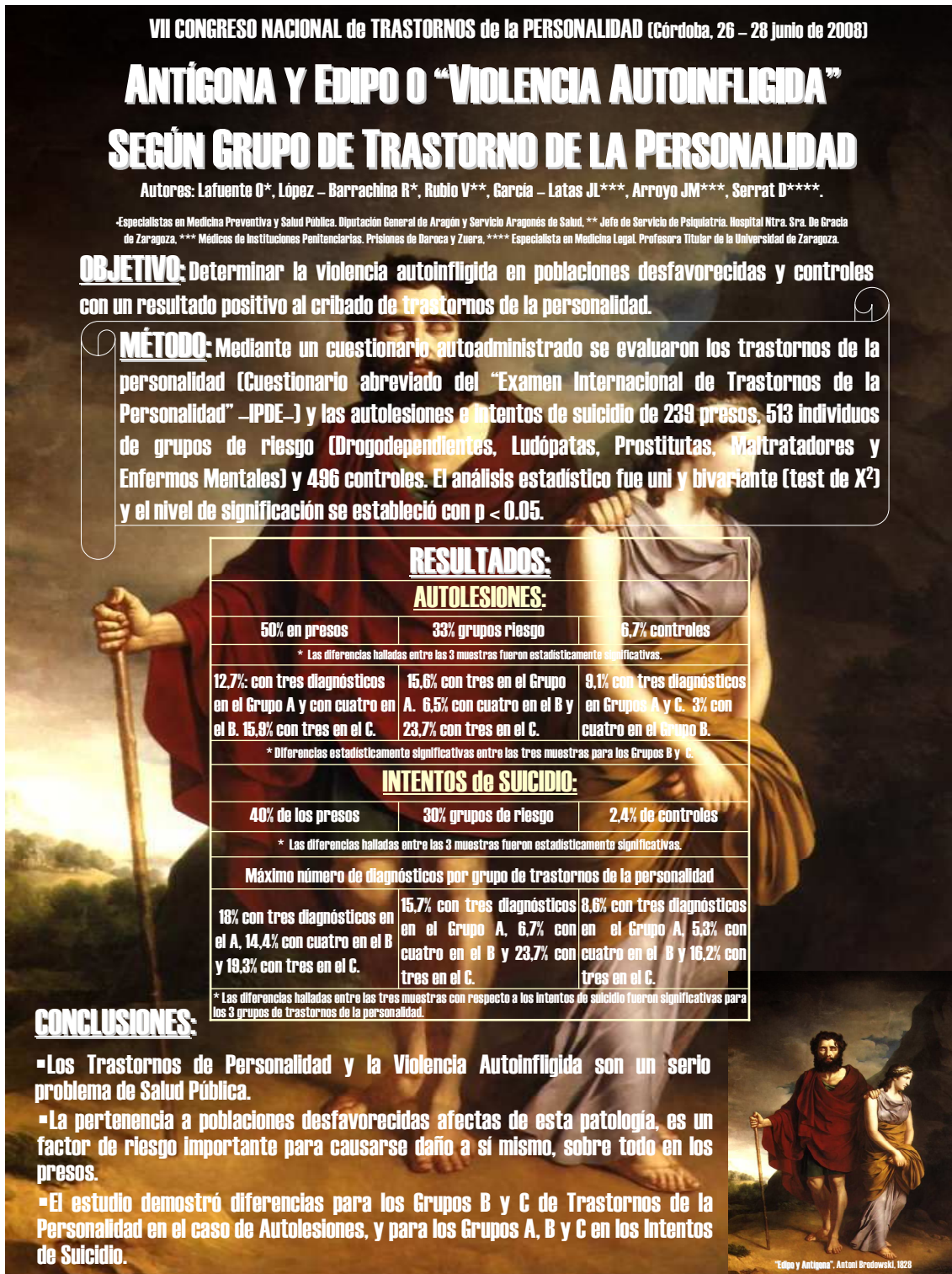
OBJETIVO: Determinar la violencia autoinfligida en poblaciones desfavorecidas y controles con un resultado positivo al cribado de trastornos de la personalidad.

MÉTODO: Mediante un cuestionario autoadministrado se evaluaron los trastornos de la personalidad (Cuestionario abreviado del “Examen Internacional de Trastornos de la Personalidad” –IPDE–) y las autolesiones e intentos de suicidio de 239 presos, 513 individuos de grupos de riesgo (Drogodependientes, Ludópatas, Prostitutas, Maltratadores y Enfermos Mentales) y 496 controles. El análisis estadístico fue uni y bivariante (test de X²) y el nivel de significación se estableció con $p < 0.05$.

RESULTADOS:		
AUTOLESIONES:		
50% en presos	33% grupos riesgo	6.7% controles
* Las diferencias halladas entre las 3 muestras fueron estadísticamente significativas.		
12.7%: con tres diagnósticos en el Grupo A y con cuatro en el B. 15.9% con tres en el C.	15.6% con tres en el Grupo A. 6.5% con cuatro en el B y 23.7% con tres en el C.	9.1% con tres diagnósticos en Grupos A y C. 3% con cuatro en el Grupo B.
* Diferencias estadísticamente significativas entre las tres muestras para los Grupos B y C.		
INTENTOS de SUICIDIO:		
40% de los presos	30% grupos de riesgo	2.4% de controles
* Las diferencias halladas entre las 3 muestras fueron estadísticamente significativas.		
Máximo número de diagnósticos por grupo de trastornos de la personalidad		
18% con tres diagnósticos en el A. 14.4% con cuatro en el B y 19.3% con tres en el C.	15.7% con tres diagnósticos en el Grupo A. 6.7% con cuatro en el B y 23.7% con tres en el C.	8.6% con tres diagnósticos en el Grupo A. 5.3% con cuatro en el B y 16.2% con tres en el C.
* Las diferencias halladas entre las tres muestras con respecto a los intentos de suicidio fueron significativas para los 3 grupos de trastornos de la personalidad.		

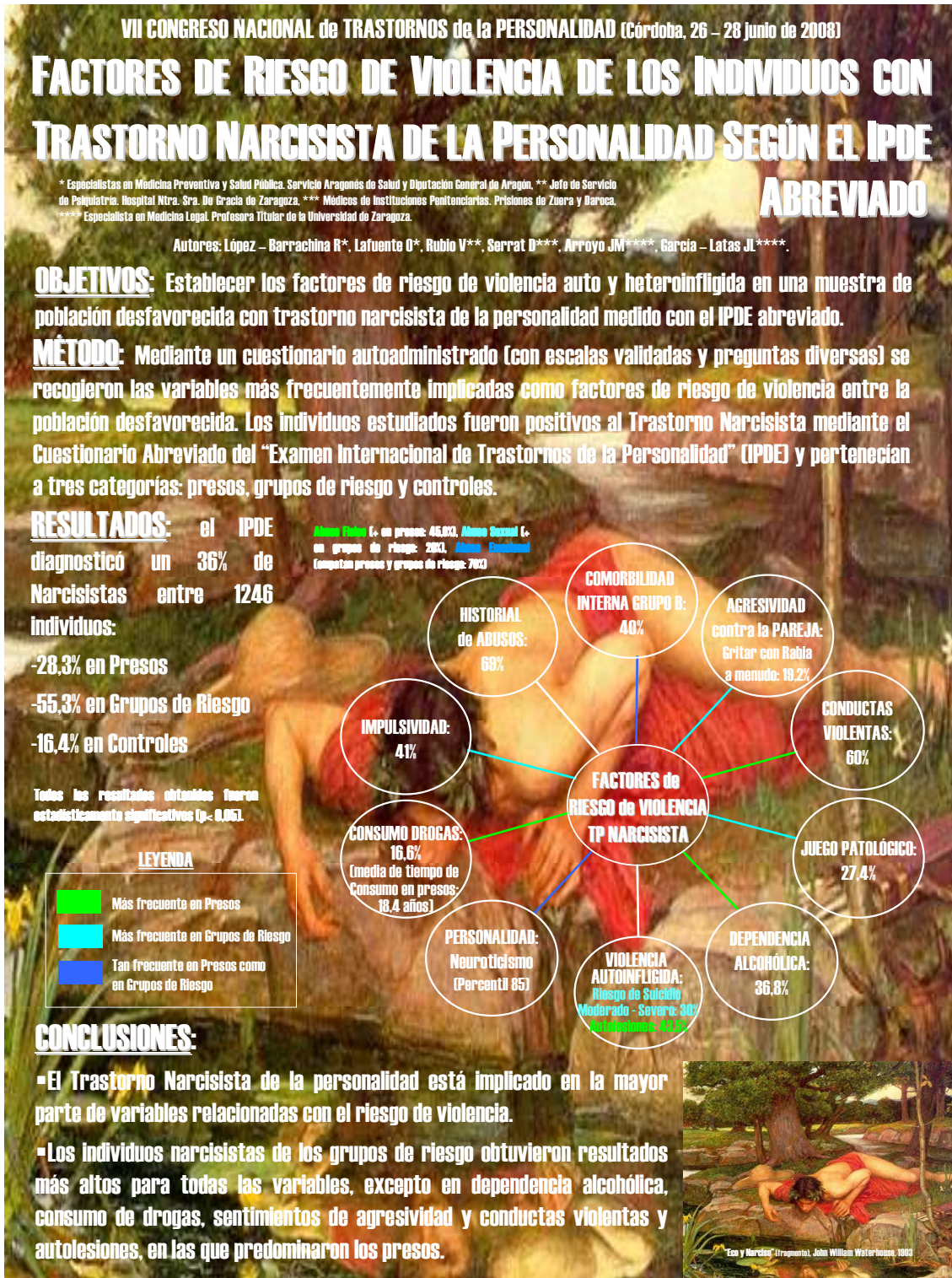
CONCLUSIONES:

- Los Trastornos de Personalidad y la Violencia Autoinfligida son un serio problema de Salud Pública.
- La pertenencia a poblaciones desfavorecidas afectas de esta patología, es un factor de riesgo importante para causarse daño a si mismo, sobre todo en los presos.
- El estudio demostró diferencias para los Grupos B y C de Trastornos de la Personalidad en el caso de Autolesiones, y para los Grupos A, B y C en los Intentos de Suicidio.



“Edipo y Antígona”, Antoni Brodowski, 1828

Comunicación presentada, en formato póster, en el “VII Congreso Nacional de Trastornos de la Personalidad”, celebrado en Córdoba del 26 al 28 de junio de 2008.



Comunicación presentada, en formato póster, en el “VII Congreso Nacional de Trastornos de la Personalidad”, celebrado en Córdoba del 26 al 28 de junio de 2008.

VII CONGRESO NACIONAL de TRASTORNOS de la PERSONALIDAD (Córdoba, 26 – 28 junio de 2008)

DETERMINACIÓN DE LA IMPULSIVIDAD Y VIOLENCIA SEGÚN PLUTCHICK EN GRUPOS DE RIESGO CON TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

* Jefe de Servicio de Psiquiatría, Hospital Ntra. Sra. De Gracia de Zaragoza. ** Especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública, Servicio Aragonés de Salud y Diputación General de Aragón *** Especialista en Medicina Legal, Profesora Titular de la Universidad de Zaragoza.

Autores: Rubio V*, López – Barrachina R**, Lafuente O**, Serrat D***.

OBJETIVOS: Determinar la impulsividad y la violencia de los enfermos mentales con trastorno de la personalidad. Comprobar si estos trastornos, entre los enfermos mentales, aumentan el riesgo de violencia.

MÉTODO: Mediante los Tests de Plutchick de Impulsividad y Violencia se evaluó a un grupo de 183 enfermos mentales (reclutados en consultas externas de psiquiatría, unidades de hospitalización breve y específica, y talleres) a los que previamente se les había realizado un test de cribado de trastorno de personalidad (Cuestionario Abreviado del “Examen Internacional de Trastornos de la Personalidad” – IPDE -).

Los resultados obtenidos se compararon con otros grupos con factores de riesgo de violencia (drogodependientes y alcohólicos, ludópatas, maltratadores y prostitutas) que fueron reclutados en unidades de tratamiento y seguimiento de adicciones, en asociaciones para ludópatas, entre los frequentadores de asesorías psicológicas para maltratadores y en centros para prostitutas. La muestra total se componía de 513 individuos.

RESULTADOS: Todos los resultados fueron estadísticamente significativos con la muestra total (513 individuos) y en los diferentes grupos, excepto en prostitutas y maltratadores.

4% de los enfermos mentales con número máximo de categorías diagnósticas por grupo de trastorno de personalidad.

Tipos más frecuentes tanto en Impulsivos y Violentos: Narcisista (82,1% en ambos) y Obsesivo Compulsivo (74,6% en Impulsividad y 84,5% en Violencia).

En los 160 Drogodependientes: el mismo patrón que en Impulsivos y Violentos.

En los 122 Ludópatas: Trastorno de la Personalidad Antisocial.

En las 25 Prostitutas: Trastorno de la Personalidad Narcisista.

Entre los 23 Maltratadores: Trastorno de la Personalidad Evitativo en los Violentos (ninguno resultó Impulsivo).

CONCLUSIONES:

- Si la Enfermedad Mental se ve acompañada de un Trastorno de la Personalidad, aumenta el riesgo de Impulsividad y Violencia.
- Los tipos de Trastorno de la Personalidad más frecuentemente encontrados entre los que resultaron positivos para los Tests de Plutchick fueron el Narcisista y el Obsesivo Compulsivo.



“Cain asesinando a Abel”, Bartolomeo Manfredi, 1610

Comunicación presentada, en formato póster, en el “VII Congreso Nacional de Trastornos de la Personalidad”, celebrado en Córdoba del 26 al 28 de junio de 2008.

Subvenciones



“ARES BAJO el INFLUJO de ELEUSIS y DIONISIO”: Factores de Riesgo de Conductas Violentas de los Drogodependientes y Alcohólicos usuarios de los Centros de Asistencia de Aragón.

Autores

**OSCAR LAFUENTE CASANOVA
RUTH LOPEZ BARRACHINA**

Trabajo subvencionado por el PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (PNSD)

Trabajo subvencionado por el “Plan Nacional sobre Drogas” en el año 2006.

f) Federico José Casimiro-Soriguer Escofet, del Hospital Regional Carlos Haya, área de Enfermedades Crónicas-Diabetes.

g) Ignacio Obando Santaella, del Hospital Universitario Virgen del Rocío, área de Enfermedades Infecciosas.

h) Jorge Vas Ruiz, del Centro de Salud de Dos Hermanas, área de Investigación en Servicios de Salud.

Octava. Titularidad de los estudios.

1. Las publicaciones que se deriven del desarrollo de este convenio deben explicitar el origen de la financiación. La utilización y difusión de otros resultados de la investigación diferentes a las publicaciones científicas se hará de común acuerdo entre las partes.

2. En el caso de producirse resultados de investigación susceptibles de generar derechos de propiedad industrial y/o intelectual, su titularidad, gestión y explotación pertenecerá a la entidad con la que se establezca la relación contractual.

Novena. Vigencia del convenio.—El presente convenio extenderá su vigencia desde el momento de su firma hasta el 30 de diciembre de 2007.

Décima. Jurisdicción.—El presente convenio se regulará por mutuo acuerdo entre las partes. Las dudas y controversias que surjan con motivo de la interpretación y aplicación del mismo que no puedan ser resueltas de forma amigable, se resolverán de conformidad con las normas reconocidas por el Derecho y ante la Jurisdicción Contencioso Administrativa.

Undécima. Naturaleza jurídica.—De acuerdo con lo establecido en el artículo 3.1.c) del Real Decreto Legislativo 2/2000, de 16 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos de la Administración del Estado, este convenio queda excluido del ámbito de aplicación de la citada Ley, rigiéndose por lo estipulado entre las partes.

Duodécima. Causas de extinción.—Será motivo de extinción del presente convenio, además de la expiración del plazo de vigencia, el incumplimiento de los acuerdos pactados y/o la denuncia unilateral por cualquiera de las partes con un preaviso de quince días. Las partes se comprometen a cumplir y seguir este convenio según el espíritu que lo ha hecho posible y, en prueba de conformidad, lo firman por triplicado y a un solo efecto, en la ciudad y fecha expresadas.

El Director del Instituto de Salud Carlos III, Francisco Gracia Navarro.—La Consejera de Salud de la Junta de Andalucía, M.^a Jesús Montero Cuadrado.

1449

RESOLUCIÓN de 27 de diciembre de 2006, de la Secretaría General de Sanidad, por la que se publica el Convenio específico para el año 2006 del Protocolo general de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de Aragón en materia de drogodependencias.

Suscrito el 15 de noviembre de 2006, Convenio Específico para el año 2006 del Protocolo General de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas) y la Comunidad Autónoma de Aragón (Consejería de Salud y Consumo), en cumplimiento de lo dispuesto en el apartado dos del artículo 8 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, procede la publicación en el Boletín Oficial del Estado de dicho Acuerdo, que figurará como anexo de esta Resolución.

Madrid, 27 de diciembre de 2006.—El Secretario General de Sanidad, José Martínez Olmos.

ANEXO

Convenio Específico para el año 2006 del Protocolo General de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas) y la Comunidad Autónoma de Aragón (Consejería de Salud y Consumo)

En Madrid, a 15 de noviembre de 2006.

REUNIDOS

De una parte, doña Elena Salgado Méndez, Ministra de Sanidad y Consumo, nombrada por R.D. 558/2004, de 17 de abril, B.O.E. de 18 de abril, en representación del Gobierno de la Nación, ejercitando la competencia delegada de acuerdo con lo establecido en el Apartado 8 del Acuerdo del Consejo de Ministros de 2 de marzo de 1990, en la redacción dada por Acuerdo de este mismo Órgano de 3 de julio de 1998, sobre competencias

para establecer convenios de colaboración con las Comunidades Autónomas (B.O.E. de 16 de julio de 1998), de conformidad con lo establecido en el Artículo 6 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

De otra, la Excm. Sra. doña Luisa María Noeno Ceamanos, Consejera de Salud y Consumo de la Comunidad Autónoma de Aragón, debidamente facultada para este acto por Decreto de la Presidencia de 24 de mayo de 2004.

EXPONEN

Que el Ministerio del Interior y la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de la Comunidad Autónoma de Aragón suscribieron un Protocolo general de colaboración, de fecha 2 de junio de 1999, en materia de drogodependencias, que establece que los programas en que se concrete la colaboración entre la Mesa de Coordinación de Adjudicaciones y la Consejería de Salud y Consumo de dicha Comunidad Autónoma en dicho Protocolo general se establecerán en un convenio específico anual, en virtud de lo cual

ACUERDAN

Primero.—Que la actuación de la Consejería de Salud y Consumo de la Comunidad Autónoma de Aragón en el año 2006 se concretará en el desarrollo de los programas:

Reducción del consumo de bebidas alcohólicas para población general y especialmente para los jóvenes: 16.000,00 €.

Recogida de datos de los Indicadores Urgencias Hospitalarias en consumidores de drogas Psicoactivas y Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas en la Comunidad de Aragón: 20.000,00 €.

Determinación de factores de riesgo de conductas violentas en drogodependientes y alcohólicos: 10.000,00 €.

Prevención de accidentes y de comportamientos violentos en el medio laboral relacionados con el consumo de alcohol y drogas: 6.000,00 €.

Reeducación y concienciación de conductores que han provocado accidentes por conducir bajo los efectos del alcohol u otras drogas: 4.000,00 €.

Programa de información, sensibilización y apoyo a las familias para fortalecer su capacidad de intervenir preventivamente: 20.000,00 €.

Campaña de prevención de consumo de drogas para jóvenes durante el tiempo de ocio nocturno mediante telefonía móvil: 60.000,00 €.

Segundo.—Que la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas financiará la realización de estos programas, según la resolución de la Mesa de Coordinación de Adjudicaciones de fecha 29 de junio de 2006, con un total de 136.000,00 euros con cargo al concepto 26.14.231A.458, que a tal fin ha sido dotado con créditos provenientes del Fondo de bienes decomisados por tráfico de drogas y otros delitos relacionados. El abono de los fondos se realizará tras la firma del presente Convenio.

Tercero.—Que durante el primer trimestre del próximo ejercicio, la Consejería de Salud y Consumo de la Comunidad Autónoma de Aragón remitirá a la Mesa de Coordinación de Adjudicaciones un informe final y de evaluación del desarrollo de los programas y una certificación detallada y pormenorizada del gasto efectuado en la ejecución de los mismos.

Cuarto.—Que la vigencia de este convenio se extenderá desde el día de su firma hasta el 31 de diciembre de 2006.

Quinto.—Que en el desarrollo y aplicación de este convenio se estará a lo establecido en el Protocolo general de colaboración suscrito por ambas partes, y si el gasto realizado fuera menor que la cantidad subvencionada el remanente será reembolsado al Tesoro Público.

Sexto.—El presente Convenio queda excluido de la aplicación del Texto Refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, al amparo de lo dispuesto en el Artículo 3.1.c) del Real Decreto Legislativo 2/2000, de 16 de junio, aplicándose los principios de dicha Ley para resolver las dudas y lagunas que pudieran presentarse.

Las controversias que pudieran surgir, serán de la competencia de la jurisdicción contencioso-administrativa.

Para la debida constancia de lo acordado, se firma en duplicado ejemplar en el lugar y fecha arriba indicados. Firmado.—La Ministra de Sanidad y Consumo, Elena Salgado Méndez.—La Consejera de Salud y Consumo de la Comunidad Autónoma de Aragón, Luisa M.^a Noeno Ceamanos.

1450

RESOLUCIÓN de 28 de diciembre de 2006, de la Secretaría General de Sanidad, por la que se publica el Convenio de colaboración entre el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud y el Instituto de Salud Carlos III, para el año 2006.

Suscrito el 29 de noviembre de 2006, Convenio de Colaboración entre el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS) y el Instituto de Salud

INVERSIÓN ECONÓMICA

DINERO INVERTIDO			
		€	Observaciones
MATERIAL	1850 Encuestas	.....0	A cargo del Departamento de Medicina Legal de la Universidad de Zaragoza. Se ha puesto la mitad del número de encuestas de los controles porque esta muestra se compartió con otro investigador.
	1850 Sobres	.....130	
	Fungible	.....50	Cartuchos de tinta para impresora
	80 Bolígrafos	.....20	
OBSEQUIOS	Tabaco	.....50	Para los Drogodependientes del SALUD
	Chocolatinas	.....975	Para los controles y el resto de los casos
	Bombones	.....300	Para los responsables de los centros
ENVÍOS	Cartas de petición de autorización	.....50	A los 44 centros de Aragón donde se solicitó la participación
	Paquetes de Encuestas	.....120	Se realizó una media de dos envíos a los 8 centros participantes en los que no se llevaron las encuestas personalmente
TRANSPORTE	Gasolina	.....30	Para los viajes de entrega y recogida de encuestas a los centros participantes de Zaragoza.
LIBROS y ARTÍCULOS de Hemeroteca	Libros	.....150	5 libros y 80 artículos de pago
	Artículos	.....100	
CONGRESOS	Asistencia	.....0	1 Congreso financiado ("Trastornos de la Personalidad", Córdoba 2008)
	3 Pósteres	.....190	
		TOTAL.... 2165	

DINERO GANADO			
		€	Observaciones
SUBVENCIÓN del PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS	Para una investigación centrada en el subgrupo de Drogodependientes y Alcohólicos	.....4000	El importe real de la subvención fueron 6000 €, pero hubo que descontar el dinero que le correspondía a Hacienda y el IVA.
		TOTAL.... 4000	

IMPORTE TOTAL GANADO= 4.000 – 2.165 = 1.835 €

ANEXOS

Anexo I: Portada de la Encuesta

Anexo II: Modelo de Carta de Solicitud de Permiso a los Centros

Anexo III: Ejemplo de Carta de Concesión de Permiso

Anexo IV: Carta de Comunicación de los Centros con el Investigador

Anexo I



ENCUESTA AUTOADMINISTRADA PARA GRUPOS

“FACTORES que INFLUYEN en la PELIGROSIDAD SOCIAL e INDIVIDUAL de los ENFERMOS MENTALES y de OTROS COLECTIVOS DESFAVORECIDOS (presos, delincuentes juveniles, ludópatas, toxicómanos...)”

Investigadores: Dra. Ruth López – Barrachina (Nº de Colegiado: 5013447)
Dr. Oscar Lafuente Casanova (Nº de Colegiado: 5013669)

Directora de la Tesis: Dra. Dolores Serrat Moré (Profesora Titular de Medicina Legal)

“La violencia es un problema importante para nuestra sociedad. Tradicionalmente se ha creído que ciertos colectivos desfavorecidos (enfermos mentales, presos, delincuentes juveniles, ludópatas, toxicómanos), por sus particulares circunstancias, son más peligrosos (no sólo contra otros individuos, si no también hacia sí mismos) que el resto de la sociedad. Por ello se han tratado de identificar los factores relacionados con este tema.

Esta investigación tiene como objetivo comprobar hasta qué punto esta afirmación es cierta. El método utilizado es la cumplimentación de una encuesta que recoge las principales variables implicadas como factores de riesgo.”



Estimado/a señor/a:

La colaboración en este proyecto es totalmente VOLUNTARIA. Puede ABANDONAR el estudio en cualquier momento y RETIRAR todos los datos que haya suministrado. Los investigadores en ningún momento conocerán la identidad del participante, puesto que se trata de una encuesta ANÓNIMA. Los datos obtenidos de la evaluación de las encuestas serán utilizados exclusivamente para fines académicos (realización de Tesis Doctoral) y científicos. Por lo tanto, los investigadores aseguran la CONFIDENCIALIDAD de la información obtenida.

Si decide participar porque ha comprendido el propósito y la metodología del estudio, que están definidos al comienzo de este formulario, le rogamos que conteste honestamente a cada pregunta, sin reflexionar demasiado. No hay respuestas malas ni buenas, esto no es un examen, simplemente va a proporcionarnos unos datos y a expresarnos su opinión sobre ciertos temas. Es muy importante que usted responda a TODAS las preguntas, para que el análisis pueda realizarse correctamente. Si se encuentra con alguna cuestión que pueda herir su sensibilidad, nada más lejos de nuestra intención, no pretendemos juzgar a nadie, tan sólo recoger cierta información.

INSTRUCCIONES

¡¡¡RECUERDE!!!! NO ESCRIBA SU NOMBRE EN ESTA ENCUESTA

1. Marque claramente las respuestas que le parezcan apropiadas con una cruz o con un círculo. Utilice un bolígrafo de cualquier color, excepto negro.
2. Si se le pide que escriba algo, haga la letra comprensible.
3. Las preguntas que lo requieren llevan instrucciones específicas, conteste como se le indica.
4. ¡Y no piense mucho, responda lo primero que le venga a la cabeza! Pero, por favor, sea sincero.
5. Cuando acabe de rellenar la encuesta, introdúzcala en el sobre que se adjunta. Tras despegar la cinta siliconada podrá cerrarlo fácilmente.

¡Muchas gracias por su colaboración y paciencia!

Анехо II

CARTA a la DIRECTORA del INSTITUTO ARAGONÉS de la MUJER

Estimada señora:

Somos dos doctorandos del Departamento de Medicina Legal de la Universidad de Zaragoza, que estamos realizando la tesis doctoral bajo la dirección de la Dra. Dolores Serrat Moré. Nuestro trabajo estudia los distintos factores que influyen en la peligrosidad social e individual de los enfermos mentales y de otros colectivos desfavorecidos, como presos, delincuentes juveniles, ludópatas, toxicómanos, etc. Para tal fin hemos elaborado un cuestionario autoadministrado que pretende medir la variable objeto de investigación. Esta encuesta está siendo distribuida en cárceles, en unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos, en centros de menores y en distintas asociaciones de ayuda a colectivos con problemas de drogas, alcohol y juego.

Nos dirigimos a usted para solicitarle el permiso correspondiente para distribuir los tests entre la población masculina que acude al "Servicio de Atención Psicológica a hombres con problemas de control y violencia en el hogar" del Instituto que usted dirige. La encuesta es anónima y tarda en responderse entre 20 y 25 minutos. Le adjuntamos un ejemplar para que pueda examinarla detenidamente.

Si le parece oportuno concedernos el permiso, una medida muy práctica sería designar a una persona como responsable que se encargara de distribuir la encuesta por grupos. Así, la cumplimentación y recogida de los cuestionarios se haría con más facilidad. Si lo estima conveniente, también podríamos encargarnos nosotros de hacerlo un día concreto, con tal fin nos desplazaríamos hasta el Instituto Aragonés de la Mujer. Asimismo debería hacernos llegar el número de copias que, a su juicio, es factible que se contesten.

En espera de sus noticias y, agradeciendo de antemano su colaboración, se despiden atentamente:

Dra. Ruth López Barrachina

Dr. Oscar Lafuente Casanova

Datos de contacto:

Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"

Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública

Avenida San Juan Bosco S/N

50009 ZARAGOZA

635 199 177 / 635 83 49 29

oscaruth@hotmail.com

Dra. Dolores Serrat Moré

Alexo III



Dra. Ruth López Barrachina y
Dr. Oscar Lafuente Casanova
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública
Avda. San Juan Bosco, s/n
50009 Zaragoza

Zaragoza, 27 de diciembre de 2004

Estimada señora, estimado señor:

En respuesta a su escrito en el que solicitaban permiso para distribuir un test entre la población masculina que acude al "*Servicio de Atención Psicológica a hombres con problemas de control y violencia en el hogar*", les informo que hemos dado traslado de su propuesta a la persona responsable del mencionado servicio, la cual ha considerado conveniente ser ella misma la que realice la distribución a lo largo de un periodo no inferior a dos meses, lo que les permitirá disponer de una información lo suficientemente documentada para elaborar su tesis doctoral.

Una vez cumplimentadas las encuestas les remitiremos los resultados en los primeros días del mes de febrero.

Espero que nuestra colaboración les sirva de ayuda en sus proyectos a la par que les deseo mucho éxito.

Reciban un cordial saludo.



Trinidad Aulló Aldunate
Directora del
Instituto Aragonés de la Mujer

Anexo IV



EXCMO. AYUNTAMIENTO
DE
JACA

Centro Municipal
de Drogodependencias

Jaca, a 30 de marzo de 2005

Estimados Ruth y Oscar:

Adjunto os envío 6 cuestionarios cumplimentados por personas atendidas en este Centro debido a sus problemas derivados del abuso o dependencia de drogas, conservo uno para hacer fotocopias en el caso que pudiera realizar más. Espero que sean útiles para vuestra investigación. Enviadnos los resultados, si es factible, cuando ésta esté acabada.

Recibid un cordial saludo

Antonio Ortiz Betés

