

Características socioambientales de hombres dependientes a drogas que presentan violencia de género o doméstica.

Trabajo Fin de Grado de Trabajo Social

AUTORA: Daniela Betancor Dorta

TUTORA: Berta Puyol Lerga

PRESENTACIÓN: Junio 2017

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
1. JUSTIFICACIÓN	5
2. CONTEXTO TEÓRICO	7
2.1 CONCEPTOS REFERIDOS AL GÉNERO	8
2.1.1 Género.....	8
2.1.2 Masculinidad.....	9
2.2 CONCEPTOS REFERIDOS A LA VIOLENCIA	10
2.2.1 Agresividad	10
2.2.2 Violencia de género	10
2.2.3 Violencia doméstica y violencia familiar	11
2.2.4 Tipos de violencia	12
2.2.5 Perfil del agresor.....	15
2.2.6 Tipos de maltratadores	15
2.2.7 Perfil de la víctima	16
2.2.8 Factores de riesgo de la violencia	17
2.2.9 Modelos explicativos de la violencia	19
2.2.10 Modelos teóricos de la violencia.....	20
2.3 CONCEPTOS REFERIDOS A LAS DROGAS	22
2.3.1 Droga.....	22
2.3.2 Uso, abuso, hábito, dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia	23
2.3.3 Clasificación de las drogas	27
2.3.4 Tipos de consumidores.....	29
2.3.5 Modelos explicativos de la drogodependencia	29
2.3.6 Consecuencias del consumo.....	31
2.4 RELACIÓN ENTRE LA VIOLENCIA Y EL ABUSO DE SUSTANCIAS	32
3. OBJETIVOS.....	35
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	35
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	35
4. MÉTODO	36
4.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES.....	36
4.2 HIPÓTESIS.....	36
4.3 VARIABLES	37

4.4	POBLACIÓN; PERIODO TEMPORAL Y ÁMBITO GEOGRÁFICO	37
4.5	TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS	37
4.6	TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS.....	38
5.	RESULTADOS	38
5.1	USUARIOS.....	39
5.1.2	Área familiar de los usuarios que participan en la investigación.....	41
5.1.3	Área formativa y laboral de los usuarios que participan en la investigación...	42
5.1.4	Percepción de la relación de pareja	43
5.1.5	Percepción de la violencia	47
5.1.6	Percepción de las drogras.....	50
5.2	PROFESIONALES	52
5.2.1	Datos de clasificación sociodemográfica de los profesionales que participan en la investigación.	52
5.2.2	Área laboral	53
5.2.3	Área formativa.....	53
5.2.4	Percepción sobre la violencia y las drogas.....	54
6.	RECAPITULACIÓN Y CONCLUSIONES	59
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
	ANEXOS	74

INTRODUCCIÓN

En este documento se presenta un estudio sobre la realidad socioambiental de los hombres que están incluidos en la Unidad de Atención a las Drogodependencias (UAD) y en la Unidad Residencial de Atención a las Drogodependencias (URAD) de Granadilla de Abona.

Ambos recursos son centros que forman parte de la Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias (ANTAD). Organización de carácter privado, sin ánimo de lucro y que está subvencionada en su totalidad por el Gobierno de Canarias. Su objetivo principal es la prevención de las drogodependencias y el tratamiento e inserción social de dichos pacientes. Dirigiéndose fundamentalmente al abordaje integral de las conductas adictivas, aunque finalmente atienden a toda aquella persona que acuda a los centros solicitando atención para afrontar el problema de las adicciones y otros derivados, como pueden ser causas judiciales por hechos o actividades violentas.

El documento está dividido en seis apartados. En primer lugar, la justificación, en donde se exponen las razones que respaldan la elección del tema y los motivos por lo que se hace necesario e importante la investigación. En el segundo apartado se realiza un análisis general de toda la información publicada sobre el tema de estudio, realizando con esta misma, el marco teórico.

Seguidamente se concreta el objetivo general, y los objetivos específicos y posteriormente se conforma el método, en donde se encuentran; las hipótesis, las variables, la población y las diferentes técnicas utilizadas en la investigación.

Para finalizar, con el análisis de los datos, después de la obtención de los resultados. Primero los datos referidos a los usuarios encuestados y luego los datos de los y las profesionales pertenecientes a ANTAD, reflexionando sobre los mismos y estableciendo conclusiones que conducen a posibles propuestas de mejora ajustadas a la realidad actual.

1. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio nace ante la necesidad de seguir investigando sobre el fenómeno de las drogodependencias, el fenómeno de la violencia por parte de los agresores y sobre los problemas que se generan en el ámbito familiar, educativo, social y laboral; dado a la escasa información acerca de las características socioambientales de hombres que además de tener un problema con el consumo, lo tienen también con la ejecución de hechos violentos hacia terceros.

Otra motivación importante, para la realización de la investigación, viene dada por la propia experiencia personal, al haber realizado las prácticas del Grado en Trabajo Social; en el ámbito de las drogodependencias, concretamente en los mismos recursos donde se realiza la investigación (UAD Y URAD). Observando mediante la intervención con estos usuarios, la estrecha relación que existe entre los episodios violentos y la dependencia a las diferentes sustancias psicoactivas y la causa y/o efecto que esto conlleva en los diferentes ámbitos mencionados con anterioridad.

Por ello, es necesario recopilar toda información existente, y ampliarla con la con la información obtenida en el estudio, para así, conocer todos aquellos aspectos que interfieren y existen en la vida diaria de los hombres con estas características.

El consumo de sustancias psicoactivas es un factor de riesgo importante para la violencia dentro de las relaciones de pareja (Castillo, Pizarro, Luengo y Soto, 2014) sin embargo, seguimos teniendo un conocimiento bastante limitado sobre qué sustancias concretas son las que se asocian de manera más clara con esa violencia (Catalá, Lila y Oliver, 2013).

En relación con lo anteriormente nombrado, Harrison (1995) reseña que existe una relación lineal entre consumir ciertas drogas y cometer delitos. En cuanto al tema a tratar, es decir, si actúa como factor precipitante en la violencia de género y doméstica, el consumo de sustancias legales e ilegales. Graña, Muñoz y Navas (2007) refieren que la droga más estudiada en relación con la violencia de género y doméstica es el alcohol.

Los mecanismos de influencia del alcohol sobre la violencia se relacionan con “sus efectos farmacológicos, que actúan desinhibiendo los mecanismos que inhiben las conductas violentas y disminuyendo la capacidad de juicio y la percepción del riesgo asociado a ciertas conductas violentas. Aunque en muchos casos el consumo de alcohol no es la causa directa de la violencia de género, actúa como un elemento que precipita los actos violentos, aumentando su frecuencia y gravedad” (Sánchez, 2008, p.69).

Aunque otros estudios indican que aquellos hombres que agreden a sus parejas informan de un consumo más frecuente de cannabis y cocaína, comparados con hombres no violentos [...]. En la misma línea, otras investigaciones realizadas a hombres en tratamiento por consumo de drogas concluyen con que el consumo de cannabis, cocaína y estimulantes, así como las consecuencias de este consumo, predécían la perpetración de agresiones hacia la pareja (Chermack, Fuller y Blow, 2000).

Algunos datos de la OMS (2006) y la Fundación Salud y Comunidad (2007) revelan que:

- Entre los bebedores abusivos el porcentaje de maltratadores es casi 10 veces superior al registrado entre los no bebedores.
- Cuanto mayor es el nivel de alcohol ingerido por los maltratadores más frecuentes son las agresiones y más graves sus consecuencias.
- También entre los consumidores de drogas ilícitas se incrementan por 10 las agresiones infligidas a la pareja respecto a los no consumidores.
- El consumo de alcohol afecta directamente a las funciones cognitivas y físicas y reduce el autocontrol, por lo que los individuos son menos capaces de hallar una solución no violenta a los conflictos relacionales.
- El consumo excesivo de alcohol por uno de los miembros de la pareja puede agravar las dificultades económicas, los problemas del cuidado de los hijos, la infidelidad y otros estresores familiares. Ello puede generar tensión y conflictos conyugales e incrementar el riesgo de que se produzcan actos violentos entre los miembros de la pareja.

- La creencia individual y social de que el alcohol genera agresividad puede alentar a comportarse violentamente después de haberlo consumido y a consumirlo como disculpa por estos comportamientos.

No obstante, existen pocos estudios que analicen la relación entre consumo de sustancias psicoactivas y violencia hacia la pareja en muestras de maltratadores en tratamiento. Uno de ellos es el estudio de Brown, Werk, Caplan y Seraganian (1999), citado en (Redondo y Graña, 2015, p. 28) quienes encontraron en una muestra de maltratadores en terapia, que aquellos que consumían drogas presentaban niveles más altos de agresividad psicológica, en comparación con los que con los que no consumían, sin encontrar diferencias significativas en niveles de agresividad física.

Sin duda al hablar de drogodependencias y violencia, nos encontramos ante un asunto complejo, lleno de matices, con múltiples factores causantes, donde los efectos de las sustancias se mezclan con las características personales, donde ni los aspectos personales, económicos, sociales, culturales, laborales, familiares... explican en su totalidad la enorme dimensión del problema.

Por ello, el interés por el tema de estudio, ya que los resultados obtenidos en esta investigación permitirán conocer la importancia de llevar a cabo acciones preventivas en relación con la violencia de género y doméstica para los agresores desde los servicios específicos de atención a las drogodependencias.

2. CONTEXTO TEÓRICO

En este apartado se realiza una breve recopilación teórica sobre lo que se ha investigado hasta ahora en relación con el tema objeto de estudio. Así, se encuentra una visión general sobre los conceptos referidos a la violencia, género, masculinidad, consumo de drogas y a los modelos teóricos explicativos de relación entre violencia y abuso de sustancia, además de las características socioambientales y personales que presentan los agresores.

2.1 CONCEPTOS REFERIDOS AL GÉNERO

En la sociedad, tanto mujeres como hombres han sido educadas/os diferentes a lo largo de la historia. Tradicionalmente, a los niños se les educan para ser fuertes, competitivos, entre otros rasgos. Mientras que a las niñas, se les educa con otras características, como es depender de otros, dedicarse al hogar, etc. Esto ha conllevado a la formación de una identidad de género (Hardy y Jiménez, 2001).

2.1.1 Género

El concepto género surge como una categoría de análisis que explica la construcción social y cultural de los comportamientos, actitudes y sentimientos de mujeres y hombres (Scott, 1990).

Según Burin (1996) la cuestión es que las diferencias en las creencias, rasgos de personalidad, actitudes y conductas difieren a mujeres y varones, terminando por definir lo que es el género, describiendo el modo en que se organizan los sexos en su relación social, implicando siempre una relación de poder.

Sánchez (2009, p.117) puntualiza, la identidad de género, denominándola como: “lo que consideramos como propio o característico de lo femenino o lo masculino, no es algo natural, sino una construcción cultural que se modifica con el paso del tiempo, que condiciona de manera importante los comportamientos, las actitudes y percepciones de las personas y que establece diferencias en el poder y la autoridad de hombres y mujeres [...] La división de género imperante en cada sociedad asigna a hombres y mujeres roles o papeles sociales diferentes y determina un conjunto de pautas de comportamiento obligadas, permitidas o prohibidas, a las que deben ajustarse cada uno de estos grupos. Estas pautas de comportamiento son transmitidas y reproducidas a través de distintos espacios de socialización, fundamentalmente la familia, la escuela y los medios de comunicación social”.

Existe un modelo hegemónico (tradicional) de división de género. “Un modelo que asigna a los hombres la responsabilidad en el trabajo productivo, relacionado con lo social y externo a la familia, y a las mujeres la crianza de los hijos y el cuidado del hogar (el ámbito privado) y que incluye una serie de atributos o características diferentes

para hombres y mujeres: Las mujeres son afectivas, maternales, intuitivas, sumisas, dependientes, personas que se preocupan de los demás. Los hombres son racionales, dominantes, fuertes e independientes. Esta división de roles implica que los hombres disfruten de más poder y reconocimiento social, mientras que las mujeres quedan relegadas al ámbito de lo privado, a la invisibilidad y a la falta de proyección social. Pero supone también la existencia de desigualdades respecto a la salud” (Sánchez, 2009, p.117).

Como acabamos de ver, las relaciones de género son relaciones de poder y desigualdad. Es decir, el género ubica a las mujeres, por el hecho de serlo, en una posición de subordinación respecto del conjunto de los varones, quienes se sitúan en una posición de dominio, de acuerdo a su género (Garda, 2016).

2.1.2 Masculinidad

Connell (2001, p.6) sostiene que: “En lugar de intentar definir la masculinidad como un objeto (un carácter de tipo natural, una conducta promedio, una norma), necesitamos centrarnos en los procesos y relaciones por medio de los cuales los hombres y mujeres llevan vidas imbuidas en el género. La masculinidad [...], es al mismo tiempo la posición en las relaciones de género, las prácticas por las cuales los hombres y mujeres se comprometen con esa posición de género, y los efectos de estas prácticas en la experiencia corporal, en la personalidad y en la cultura”.

Por tanto, la masculinidad hegemónica, es “la configuración normativizante de prácticas sociales para los varones predominante en nuestra cultura patriarcal. Está relacionada con la voluntad de dominio y control, es un “corpus” construido sociohistóricamente, de producción ideológica, resultante de los procesos de organización social de las relaciones mujer/hombre a partir de la cultura de dominación y jerarquización masculina” (Bonino, 2003, p. 9).

Salber, Portela y Taliaferro (2000) establecen que la violencia de género no consiste únicamente en golpear o dar puñetazos, más bien es un patrón de conducta agresiva y coercitiva, que incluye agresión psicológica, sexual y física, usadas por un individuo para hacer daño, dominar y controlar a la pareja.

Corsi, Dohmen, y Sotes (1996), explica que los agresores necesitan dominar la situación, pues esto es lo que les otorga seguridad. Es ese control el que les permite el dominio, particularmente en las relaciones de pareja, de la que dependen.

2.2 CONCEPTOS REFERIDOS A LA VIOLENCIA

En este apartado se describen los elementos que constituyen la violencia, entre los que se incluyen: la agresividad, los tipos de violencia, los perfiles tanto del agresor como de la víctima, los tipos de maltratadores y los factores de riesgo de la violencia.

2.2.1 Agresividad

La agresividad es “un instinto y, por consiguiente, un rasgo seleccionado por la naturaleza porque incrementa la eficacia biológica de su portador” (Sanmartín, 2004, p.21).

Entre los seres humanos hay también inhibidores de la agresividad. “Desgraciadamente, el hombre no se comporta con el hombre, como el lobo lo hace con el lobo” (Sanmartín, 2004, p.22), es decir, la agresividad entre los seres humanos, se traduce frecuentemente en atentados contra la integridad física o psíquica del otro que conllevan en muchas ocasiones su muerte.

La violencia es precisamente eso, “la agresividad fuera de control” (De la Peña, 2007, p.5). Y se ha clasificado en función una serie de dimensiones: hacia quién va dirigida (hacia uno mismo o hacia otras personas), su expresión (física o verbal; premeditada o impulsiva; directa o indirecta), el tipo de daño que produce (físico, psicológico, económico o sexual) y la frecuencia con la que ocurre (puntual o repetida) (Ortego, López, Álvarez y Aparicio, 2003).

2.2.2 Violencia de género

No descubrimos nada nuevo si decimos que la violencia de género pese a que actualmente es problema protagonista, que genera gran inquietud en todos los sectores sociales y al que tanto las Instituciones como las Administraciones Públicas dedican gran parte de sus esfuerzos, no es un fenómeno nuevo (Carrascosa, 2011).

La Asamblea General de las Naciones Unidas (1993), considera que la violencia contra las mujeres es: “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vía pública o privada” (Artículo 1. “De la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la mujer”).

En España, ante la situación que se estaba, y se está viviendo, en relación a la violencia de género, se promulgó la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral Contra la Violencia de Género, donde en su artículo 1.3 define que la violencia de género “comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o privación arbitraria de la libertad.”

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), las cifras recientes de la prevalencia mundial indican que alrededor de una de cada tres (35%) mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida.

Por ello, existen otros términos muy utilizados, como “violencia doméstica” o “violencia intrafamiliar”, que dejan fuera aquella violencia hacia la mujer que se produce fuera del ámbito de lo doméstico-familiar.

2.2.3 Violencia doméstica y violencia familiar

El uso de las denominaciones violencia doméstica y violencia familiar, a pesar de que algunos autores lo emplean como términos sinónimos, existen diferencias.

Cantera (2002), entiende por violencia doméstica, al hecho de obligar o privar a una persona de actuar libremente, dentro de una relación íntima, intentando causar daño o controlar la conducta de una persona.

En España se suele utilizar el término violencia doméstica para referirse a cualquier tipo de agresión proporcionada por un compañero sentimental hacia su pareja y violencia familiar a cualquier clase de violencia producida contra otros miembros de la

familia como hijos, ancianos e incluso aquella violencia llevada a cabo por los hijos hacia los padres y/o hermanos (Zarza y Froján, 2005).

Existen dos tipos de violencia doméstica: violencia expresiva y violencia instrumental. En el primer caso se trata de una conducta agresiva motivada por sentimientos de ira, los cometidos bajo los efectos del alcohol y en general, todos aquellos donde se refleja dificultades en el control de los impulsos o en la expresión de los afectos; en el segundo, por el contrario, la conducta agresiva es planificada, expresa un grado profundo de insatisfacción y no genera sentimientos de culpa (Lodoño, Guerrero, y Gaviria, 2000).

Walker (2009), utiliza la terminología violencia familiar para referirse a otras múltiples formas de violencia dentro de la familia, tal como el abuso de niños y ancianos. Mientras que prefiere emplear el uso de violencia doméstica para definir la agresión contra la mujer por parte de sus compañeros sentimentales.

Además Almenares, Louro, y Ortiz (1999, p. 286) habla de la violencia intrafamiliar y la consideran como: “toda acción u omisión cometida en el seno de la familia por uno o varios de sus miembros que de forma permanente ocasione daño físico, psicológico o sexual a otros de sus miembros, que menoscabe su integridad y cause un serio daño a su personalidad y/o a la estabilidad familiar”.

2.2.4 Tipos de violencia

Existen diversas formas de violencia que, con fines descriptivos y analíticos, se han clasificado como maltrato físico, psicológico, sexual y económico. En general coexisten y se interrelacionan constantemente.

Tras el estudio de los siguientes autores (Alberdi y Matas, 2003; Labrador, 2004; Sanmartín, 2004; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012; Mateos, 2014) se puede indicar que los tipos de violencia son:

- Violencia física: Cualquier acto de fuerza contra el cuerpo de la mujer, con resultado o riesgo de producir lesión física o daño, ejercida por quien sea o haya sido su cónyuge o esté o haya estado ligado a ella por una relación de afectividad similar, aún sin convivencia. También tendrán la consideración de

actos de violencia física contra la mujer los ejercidos por hombres en su entorno familiar, social y/o laboral. Este tipo de maltrato es el más evidente y el que es más fácil identificar, por eso suele ser al que se le da más importancia, tanto en el ámbito personal como legal. La violencia física suele clasificarse de acuerdo con el tiempo que tardan las lesiones en sanar: leves, moderada, grave y extrema.

En síntesis, la violencia física se dirige al cuerpo de la víctima, y normalmente va seguida de una escalada tanto de intensidad como en frecuencia.

- Violencia psicológica: La violencia psicológica contempla cualquier conducta, activa o pasiva, que es continua y que tiene como fin atentar contra la integridad emocional de la víctima. Trata de producir en las víctimas intimidación, desvalorización, sentimientos de culpa o sufrimiento, a través de, humillaciones, descalificaciones o ridiculizaciones, tanto en público como en privado, aislamiento social y económico, amenazas, etc. También la negación del maltrato, la culpabilización y atribución de responsabilidad absoluta a la víctima en los episodios de maltrato. Ejercida por quien esté o haya estado ligado a ella por una relación de afectividad similar, aún sin convivencia. Asimismo, tendrán la consideración de actos de violencia psicológica contra la mujer los ejercidos por hombres en su entorno familiar o en su entorno social y/o laboral.

Este tipo de violencia es más difícil de identificar, en especial se disfraza de atención o preocupación por la víctima. Quizá por eso se le da menos relevancia, en especial desde el punto de vista social, pero no por ello es menos importante, ya que es la forma de maltrato que más frecuentemente aparece. Siempre que hay maltrato físico, sexual o económico, hay también maltrato psicológico, aunque este último también se puede presentar de manera aislada, presentando unos aspectos comunes, independientemente de la forma que adopte la violencia.

- Violencia sexual: Una forma frecuente de sometimiento y control, que abarca las siguientes prácticas: exigir o imponer una relación sexual, obligar a la

víctima a prácticas que le resulten dolorosas, desagradables, o que simplemente no desea practicar. En sí, la violencia sexual siempre tiene graves consecuencias para la salud emocional de las víctimas y muchas veces va acompañada de diversas formas de violencia física.

Aunque esta categoría en realidad es un tipo de maltrato físico, se suele considerar de forma diferenciada por tener connotaciones muy particulares. La mayor intimidación asumida para este tipo de comportamientos es el que con frecuencia se considera que es un “deber” y “obligación” realizar este tipo de actos con la pareja.

- Violencia económica: Es el tipo de violencia reconocida más recientemente. La consideración de que el control de los recursos económicos y el sometimiento derivado de ese control constituyen violencia.

El maltrato económico implica la disposición y el manejo abusivo del dinero y los bienes materiales. Su expresión más común es la dejadez: no dar dinero, hacer que la mujer tenga que pedirlo y rechazar su solicitud, etc. Controlar la totalidad de los gastos de la casa, mientras las mujeres se dedican al cuidado del hogar e hijos, dejando su actividad laboral y encontrándose en una situación de dependencia económica, que las hacen más proclives a otras formas de violencia.

Cabe añadir, que la violencia económica se presenta en todas las clases sociales, varían las formas concretas, pero las actitudes de control y sujeción son independientes a las dimensiones de recursos y riquezas.

Bourdieu y Passeron (2001) añade a los tipos de violencia nombrados con anterioridad:

- Violencia simbólica: Este tipo de violencia que se ejerce sobre la víctima y que trata de convertir en aceptables unas condiciones totalmente inaceptables. Esta forma de dominación es reconocida y admitida por la víctima, es decir, ha habido una aceptación ideológica en la que se ha determinado la superioridad masculina. Esta desigualdad es una característica social y cultural del sistema del patriarcado.

Se caracteriza por ser invisible o implícita. Se mezcla lo social con lo biológico, para justificar esa desigualdad entre hombres y mujeres.

El proyecto de Intervención en Abusos Domésticos (citado en Mullender, 2000) ilustra los abusos como una rueda, “ciclo de la violencia”, donde se mueve hacia un objetivo principal que es el poder y control del hombre sobre la mujer. Y dentro de esta se encuentran todas las formas de abuso.

2.2.5 Perfil del agresor

Los agresores suelen presentar carencias psicológicas significativas, como sesgos cognitivos (pensamientos distorsionados sobre los roles sexuales, la inferioridad de la mujer y la justificación de la violencia), dificultades de comunicación y resolución de conflictos, irritabilidad y falta de control de los impulsos, así como otras dificultades específicas como pueden ser abuso de sustancias psicoactivas o celos patológicos (Fernández y Echeburúa, 1997; Fernández, Echeburúa, y Amor, 2005).

Todo ello explica, junto con otras variables (desvinculación familiar, falta de apegos, la dependencia emocional y económica, la presencia de hijos/as, la presión social, etc.) la perpetuación en el tiempo de determinados tipos de relación (Hirigoyen, 2001).

2.2.6 Tipos de maltratadores

Se pueden describir básicamente tres tipos de maltratadores: impulsivos, instrumentales y sobrecontrolados (Fernández y Echeburúa, 1997; De Corral, 2004). Además, Sanmartín (2004) añade los maltratadores domésticos.

- Maltratadores impulsivos: Los hombres violentos impulsivos presentan un estado de ánimo predominantemente disfórico, es decir, son inestables e irascibles emocionalmente. Suelen ser personas solitarias, hipersensibles y con rápidas alteraciones hacia el enfado. En este tipo es más frecuente el maltrato psicológico y la violencia está limitada al hogar.
- Maltratadores instrumentales: Este grupo hace un uso instrumental de la violencia. En conjunto, presentan niveles más bajos de ira y depresión que el grupo impulsivo. Sin embargo, muestran niveles más altos de narcisismo y de manipulación psicopática, amenazando y agrediendo a su pareja cuando ésta no satisface sus demandas. Están más ligados al consumo de alcohol y otras

drogas, así como a conductas antisociales. Ejercen más violencia física y no localizada únicamente en el hogar.

- Maltratadores sobrecontrolados: Los sujetos que forman parte de él, son menos violentos que los de los grupos anteriores, practican el maltrato psicológico como un reflejo de sus carencias personales. En concreto, se trata de personas pasivas, dependientes y con rasgos obsesivos que exigen la subordinación total.
- Maltratador doméstico: Caracterizados por padecer una fuerte psicopatología en forma de celotipia, que a su vez van acompañados habitualmente de consumo abusivo de sustancias tóxicas y, principalmente, de alcohol, ya que los desinhibe y dan rienda suelta a sus celos.

Las acciones de los agresores domésticos pueden ir, desde obligar a su compañera a vestir de una manera determinada hasta matarla. Este tipo de muertes son las denominadas “crímenes pasionales”. Además, como se ha dicho con anterioridad “las sustancias tóxicas alteran el equilibrio transmisor, lo que sucede es que, en el agresor doméstico dado a la bebida, esa mínima ocasión está habitualmente propiciada por prejuicios de su socialización y en concreto, por prejuicios de tipo sexista” (Sanmartín, 2004, p.42).

Por último, Quinteros y Carbajosa (2008) realizaron la siguiente clasificación:

- Los cobras: Suelen ser agresivos emocionalmente y a pesar de parecer alterados durante la agresión mantienen la calma a nivel interior. De tendencia marcadamente antisocial son violentos también fuera del hogar y se caracterizan por una menor dependencia emocional.
- Los pit – bull: Este subgrupo sí muestra alteración durante el momento de la agresión. Emocionalmente son más dependientes y por normal general agreden únicamente en el seno familiar.

2.2.7 Perfil de la víctima

El maltrato evoluciona en una escala ascendente en cuanto a la gravedad y la frecuencia de aparición de los actos violentos. La víctima queda así atrapada en un

círculo violento, en donde las agresiones físicas y/o psicológicas se manifiestan de forma repetida e intermitente entremezcladas con actitudes y comportamientos de arrepentimiento o buen trato (Walker, 2009).

Al respecto, Amor y otros. (2002) comentan que las primeras reacciones de la víctima ante estos sucesos se caracterizan por sentimientos de humillación, vergüenza, preocupación y miedo, que facilitan la ocultación de los mismos. Con el paso del tiempo se produce una pérdida de control, confusión y sentimientos de culpa que, en muchas ocasiones y con la coraza del enamoramiento, dificultan que la propia víctima se reconozca como tal. Finalmente, el malestar emocional crónico, la percepción de pérdida de control y el miedo a sufrir una segunda victimización desde el ámbito jurídico-penal e incluso desde el sociofamiliar, junto con otros factores personales, justifican la permanencia en el ciclo de la violencia.

La depresión y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) son las consecuencias más comúnmente detectadas a largo plazo, además de un grado de inadaptación y aislamiento social (Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa, y de Corral, 2007).

Existen varios asuntos que la mayoría de las mujeres maltratadas tienen que abordar en su interior antes de poder convertirse en una superviviente. Walker (1994) explica los más comunes:

- Necesidad de control.
- Los sentimientos de ira y rabia.
- La sexualidad y la imagen corporal.
- La confianza y la traición.
- La intimidad emocional y las fronteras personales.
- La sumisión y la confrontación en las relaciones interpersonales.

La violencia masculina es un abuso de poder y para que una mujer pueda sentirse como una superviviente debe recuperar su propio poder.

2.2.8 Factores de riesgo de la violencia

Como afirma, Rey (2008) existen varios tipos de factores de riesgo tanto a nivel personal como a nivel de los distintos ambientes en los cuales interactúan las

personas. Blay y otros. (2010) explicaron que en el caso de la violencia, en particular, son variables que hacen que el sujeto sea vulnerable a actitudes y conductas violentas.

Según refiere Sanmartín (2002) la violencia en la mayoría de los casos, es el resultado de que factores aprendidos, culturales en el sentido más amplio, alteren el equilibrio de la agresividad. Ese aprendizaje estará condicionado por múltiples factores, como son: características individuales, familiares, con las diferentes estructuras sociales (escuela, trabajo...), por las que transcurren la vida de dicho individuo, además de otros tipos de factores que configuran la forma que se tiene de ver el mundo.

No existe ningún factor que pueda, de por sí solo, explicar las violencias cometidas contra las mujeres. Pero Heise (1994) citado en (Unicef, 2000, p. 7) exponen los siguientes factores que favorecen la violencia:

- Culturales:

- Socialización por separado según sexo.
- Definición cultural de los roles sexuales apropiados.
- Expectativas asignadas a los diferentes roles dentro de las relaciones.
- Creencia en la superioridad innata de los varones.
- Sistemas de valores que atribuyen a los varones el derecho de propiedad sobre mujeres y niñas.
- Concepción de la familia como esfera privada bajo el control del varón.
- Tradiciones matrimoniales.
- Aceptación de la violencia como medio para resolver conflictos.

- Económicos:

- Dependencia económica de la mujer respecto al varón.
- Restricciones en el acceso al dinero.
- Restricciones en el acceso al empleo en los sectores formales e informales.

- Legales:

- Leyes en materia de divorcio, cuidado de los hijos, pensiones alimenticias y herencia.
- Inferioridad jurídica de la mujer.

- Políticos:

- Infrarrepresentación de las mujeres en el poder, en la política, en los medios de comunicación, la medicina y el derecho.
- Falta de organización de las mujeres como una fuerza política.
- Falta de participación de las mujeres en el sistema político.

O'neil y Harway (1997), presentan un modelo con cuatro grupos de factores que consideran presentes en la violencia entre hombres y mujeres:

- Factores macrosociales: nos sitúan en una sociedad que es percibida como contribuyente a la violencia contra las mujeres, apoyando directa o indirectamente comportamientos tradicionales que mantienen las desigualdades de poder a través de la violencia doméstica.
- Factores relacionales: surgen con la relación de pareja, al intentar repetir los patrones observados en la relación de los padres (disfuncional) en la propia pareja.
- Factores de socialización del rol: están referidos a actitudes y creencias negativas contra la mujer.
- Factores psicológicos: están relacionados con los perfiles del maltratador, procediendo de entornos deficitario en afecto, comunicación y habilidades sociales.

En síntesis, Ruíz (2012) plantea que no existe un solo factor causal, sino más bien una interacción de factores que operan en niveles distintos y que pueden favorecer la violencia.

2.2.9 Modelos explicativos de la violencia

Según refiere (Sanmartín, 2004; Magdalena y Rodríguez, 2011), existen diferentes modelos que explican las causas por las que los individuos ejercen violencia:

- Modelo individual: De acuerdo con este modelo, la causa de la violencia se encuentra en las características propias de las personas involucradas y, por lo tanto, puede erradicarse con su sola voluntad.

Los partidarios de este modelo proponen las siguientes explicaciones causales: consumo de alcohol y drogas, psicopatología individual, frustración, incompatibilidad de caracteres, etc.

Si bien estas posturas aportan algo, ninguna esta completa. Se trata de explicaciones parciales que no son suficientes para entender el fenómeno en su totalidad. Se deja de lado el contexto social en el que se desarrolla la violencia y se relaciona los individuos.

- Modelo familiar: De acuerdo con este modelo, la violencia se debe a que la familia es disfuncional. Las siguientes son algunas de disfunciones frecuentes: falta de comunicación por desconocimiento mutuo, distancia emocional y desinterés, escasa o nula capacidad de convivencia, relaciones rígidas y autoritarias, etc.

El concepto de familia disfuncional permite entender la dinámica de los conflictos que se producen en los hogares, las consecuencias de la falta de comunicación entre sus integrantes y, en general, las dificultades que surgen cuando ese grupo de convivencia se enfrenta a presiones o cambios en sus condiciones de vida.

- Modelo sociocultural: Este modelo busca articular las diversas explicaciones en un esquema más amplio. Atribuye las causas de la violencia a factores macrosociales, culturales, familiares e individuales.

De acuerdo con esta explicación, en el aspecto social más amplio se ubicaría la construcción de relaciones a partir de la asignación de papeles diferenciados y excluyentes en relación con el género, la edad, etc. Así como las actitudes y normas culturales.

2.2.10 Modelos teóricos de la violencia

Los factores individuales aisladamente, o en combinación, no proporcionan una explicación social adecuada de la violencia. Por ello, existen modelos teóricos claves

que incorporan factores sociales a la explicación de la violencia (Agnew, 1992; Gelles, 1997; Schultz y Schultz, 2002).

- Teoría del aprendizaje social: Uno de los principales factores o procesos sociales que se asocian con la violencia es el aprendizaje social. La teoría del aprendizaje social propone que los individuos que experimentan o se encuentran expuestos a la violencia tienen una mayor probabilidad de cometer actos violentos, que aquellos que no están expuestos o que han experimentado poca o ninguna violencia a lo largo de su vida.
- Teoría del intercambio social: La teoría del intercambio se ha empleado para explicar la compleja dinámica inherente a la violencia familiar. Sin embargo, las propuestas teóricas del intercambio social son también útiles para comprender los aspectos comportamentales e interaccionales de la violencia general. Según la teoría del intercambio, el comportamiento del individuo depende de la cantidad y el tipo de recompensa que prevé va a recibir.
- Teoría general de la presión: El comportamiento violento puede estar relacionado con la frustración y con la ira que genera el recibir un trato de inferioridad en las relaciones sociales. Destacan dos tipos de presiones que aumentan los sentimientos de ira y de miedo en el individuo. La primera se vincula con la incapacidad de cumplir metas de manera positiva, lo que provoca que los individuos empleen medios ilegítimos para conseguir sus objetivos. La segunda, es la causa por los estímulos negativos, se incluyen acontecimientos adversos como ser víctima de un acto violento, el maltrato infantil o la violencia interpersonal. Los individuos que se enfrentan a tales estresores pueden acabar cometiendo actos criminales para consumir venganza.

Según Agnew, la respuesta más crítica a la presión es la ira, que puede aumentar la agresividad en el comportamiento y, quizá, desembocar en un comportamiento violento.

- Teoría feminista: La teoría feminista se ha convertido en la perspectiva ideológica dominante en el campo de la violencia en las relaciones. Esta teoría emplea unas lentes de género a través de las cuales contempla a la mujer como el objeto de control y dominio por parte de un sistema patriarcal y opresivo.

2.3 CONCEPTOS REFERIDOS A LAS DROGAS

Todos hemos escuchado hablar de las drogas, alguna vez hemos leído o hablado de ellas. Ya que es uno de los temas que más preocupa a nuestra sociedad. Sin embargo, fuera del ámbito especializado, siguen existiendo un gran número de concepciones erróneas sobre las drogas (PNSD, 2007).

Por ello, lo primero que se tiene que delimitar es qué se entiende por droga, la prevalencia del consumo, tipos de drogas, tipos de consumidores, sus consecuencias, entre otros términos.

2.3.1 Droga

Se entiende por droga, “toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración, pueden producir modificaciones en el mismo. Actúan sobre el Sistema Nervioso Central, que es el encargado de coordinar y controlar los diferentes órganos y funciones del cuerpo. Modifican el comportamiento, las sensaciones y los sentimientos y además son susceptibles de crear dependencia ya sea psicológica, física o ambas” (Carpentieri y otros, 2004, p.19).

Del Moral y Fernández (2009, p.2) refieren que en la actualidad, y “desde la perspectiva médica y científica, se utiliza el vocablo droga para referirnos a un gran número de sustancias que cumplen las siguientes condiciones:

- Ser sustancia que introducidas en un organismo vivo son capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas de éste (carácter psicótropo o psicoactivo).
- Inducen a las personas que las toman a repetir su autoadministración, por el placer que generan (acción reforzadora positiva).

- El cese de su consumo puede significar un gran malestar somático y/o psíquico (dependencia física y/o psíquica).
- No tienen ninguna indicación médica, y si la tienen pueden utilizarse con fines no terapéuticos”.

Por tanto, en el contexto que nos ocupa el término droga se aplica a “aquellas sustancias psicoactivas con acción reforzadora positiva, capaces de generar dependencia física, psíquica o ambas y que ocasionan en muchos casos un grave deterioro psicoorgánico y de conducta social” (Lorenzo, Ladero, Leza, y Lizasoain, 2009, p.4).

2.3.2 Uso, abuso, hábito, dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia

A continuación se muestran una serie de conceptos relevantes a la hora de hablar del fenómeno de las drogodependencias. Así, se señalan los términos de uso, abuso y dependencia de las drogas y se expondrán las diferencias entre los mismos. Además establecemos los conceptos de tolerancia y síndrome de abstinencia.

2.3.2.1 Uso

Podría decirse que cuando se habla de uso de una sustancia, el consumo no deriva en problemas para el individuo. El término uso de sustancias se refiere a un consumo de forma esporádica o sin que se produzca dependencia (Graña, Muñoz y Navas, 2007). Definir un consumo como “uso” es difícil, pero el consumo dado en un momento se puede convertir en un abuso dada las circunstancias personales del individuo (Barra y Diazconti, 2013).

2.3.2.2 Abuso

Por otro lado, el término abuso; Casas, Bruguera, Duro y Pinet (2011) lo señalan como el consumo continuado de alguna de las sustancias psicoactivas, a pesar de que el individuo sabe que le producen consecuencias físicas, psicológicas o sociales, que pueden ser consideradas como dañinas, o bien cuando su uso repetitivo implique riesgos físicos importantes. Queda claramente incluido en esta definición el uso peligroso de drogas legales como el alcohol y el tabaco, el empleo incorrecto de medicamentos y el consumo de sustancias ilegales.

No obstante, Flynn (1994) señala otro concepto: el hábito. Y lo especifica, como la costumbre de consumir una sustancia por habernos adaptado a sus efectos. Hay, por tanto, un deseo del producto pero nunca se desea de manera imperiosa. La búsqueda de la sustancia es limitada y nunca significa una alteración conductual.

2.3.2.3 Dependencia

La adicción se define como “una enfermedad crónica del cerebro con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas cambian al cerebro: modifican su estructura y cómo funciona. Estos cambios pueden durar largo tiempo y llevar a los comportamientos peligrosos que se ven en las personas que abusan de las drogas (NIDA, 2008, p.5)”.

Por ello, la dependencia se delimita como “un grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que indican que una persona presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia psicoactiva y que sigue consumiéndola a pesar de las consecuencias adversas (OMS, 2008, p.29)”.

El (DSM-IV, 1995, p.186) hace la siguiente descripción de criterios, se trata de “un patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres o más de los síntomas siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:

- Tolerancia: Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, ya que el efecto de las mismas cantidades de la sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
- Abstinencia: El síndrome de abstinencia característico para la sustancia. Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía

- Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
- Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)".

No obstante, el concepto dependencia integra dos dimensiones, la dependencia física y la psicológica, actualmente se añade un tercer tipo: la social; las cuales presentan las siguientes características (Martín y Lorenzo, 2009):

- La dependencia física: es un estado caracterizado por la necesidad de mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo droga-organismo. Dentro de la dependencia física encontramos dos elementos fundamentales, la tolerancia y el síndrome de abstinencia.
- La dependencia psicológica: es el deseo irresistible de repetir la administración de una droga para; obtener la vivencia de sus efectos agradables, placenteros o para evitar el malestar que se siente con su ausencia. Este tipo de dependencia es más difícil de superar que la física, ya que requiere introducir cambios en la conducta y en las emociones del individuo para que deje de recurrir a las drogas.
- La dependencia social: viene determinada por la necesidad de consumir la droga como signo de pertenencia a un grupo social que proporciona una clara señal de identidad personal. El abandono de dicha sustancia puede generar en el drogodependiente graves crisis relacionales capaces de provocar la

reanudación de su consumo con el objeto de restablecer el equilibrio social en el que se encontraba confortable.

Por todo lo mencionado anteriormente, debemos de considerar la dependencia como un estado en el que un individuo pierde la voluntad de su propias decisiones, y vive esclavizado por su propia adicción a las sustancias psicoactivas (Pascual y otros, 2003). Por eso los tres tipos de dependencia no se pueden considerar elementos separados, sino complementarios e interactuantes en una misma persona (Becoña y Vázquez, 2001).

2.3.2.4 Tolerancia

Becoña (2002, p.27) lo define como “estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto farmacodinámico”.

Martín y Lorenzo (2009) describen que atendiendo a la perspectiva del individuo, podemos clasificar la tolerancia en innata o adquirida.

- Tolerancia innata: Se produce cuando existe una disminución de la sensibilidad a la sustancia desde su primera administración. Puede ser un factor de riesgo para desarrollar una dependencia temprana.
- Tolerancia adquirida: Se refiere a la reducción de los efectos de una sustancia por mecanismos compensadores que se desarrollan con el consumo recurrente en situaciones semejantes.

2.3.2.5 Síndrome de abstinencia

Se produce cuando la persona manifiesta un estado de abuso o dependencia de una sustancia y deja de consumirla bruscamente o la dosis consumida es insuficiente. El reforzamiento negativo, que se produce por el alivio de ese estado cuando la persona toma la cantidad de droga necesaria para evitarla, es el que induce las típicas conductas de búsqueda de la droga (Becoña y Vázquez, 2001).

Por otro lado, cuando se intenta abandonar el consumo perjudicial o la cantidad suministrada no es suficiente aparecen una serie de signos y síntomas en la persona,

que su intensidad dependerá del tipo de droga que consume, la cantidad administrada, el tiempo que lleva consumiendo... (Becoña, 2002).

Según el DSM-IV (1995, p.191) dentro del apartado de los trastornos inducidos por sustancias, se define el síndrome de abstinencia sobre la base de tres criterios:

1. “Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
2. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.
3. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental”.

2.3.3 Clasificación de las drogas

No existe una clasificación única y general de las drogas, ya que pueden agruparse según criterios muy diferentes. Por ese motivo, se recogen a continuación varias clasificaciones que, en conjunto, ofrecen una información global sobre los diversos aspectos que puede abarcar el acercamiento a estas sustancias.

- Según los efectos producidos en el Sistema Nervioso Central (Carpentieri, y otros, 2004, p.22):
 - **“Depresoras del S.N.C:** sustancias que bloquean el funcionamiento del cerebro, provocando reacciones que pueden ir desde la desinhibición hasta el coma, en un progreso progresivo de adormecimiento cerebral. Lo más importantes son: opiáceos, tranquilizantes, alcohol, hipnóticos.
 - **Estimulantes del S.N.C:** son sustancias que aceleran el funcionamiento del cerebro. Destacan en este grupo las anfetaminas, la cocaína, la nicotina y drogas de diseño.
 - **Perturbadoras del S.N.C:** sustancias que alteran el funcionamiento del cerebro, dando lugar a distorsiones perceptivas, alucinaciones, etc. Entre ellas se encuentran los alucinógenos, derivados del cannabis, inhalantes y drogas de diseño”.

- Según la codificación sociocultural de su consumo (Carpentieri, y otros, 2004, p.22):
 - **“Drogas legales:** son aquellas que tienen un uso social aceptado, normativo. Están comercializadas e incluso se publicitan en los medios de comunicación social, a pesar de ser las drogas que más problemas generan a nivel Sociosanitario. Destacan el alcohol, el tabaco y los fármacos.
 - **Drogas ilegales:** la venta está sancionada por la Ley. Su uso y abuso genera alarma social producto de algunos comportamientos de delincuencia y marginalidad de los que las consumen. Entre otros destacan, los opiáceos, la cocaína, los alucinógenos, derivados del cannabis y drogas de diseño”.

La CIE-10 aplica el criterio de sustancias que pueden producir dependencia: el alcohol, a los opiodes, a los cannabinoides, a los sedantes e hipnóticos, a la cocaína, a otros estimulantes (incluyendo la cafeína), a los alucinógenos, al tabaco, a los disolventes volátiles y deja margen para incorporar a la lista otras sustancias psicótropas.

Por último, según Shuckit (1995), citado en (Becoña y Vázquez, 2001, p. 13), una de las clasificaciones más utilizadas, la cual queda reflejada en la siguiente tabla:

TABLA 1: Clasificación de las drogas según Shuckit (1995)

Clase	Algunos ejemplos
Depresores del SNC	Alcohol, hipnóticos, drogas ansiolíticas.
Estimulantes o simpatomiméticos del SNC	Anfetaminas, metilfenidato, todos los tipos de cocaína, productos para perder peso.
Opiáceos	Heroína, morfina, metadona y casi todas las prescripciones analgésicas.
Cannabinoides	Marihuana, hachís.
Alucinógenos	LSD, mescalina, psilocibina, éxtasis.
Solventes	Aerosoles, colas, tolueno, gasolina, disolventes.
Drogas para contrarrestar otros efectos	Contienen: atropina, escopolamina, estimulantes menores, antihistamínicos, analgésicos menores.
Otros	Fenciclidina (PCD)

Fuente: Shuckit (1995), citado en Becoña y Vázquez, 2001, p. 13.

2.3.4 Tipos de consumidores

No se puede considerar a una persona como drogodependiente por el mero hecho de que tome una droga de forma ocasional. Se establecen diferentes relaciones con las drogas acercándose a ellas a través de diversos grados de consumo, como podemos ver a continuación en la clasificación de (Asociación de Cooperación Juvenil "San Miguel", 1999 y Del Moral y Fernández, 2009):

- Consumidor experimental: Aquel que ha probado la droga de forma muy esporádica por curiosidad o impulsado por amigos. Jamás ha gastado dinero en obtenerla ya que se la ofrecen. Este uso puede desencadenar dependencia psicosocial.
- Consumidor ocasional: La persona que de vez en cuando, sin continuidad, usa una o varias drogas. Comienza a gastar dinero. Existe riesgo de crear dependencia psicosocial y tolerancia.
- Consumidor habitual: El que habitual y periódicamente se droga. Gasta mucho dinero en ello. Su dependencia no le impide realizar su vida normal, llegando incluso al autoengaño y a manifestar que “cuando quiera lo dejará”.
- Consumidor excesivo: Persona que depende total y absolutamente de la droga, que le impide el trabajo habitual y toda relación que no vaya encaminada a obtenerla.

2.3.5 Modelos explicativos de la drogodependencia

Los modelos explicativos de la dependencia a las drogas tienen tres vertientes: la biológica, la psicológica y la sociológica (Lorenzo y otros, 2009 y Alencar y Cantera, 2012):

- Modelos biológicos: Estos modelos al basarse en aspectos orgánicos, también han sido denominados modelos médicos. Entre ellos encontramos el modelo de enfermedad, automedicación y exposición:
 - **Modelo de enfermedad**: existe una predisposición genética que junto con las dificultades en el proceso madurativo personal provocan una

susceptibilidad a la dependencia. Los problemas familiares, personales y sociales, según este modelo, son una consecuencia del consumo de drogas.

- **Modelo de la automedicación:** existencia de un trastorno de personalidad previo, que provoca la necesidad de droga en un intento de alivio de la misma.
 - **Modelo de exposición:** consideran que la dependencia se produce por la capacidad de las drogas de actuar como reforzadores primarios sobre los centros cerebrales de recompensa, lo cual explicaría las conductas de búsqueda y consumo.
- Modelos psicológicos: Estos modelos están mayoritariamente basados en las teorías de aprendizaje.
- **Modelo de aprendizaje social:** cobran una gran importancia los patrones de conducta de quienes sean las figuras a imitar (modelo social de referencia) y la fuerza de la imitación dependerá de la calidad de la relación con dichas figuras.
 - **Modelo de adaptación:** señala que los consumidores de drogas son deficientes en la utilización de recursos personales o del contexto para dar solución a sus problemas, de manera que la presencia de dificultades personales, familiares y/o sociales provocaría la aparición de la necesidad de búsqueda de adaptaciones sustitutivas, por ejemplo: la droga.
 - **Modelo social:** el consumo dependiente viene determinado por el modo como la persona interpreta la experiencia de consumo y los efectos de la droga y como responde tanto a nivel fisiológico y emocional a la misma. En estos hechos la personalidad y el entorno social del individuo cobran una especial significación.
- Modelos sociológicos: En las teorías de socialización encontramos los modelos de asociación diferencial, de control parental y de la autoestima.

- **Modelo de asociación diferencial:** refiere que el indicador de consumo es la administración de droga por parte de las amistades, y además, la existencia de un desapego a la familia que facilita que los hijos se involucren más fácilmente en asociaciones marginales.
- **Modelo del control parental:** sostiene que la falta de afecto de los padres y/o de su falta de respeto a las normas se reflejan en una conducta social desadaptada por parte de los hijos, es decir, un mayor riesgo para el consumo de drogas.
- **Modelo de la autoestima:** señala cómo la baja autoestima en el marco de la familia es recuperada en el grupo de iguales, y si éstos son consumidores de drogas, entonces está será la pauta de comportamiento adoptada.

2.3.6 Consecuencias del consumo

El consumo de sustancias psicoactivas puede producir un gran número de efectos y trastornos de tipo físico y mental. El DSM-IV considera que el consumo de drogas puede producir los siguientes trastornos clínicos: abuso, dependencia, síndrome de abstinencia, trastorno psicótico, trastorno perceptivo u otros.

Según (PNSD, 2007) uno de los primeros elementos de riesgo es la propia presencia de las drogas en el entorno, es decir, su accesibilidad, su visibilidad y su disponibilidad.

Villanueva (2013) señala, diferentes consecuencias en el consumo de drogas:

- Incapacidad de controlar los impulsos, puede inducir a comportamientos violentos hacia el cónyuge o algún otro miembro de la familia, por parte de los consumidores de alcohol y drogas.
- Comportamiento que se debe a desajustes dentro del repertorio conductual del consumidor que propicia la aparición de conductas antisociales como: mentir, estafar, exigir, amenazar, chantajear, etc.
- Efectos crónicos sobre la salud, tales como: hepatitis, cirrosis hepática, cardiopatía isquémica, necrosis, bronquitis crónica, enfisema pulmonar y cáncer en boca, faringe, esófago entre otros.

- Efectos a corto plazo sobre la salud biológica y mental, debido a efectos sobre la coordinación, concentración y juicio, como las intoxicaciones o sobredosis, que conducen a accidentes, suicidios y agresiones.
- Problemas sociales agudos, como la ruptura súbita de relaciones o arrestos.
- Conflictos sociales crónicos como el incumplimiento de las obligaciones laborales y familiares.

Volkow (2008) afirma que todas las drogas, interfieren en el funcionamiento normal de nuestro sistema nervioso y provocan una alteración de nuestras capacidades; modifican la manera de pensar, funcionar, relacionarse con los demás, etc. En definitiva “nos hacen menos protagonistas de nuestra vida”.

2.4 RELACIÓN ENTRE LA VIOLENCIA Y EL ABUSO DE SUSTANCIAS

La violencia de género “tiene su origen en múltiples y variados factores de tipo sociocultural (vigencia del modelo tradicional de roles que establece la superioridad de los hombres sobre las mujeres, tolerancia social frente a la violencia machista, etc.), familiar (conflictividad familiar, pobreza y carencia de recursos, estrés familiar, etc.), relacionados determinadas características de los agresores (abuso de alcohol/drogas, modelos violentos de conducta, trastornos mentales, personalidad y conductas antisociales, necesidad de ejercer el poder y el control, dependencia personal, baja tolerancia a la frustración, pobre control de impulsos, etc.) o de las víctimas (personalidad dependiente, baja autoestima, déficit de apoyo social y de estrategias de afrontamiento, dependencia económica, etc.)” (Sánchez, 2012, p.38).

El abuso de alcohol y de drogas, se correlaciona de forma muy significativa con la violencia. Porque, el alcohol está presente en más del 50% de los casos de violencia contra la mujer en el mundo (Informe internacional 2003: Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja: Estadísticas y legislación. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia, 2003).

Los mecanismos de influencia del alcohol y otras drogas sobre la violencia se relacionan con sus efectos farmacológicos, ejerciendo una gran influencia sobre el

equilibrio de nuestro sistema neurotransmisor, que actúan reduciendo la capacidad de autocontrol, desinhibiendo los mecanismos que inhiben las conductas violentas y disminuyendo la capacidad de juicio y la percepción del riesgo asociado a ciertas conductas violentas (Sanmartín, 2002).

Es por ello, que la agresión bajo la influencia directa del alcohol es muy variable y oscila entre el 60% y el 85% de los casos. Lo que hace el alcohol es activar las conductas violentas derivadas de unas actitudes hostiles previas (Echeburúa, Fernández y Amor, 2003).

Aunque en muchos casos el consumo de alcohol y otras drogas no es la causa directa de la violencia de género, actúa como un elemento que precipita los actos violentos, aumentando su frecuencia y gravedad. De esa manera, existen importantes modelos teóricos que han explicado hasta ahora la relación existente entre violencia y abuso de sustancias. Algunos de los más importantes con una perspectiva de género son (Altell, Ferrer y Nogués, 2004):

- Modelo de Desinhibición: Este modelo se centra en el efecto farmacológico directo de la sustancia sobre la conducta del individuo, reduciendo el autocontrol, que normalmente inhibe a una persona de actuar violentamente, distorsionando la capacidad de análisis.
- Modelo de Factores de Contexto: Este modelo postulo que es necesario atender a los factores de contexto para explicar la relación entre el abuso de sustancias y la violencia. Es decir, cuando se valora la influencia, por ejemplo, del alcohol en los malos tratos se debe considerar, entre otros factores, la aceptación normativa de la violencia, la desigualdad económica, la tradición cultural que tolera la violencia contra las mujeres y las características de los agresores, incluyendo sus creencias y actitudes respecto a las mujeres.

Como señala (Villanueva, 2013, p.42) “la diferencia principal entre estas dos teorías es el papel que se le atribuye al alcohol y drogas como causa desencadenante de la violencia. Sin embargo, ninguno de los modelos, por sí mismos, ha sido capaz de explicar la relación entre alcohol y violencia. Cada uno de ellos desvela un aspecto de

esta relación, por lo que no deben ser considerados como excluyentes, sino como complementarios”.

Por ello, Altell, Pinanzo y Boronat (2007) expresan que los diversos servicios e instituciones que trabajan directa o indirectamente con situaciones de violencia doméstica o de género y abuso de alcohol u otras drogas, deben colaborar entre sí para ofrecer ayuda sustancial y continuada y con una intervención precoz. Ya que, en muchas ocasiones, son los que primero y mayor contacto suelen tener con personas agresoras siendo los más probables a tener la oportunidad de realizar la entrevista a la persona. Desde los recursos residenciales (Comunidad Terapéutica) o los ambulatorios de la red pública (UAD), entre otros; se pueden realizar varios tipos de intervenciones: detección, intervención individual y grupal y creación de un grupo específico de apoyo mutuo sobre drogas y violencia.

Estos mismos autores relatan que la intervención con personas agresoras es “una tarea delicada y compleja, ya que suele haber, por parte de ellos, una negación de las conductas de maltrato, buscando excusas, haciendo atribuciones externas, considerando sus conductas de maltrato como conductas normales, minimizando las consecuencias negativas o reclamando privacidad en su ámbito familiar.

La persona agresora no suele hablar del abuso al que somete a su pareja, y cuando lo hace utiliza para ello eufemismos como “No nos llevamos bien”, ‘Me hace perder los nervios”, ‘Tenemos problemas de pareja’, etc., que no reflejan la realidad sino que la enmascaran en la ambigüedad de sus palabras” (Altell y otros, 2007, p.25).

Tal y como se ha indicado, los contenidos a trabajar dependerán de los problemas detectados en cada uno de los casos. Sin embargo, “durante la fase de deshabitación, cuando se está consolidando la fase de abstinencia de alcohol, y el/la paciente tiene expectativas de una mejoría que podría redundar en otras áreas de su vida, puede ser un buen momento para plantear el programa de tratamiento o bien una intervención breve. La motivación existente para el cambio de la conducta adictiva puede hacerse extensiva a la conducta violenta. La intervención debe consistir básicamente en ofrecer tratamiento psicológico a personas que infligen maltrato, con el fin de que dejen de ejercerlo, incidiendo en las siguientes cuestiones:

- Asunción de su responsabilidad en la situación de violencia.
- Modificación de creencias y cogniciones acerca de los roles de mujeres y hombres.
- Incremento del autocontrol y el aprendizaje de nuevas estrategias de solución de problemas” (Altell, Pinazo, y Boronat, 2007, p.26).

3. OBJETIVOS

En los objetivos que se exponen, se encuentra recogido aquello que se pretende conseguir con el trabajo de investigación. Se dividen en un objetivo general y varios objetivos específicos.

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Conocer las características socioambientales de las personas tratadas en los centros específicos de atención a las drogodependencias y que presentan violencia doméstica y/o de género.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer las características familiares de los hombres tratados en los centros de atención a las drogodependencias y que presentan violencia doméstica y/o género.
- Conocer las características educativas de los hombres tratados en los centros de atención a las drogodependencias y que presentan violencia doméstica y/o de género.
- Conocer la situación laboral de los hombres tratados en los centros de atención a las drogodependencias y que presentan violencia doméstica y/o de género.
- Identificar el tipo de relación que establecen los hombres con problemas de abuso de sustancias y que presentan violencia doméstica y/o de género, con sus parejas.

- Concretar la historia del consumo de drogas de los hombres tratados en los centros de atención a las drogodependencias y que presentan violencia doméstica y/o de género.
- Concretar la historia de violencia producida o experimentada de los hombres tratados en los centros de atención a las drogodependencias y que presentan violencia doméstica y/o de género.
- Averiguar la opinión de los y las profesionales sobre el tema a tratar y la eficacia de la prevención.

4. MÉTODO

En el siguiente apartado se detalla lo que se llevará a cabo para la realización del estudio mencionado, incluyendo el tipo de investigación, las técnicas utilizadas, la población objeto de estudio y el instrumento para la recogida de datos.

4.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES

Para ajustar el diseño del estudio a la realidad con la que se trabaja se habla de un tipo de investigación cuantitativa, “es aquella en la que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables” (Pita y Pértegas, 2002, p. 76).

El instrumento utilizado para la recogida de datos ha sido el cuestionario, elaborado por la propia alumna y el cual consta de un conjunto de ítems relacionados con los objetivos del estudio. Los cuestionarios serán contestados por los/as profesionales de ANTAD y por los propios usuarios agresores que están en tratamiento ambulatorio.

4.2 HIPÓTESIS

A continuación, se exponen las hipótesis planteadas para esta investigación:

- Aquellos que ejercen violencia previamente han sido víctimas.
- Más del 50% de los hombres encuestados tienen la Educación Secundaria Obligatoria (ESO).
- Una cuarta parte de los hombres encuestados presentan relaciones familiares desligadas.

- Menos de la mitad de la población objeto de estudio se encuentra en situación de desempleo.
- La droga más consumida por los hombres objeto de estudio es el alcohol.

4.3 VARIABLES

En la investigación se estudiarán las siguientes variables:

- Edad de los usuarios, lugar de nacimiento y situación civil.
- Máximo nivel de estudios completados y situación económica y laboral.
- Droga consumida.
- Conocer qué tipo de violencia ha ejercido y hacia quién.
- Saber si ha sido víctima de violencia de género o doméstica alguna vez en la vida.
- Averiguar la relación que tienen los hombres objeto de estudio con su familia.
- Conocer el empleo del ocio y tiempo libre del usuario.

4.4 POBLACIÓN; PERIODO TEMPORAL Y ÁMBITO GEOGRÁFICO

La población objeto de estudio se centra en los hombres atendidos en la UAD como en la URAD de Granadilla de Abona pertenecientes a ANTAD y los/as profesionales del mismo (trabajador/a social y psicólogo/a); ya que se pretende descubrir las características socioambientales de los hombres dependientes a drogas que presentan violencia doméstica o de género. El estudio se ha llevado a cabo entre los meses de marzo, abril, mayo de 2017.

4.5 TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS

Para la recogida de los datos, se acudió de forma presencial a los diferentes recursos, mencionados con anterioridad, en los cuales se realizó las entrevistas de forma personal, tanto a los usuarios, como, a los/as profesionales especializados en los campos de violencia y drogodependencias.

El instrumento para la recogida de datos ha sido el cuestionario, elaborado con preguntas cerradas, a fin de evaluar todas los ítems que se desean conocer (ANEXO I y

II). El primero enfocado a los hombres del objeto de estudio; compuesto por dos bloques. Los datos sociodemográficos de los hombres que responden el cuestionarios y luego una serie de ítems, que revelan y engloban todo lo relacionado con las áreas familiares, formativas, laborales. En el segundo bloque, aspectos como: sus percepciones sobre las relaciones de pareja, la droga y la violencia.

Y por otro lado, el cuestionario orientado a los y las profesionales; en el cual se desarrolla una serie de afirmaciones (15) donde los/as mismos/as, deberán manifestar el grado de acuerdo y/o desacuerdo. Seguido, de un conjunto de preguntas relacionadas con la violencia y las drogas enfocadas al objeto de estudio.

4.6 TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS

Para este estudio, se realiza un análisis descriptivo de los datos. Para ello, se utiliza técnicas descriptivas como cuadros que pretenden proporcionar de forma clara y entendible los resultados obtenidos en el estudio, para su posterior análisis y discusión. En lo que se refiere al análisis estadístico de los datos, una vez recopilados, se realizarán el vaciado de los mismos, para el que utilizaremos el programa informático Microsoft Office Excel 2007, que permite calcular porcentajes y representar gráficas.

5. RESULTADOS

En el siguiente apartado se presentan los resultados obtenidos de la recogida de información de los usuarios de la UAD y URAD de Granadilla de Abona, basándose en sesenta hombres. Además, de los resultados del cuestionario de los/as once profesionales que trabajan con esta entidad, centrándonos en dos profesiones: trabajador/a social y psicólogo/a; con el fin de conocer el objetivo de la investigación.

Los mismos se expondrán en diferentes sub-apartados, agrupándolos según las características particulares que se analicen.

5.1 USUARIOS

A continuación, se exponen los resultados sobre los datos sociodemográficos de los usuarios que participan en la investigación. Conociendo las características más relevantes en las distintas áreas donde se centra nuestro objeto de estudio: familiar, formativa y laboral. Además de conocer la percepción que tienen ellos mismos sobre las relaciones de pareja, la violencia y las drogas.

5.1.1 DATOS DE CLASIFICACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS USUARIOS QUE PARTICIPAN EN LA INVESTIGACIÓN.

En este apartado se presentan los datos necesarios para conocer las características básicas de la población en la que se basa el estudio.

Tabla 5.1.1.1: Usuarios atendidos en los centros según el sexo.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOMBRE	60	100
MUJER	-	-
TOTAL	60	100

Como podemos observar, el 100% de la muestra son hombres, ya que el trabajo de investigación se centra en las características socioambientales de hombres dependientes a drogas que además presenta violencia doméstica o de género.

Tabla 5.1.1.2: Usuarios atendidos en los centros según la edad.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15-25	14	23.3
25-35	22	36.7
35-45	17	28.3
45-55	7	11.7
TOTAL	60	100

Al analizar los datos sobre la edad de los usuarios, nos encontramos con que el intervalo que presenta mayor porcentaje abarca de los 25 a los 35 años con un 36.7%. Mientras que la franja de edad que menos frecuencia tiene es la de más de 45 años, con un 7%. Un dato muy característico, es que existe un porcentaje bastante alto de

intervalo de edad entre los 15 y los 25 años, es decir, cada vez más se da este perfil de usuario en menores de edad.

Tabla 5.1.1.3: Usuarios atendidos en los centros según su lugar de nacimiento.

LUGAR DE NACIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESPAÑA	33	55
OTRO	27	45
TOTAL	60	100

Podemos contemplar como la mayoría de los hombres de la investigación (55%), han nacido en España, sin embargo, no hay mucha diferencia con los hombres investigados nacidos fuera del país (45%). El motivo principal de estos datos se puede deber a la zona donde se ha realizado la investigación, ya que Granadilla de Abona, pertenece al sur de la isla de Tenerife, zona turística donde suelen vivir diferentes nacionalidades.

Tabla 5.1.1.4: Usuarios atendidos en los centros según su estado civil.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERO	37	61.7
CASADO	5	8.3
SEPARADO	8	13.3
DIVORCIADO	10	16.7
VIUDO	-	-
OTRO	-	-
TOTAL	60	100

En cuanto al estado civil, sólo el 8,3% están casados. Frente al 61,7% que están solteros, y el 30% que son separados o divorciados.

Tabla 5.1.1.5: Usuarios atendidos en los centros teniendo en cuenta con quién conviven.

CONVIVENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLO	10	16.7
CÓNYUGE/PAREJA	14	23.3
PADRE	-	-
MADRE	11	18.3
HIJOS/AS	-	-
HERMANOS/AS	-	-
ABUELOS/AS	2	3.3
AMIGOS	10	16.7
OTRA SITUACIÓN	13	21.7
TOTAL	60	100

En esta tabla podemos observar, como dato característico que el 23,3% de los encuestados vive con su pareja o conviven con su madre (18.3%). Por otro lado, también, con amigos o ellos solos en un 16.7%. Es también de destacar, que otras de las situaciones observadas, es que vuelven a convivir con su madre y sus hermanos/as una vez dada su doble condición (tener dependencia a las drogas y además presentar problemas con violencia de género o doméstica) con un 13.3%. O vuelven a convivir con su familia de origen (padre, madre, hermano) y abuelo/a (3,3%). Los porcentajes más pequeños o que ni si quiera se dan, es la convivencia con su padre (1,7%), o la convivencia entre la pareja e hijos/as (1,7%).

5.1.2 ÁREA FAMILIAR DE LOS USARIOS QUE PARTICIPAN EN LA INVESTIGACIÓN.

En este apartado, se exponen los resultados sobre los datos familiares más relevantes, para la obtención del objetivo de la investigación.

Tabla 5.1.2.1: Usuarios atendidos en los centro según su estructura familiar.

PADRES SEPARADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	42	70
NO	18	30
TOTAL	60	100

En relación con la tabla anterior, podemos observar que la mayoría de los hombres encuestados, un 70%, son de padres separados, frente a un 30% que pertenecen a una familia tradicional. Lo que nos confirma que puede ser una característica relevante en este tipo de perfil.

Tabla 5.1.2.2: Usuarios atendidos en los centros según si ha sido víctima de violencia.

VÍCTIMA DE VIOLENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	31	51.7
NO	29	48.3
NS/N.C.	-	-
TOTAL	60	100

Contemplamos en la tabla, que el 51,7% de los hombres han sido víctimas de violencia en la infancia, ya sea directa o indirectamente. Los mismos refieren que cuando eran niños veían a su padre pegar a su madre, o que les pegaban a ellos directamente.

5.1.3 ÁREA FORMATIVA Y LABORAL DE LOS USUARIOS QUE PARTICIPAN EN LA INVESTIGACIÓN.

En este sub-grupo nos centraremos en conocer los datos formativos y laborales más notables que nos permita indagar y profundizar en el objeto de estudio.

Tabla 5.1.3.1: Usuarios atendidos en los centros según su nivel de estudios.

NIVEL DE ESTUDIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNO	-	-
ESTUDIOS PRIMARIOS	32	53.3
ESO	19	31.6
BACHILLER	7	11.7
ESTUDIOS UNIVERSITARIOS	1	1.7
MÁSTER	-	-
OTRA	1	1.7
NS/N.C.	-	-
TOTAL	60	100

La mayoría de los hombres, el 53,3%, sólo tienen estudios primarios, ya que no terminan la ESO, la abandonan en 2º o 3º. Seguido de un 31,6% que sí la tienen y un 11,7% que tienen bachiller. Es decir, tenemos un porcentaje muy alto entre los usuarios que sólo tienen estudios primarios o la ESO (84.9%), lo que corrobora que puede ser una característica relevante en este tipo de perfil.

Tabla 5.1.3.2: Usuarios atendidos en los centros según su situación laboral.

SITUACIÓN LABORAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TRABAJANDO	24	40
PARADO	33	55
PENSIONISTA	1	1.7
INCAPACIDAD PERMANENTE	2	3.3
NS/N.C.	-	-
TOTAL	60	100

La situación laboral de los hombres encuestados es en su mayoría de una situación de desempleo, con un 55%, es decir, más de la mitad de las personas usuarias se encuentran parados laboralmente. Sólo un 40% se encuentra trabajando y el 5% restante es pensionista o tiene incapacidad permanente.

5.1.4 PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN DE PAREJA

Centrándonos en las relaciones de pareja de los usuarios de la investigación, conoceremos sus pensamientos a cerca de las mismas.

Tabla 5.1.4.1: Usuarios atendidos en los centros según si tienen pareja.

TIENEN PAREJA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	38	63.3
NO	22	36.7
TOTAL	60	100

Vemos como el 63,3% de los usuarios tienen pareja frente a un 36,7% que no.

Tabla 5.1.4.2: Usuarios atendidos en los centros según el tipo de relación que mantienen con su pareja.

TIPO DE RELACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NULA	3	7.9
MALA	20	52.6
NORMAL	6	15.8
BUENA	8	21.1
EXCELENTE	1	2.6
OTRA	-	-
TOTAL	38	100

En esta tabla, el total son 38 personas puesto que nos estamos centrando sólo en los usuarios que respondieron tener pareja. En relación con esto, cabe destacar que el 52.6% de los encuestados refieren tener una mala relación con sus parejas, seguido de un 39.5% que afirman que tienen una normal, buena o excelente relación con las mismas. Existiendo un 7,9% que consideran la relación con su pareja nula.

Es llamativo, que del 63,3% que tienen pareja, más de la mitad, el 52.6%, describen tener una mala relación con su pareja.

Tabla 5.1.4.3: Usuarios atendidos en los centros según si se consideran personas muy protectoras con sus parejas.

PERSONA MUY PROTECTORA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	49	81.7
NO	11	18.3
NS/N.C.	-	-
TOTAL	60	100

Como se puede observar en la tabla, el 81,7% de los encuestados se consideran personas muy protectoras con sus parejas, seguido de un 18,3% que dicen que no.

Tabla 5.1.4.4: Usuarios atendidos en los centros según su conocimiento a cerca de las contraseñas de las redes sociales de su pareja.

CONOCIMIENTO DE LAS CONTRASEÑAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	24	40
NO	36	60
NS/N.C.	-	-
TOTAL	60	100

El 60% de los encuestados no se saben las contraseñas de las redes sociales de sus parejas. Frente a un 40% que sí las conocen.

Tabla 5.1.4.5: Usuarios atendidos en los centros según el control que ejercen sobre el móvil de su pareja.

CONTROL DEL MÓVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	38	65
NO	22	35
NS/N.C.	-	-
TOTAL	60	100

En cuanto, al teléfono móvil, más de la mitad de los hombres si revisan el móvil a sus parejas, un 65%. El resto relatan que no (35%). Lo que afirma la posible existencia de control que tienen hacia sus parejas.

Tabla 5.1.4.6: Usuarios atendidos en los centros según el conocimiento de la existencia de los/as amigos/as de la pareja.

CONOCEN A LOS/AS AMIGOS/AS DE LA PAREJA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	48	80
NO	8	13.3
NS/N.C.	4	6.7
TOTAL	60	100

De los hombres encuestados, el 80% conocen a los amigos de la pareja. Seguido del 13,3% que afirman que no. Y un 6,7% que prefieren no responder.

Tabla 5.1.4.7: Usuarios atendidos en los centros según la relación existente con los/as amigos/as de la pareja.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENA	20	33.3
REGULAR	4	6.7
MALA	36	60
NS/N.C	-	-
TOTAL	60	100

En relación con la tabla anterior, de esos 80% que sí conocen a los y las amigos/as de su pareja, el 60% no se llevan bien con los mismos, es decir, tienen una mala relación. El 6,7% refieren tener una relación regular, o sea, ni mala ni buena. Y el 33.3% dicen que sí tienen buena relación con los amigos de sus parejas.

Tabla 5.1.4.8: Usuarios atendidos en los centros según su posición respecto a los celos.

POSICIÓN CELOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NADA	1	1.7
POCO	6	10
ALGO	19	31.7
MUCHO	20	33.3
DEMASIADO	14	23.3
TOTAL	60	100

Tratando el tema de los celos, más de la mitad de los encuestados se califican como personas muy o demasiado celosas con un 56,6%.

Tabla 5.1.4.9: Usuarios atendidos en los centros según el control del dinero en el hogar.

MANEJA EL DINERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
YO	19	31.7
MI PAREJA	9	15
AMBOS	3	5
OTRA	29	48.3
TOTAL	60	100

Al 48,3% de los encuestados le manejan el dinero otra persona, en este caso: su madre en la mayoría de los casos. Seguido de un 31,7% que se manejan el dinero ellos mismos. Después un 15% le maneja el dinero su pareja, y un 5% ambos.

Tabla 5.1.4.10: Usuarios atendidos en los centros según si se rinden cuentas de lo que gastan.

SE RINDEN CUENTAS DE LO QUE GASTAN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	41	68.3
NO	19	31.7
NS/N.C.	-	-
TOTAL	60	100

En relación con la tabla anterior, el 68,3%, es decir, más de la mitad, sí rinden cuentas de lo que gastan. Los encuestados relatan que no confían en ellos y por eso les manejan el dinero sobre todo las madres. Por otro lado, un 31,7% afirman que no rinden cuentas de lo que gastan, pero si controlan el dinero de lo que gastan sus parejas.

Tabla 5.1.4.11: Usuarios atendidos en los centros según la frecuencia de discusiones con su pareja.

¿SUELES DISCUTIR CON TU PAREJA?	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	36	60
NO	17	28.3
NS/N.C.	7	11.7
TOTAL	60	100

El 60% de los usuarios suelen discutir con su pareja. Seguido de un 17% que afirman que no y un 11,7% que no saben o no contestan.

Tabla 5.1.4.12: Usuarios atendidos en los centros según la reacción que tienen cuando discuten.

REACCION ANTE UNA DISCUSIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CULPABILIZAS	27	45
ACUSAS	1	1.6
AMENAZAS	-	-
COMPARTEN CULPA	6	10
NS/N.C.	16	26.7
OTRA OPCIÓN	10	16.7
TOTAL	60	100

En relación con la tabla anterior, cuando los encuestados discuten, tienden en su mayoría a culpabilizar a su pareja en un 45%, otros además de culpabilizarlas, juntan varias reacciones y además de culpabilizar, también acusan y amenazan con un 16.7%. Un 26,7% se abstienen a responder o no saben que contestar.

Tabla 5.1.4.13: Usuarios atendidos en los centros según su percepción sobre los roles de género establecidos por la sociedad.

GRADO DE ACUERDO Y/O DESACUERDO SOBRE LOS ROLES DE GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DE ACUERDO	25	41.7
EN DESACUERDO	35	58.3
NS/N.C.	-	-
TOTAL	60	100%

Más de la mitad de los hombres encuestados, no creen que los roles de género establecidos por la sociedad sean los correctos. Sin embargo, no hay mucha diferencia de los que piensan que sí; con un 41,7%.

5.1.5 PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA

En este apartado conoceremos la historia de violencia de los usuarios en relación al objeto de investigación.

Tabla 5.1.5.1: Usuarios atendidos en los centros según el control ante situaciones donde han tenido el impulso de ejercer violencia.

CONTROL DEL IMPUSLO DE EJERCER VIOLENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	57	95
NO	3	5
NS/N.C.	-	-
TOTAL	60	100

Abarcando el tema de la violencia, comprobamos que el 95% de los encuestados han tenido el impuso de ejercer violencia y se han controlado. Sólo, un 5% han tenido ganas y no se han controlado, el motivo que relatan es que se lo merecían.

Tabla 5.1.5.2: Usuarios atendidos en los centros según si han ejercido violencia en algún momento de su vida.

EJECUCIÓN DE VIOLENCIA EN ALGÚN MOMENTO DE LA VIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	60	100
NO	-	-
NS/N.C.	-	-
TOTAL	60	100

En esta tabla, confirmamos que el 100% de los hombres encuestados han ejercido violencia en algún momento de su vida.

Tabla 5.1.5.3: Usuarios atendidos en los centros según el tipo de violencia ejercida.

TIPO DE VIOLENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FÍSICA	2	3.3
PSICOLÓGICA	6	10
ECONÓMICA	-	-
SEXUAL	-	-
OTRA SITUACIÓN	52	86.7
TOTAL	60	100

En esta tabla podemos analizar, que no se suele dar un sólo tipo de violencia, al contrario, se ejecutan varias a la misma vez, por esa misma razón, el mayor porcentaje se encuentra en otra situación con un 86,7%. Dentro de este apartado, se subdivide de esta manera: el 41.7% de los usuarios manifiestan violencia psicológica junto a la física y la económica, seguido de la unión de la psicológica con la económica, en un 26,7%, después, la psicológica y la física en un 16,7%. Siendo la que menos se da la sexual con la combinación de las anteriores, en un 3.3%.

Por lo tanto podemos observar, y afirmar que las aportaciones de los autores son correctas, la principal violencia que se da es la psicológica, ya que está presente en todas los otros tipos de violencia.

Tabla 5.1.5.4: Usuarios atendidos en los centros según hacia quién o qué ejercen la violencia.

HACIA QUIÉN/ QUÉ EJERCEN LA VIOLENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AMIGOS/AS	-	-
PADRES	11	18.3
HERMANOS/AS	1	1.7
PAREJA	19	31.7
MOBILIARIO	3	5
OTRA SITUACIÓN	26	43.3
TOTAL	60	100

Vemos en relación con la tabla anterior, que los tres tipos de violencia principales son la psicológica, la física y la económica. En esta añadimos que la ejercen principalmente, hacia sus parejas en un 31,7% seguido de a sus padres en un 18,3%. Además como en esta cuestión la respuesta puede ser múltiple, vemos en otra situación, que el 43,3% se

subdivide en un 33% que se da en ambos casos, es decir, hacia parejas y padres a su misma vez. Las personas hacia las que menos ejercen violencia son hacia sus amigos y hermanos, en un 10.3% en su conjunto.

Tabla 5.1.5.5: Usuarios atendidos en los centros según su arrepentimiento después de la ejecución de la violencia. Después de haber ejercido violencia.

ARREPENTIMIENTO DESPÚES DE LA EJECUCIÓN DE LA VIOLENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	52	86.7
NO	7	11.7
NS/N.C.	1	1.6
TOTAL	60	100

El 86,7% de los encuestados se arrepienten de haber ejercido la violencia. El 11,7% que dice que no, refiere que no se arrepienten porque se lo han merecido. Por último, un 1,6% no saben o no contestan.

Tabla 5.1.5.6: Usuarios atendidos en los centros según su pérdida de control cuando ejercen violencia.

PIERDES EL CONTROL MÁS DE LO QUE PENSABAS CUANDO EJERCES VIOLENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	57	95
NO	3	5
NS/N.C.	-	-
TOTAL	60	100

Observamos en esta tabla, que el 95% afirman perder el control más de lo que pensaban frente a un 5% que dicen que no.

Tabla 5.1.5.7: Usuarios atendidos en los centros según donde ocurren los episodios de violencia.

LUGAR DONDE OCURREN LOS EPISODIOS DE VIOLENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOGAR	53	88.3
ESPACIOS PÚBLICOS	3	5
AMBOS	4	6.7
N.S/N.C	-	-
TOTAL	60	100

Podemos percibir que el lugar principal donde ocurren los episodios de violencia es dentro del hogar, en un 88,3%. Un 5% en lugares públicos y un 6,7% la llevan a cabo en ambos lados.

5.1.6 PERCEPCIÓN DE LAS DROGAS

En este apartado conoceremos la historia de consumo de los usuarios en relación al objeto de investigación.

Tabla 5.1.6.1: Usuarios atendidos en los centros según si han ejercido violencia estando bajo los efectos de alguna sustancia.

HAS EJERCIDO VIOLENCIA BAJO LOS EFECTOS DE ALGUNAS SUSTANCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	56	93.3
NO	4	6.7
NS/N.C.	-	-
TOTAL	60	100

Analizamos en esta tabla, que el 93,3% de los encuestados han ejercido violencia estando bajo los efectos de alguna sustancia. Seguido de un 6,7% que afirman decir que no.

Tabla 5.1.6.2: Usuarios atendidos en los centros según la sustancia consumida.

SUSTANCIA CONSUMIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALCOHOL	18	30
TABACO	-	-
CANNABIS	4	6.7
COCAÍNA	5	8.3
OPIÁCEOS	3	5
ANFETAMINAS	-	-
HIPNOSEDANTES	-	-
ALUCINÓGENOS	-	-
DROGAS SINTÉTICAS	-	-
OTRAS OPCIONES	30	50
TOTAL	60	100

La principal sustancia que se consume sola es el alcohol con un 30%, seguido de la cocaína un 8,3%, el cannabis 6,7% y los opiáceos con un 5%.

Como la pregunta era de respuesta múltiple, el conjunto de sustancias más consumidas son el alcohol y la cocaína con un 23,3%, seguido del alcohol junto al cannabis, con un 6,7%. Y con este mismo porcentaje, alcohol con el cannabis y el tabaco y por otro lado, el alcohol con opiáceos. Después la unión del alcohol con la cocaína y cannabis en un 5% y el que menos la cocaína con el tabaco y el alcohol en un 1,7%. El conjunto de todo esto da el 50% de otras opciones.

Tabla 5.1.6.3: Usuarios atendidos en los centros según cuantas veces han recurrido al consumo tras un conflicto.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NUNCA	1	1.7
A VECES	31	51.6
SIEMPRE	28	46.7
TOTAL	60	100

En esta tabla, podemos analizar que casi todos los encuestados el 98,3% han recurrido al consumo cuando han tenido un conflicto a veces o siempre. Sólo un 1,7% nunca ha utilizado el consumo cuando ha tenido un conflicto.

Tabla 5.1.6.4: Usuarios atendidos en los centros según cuántas veces han utilizado la droga para ejercer violencia.

UTILIZACIÓN DE LA DROGA PARA EJERCER VIOLENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NUNCA	51	85
A VECES	8	13.3
SIEMPRE	1	1.7
TOTAL	60	100

Sin embargo, en esta tabla y en relación con la anterior, es de destacar, que el 85% jamás han utilizado la droga para ejercer violencia. Seguido de un 13,3% que la utilizado a veces y un 1,7% que la utiliza siempre.

Tabla 5.1.6.5: Usuarios atendidos en los centros según con qué estilo de afrontamiento se identifican.

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PASIVO	49	81.7
AGRESIVO	6	10
ASERTIVO	4	6.6
NS/N.C	1	1.7
TOTAL	60	100

Es muy característico, que el 81,7% de los encuestados que presentan la doble condición, es decir, que ejercen violencia y además tienen un problema con el consumo, se consideran personas pasivas. Seguido de un 10% que se consideran personas agresivas, y un 6,6% asertivo.

5.2 PROFESIONALES

A continuación, se exponen los resultados acerca de los datos sociodemográficos de los y las profesionales a los que se han entrevistado. Añadiendo su grado de acuerdo y/o desacuerdo de las diferentes afirmaciones realizadas; terminando por conocer la incidencia de este tipo de perfil en sus respectivos centros, percatándonos de que tipo de violencia es la predominante y hacia quién la ejercen y qué tipo de sustancia es la más consumida.

5.2.1 DATOS DE CLASIFICACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN LA INVESTIGACIÓN.

En este apartado se presentan unos datos necesarios para conocer las características básicas de los y las profesionales entrevistados, es decir: sexo, edad, formación académica, desempeño laboral y localización del centro donde trabaja.

Tabla 5.2.1.1: Profesionales entrevistados según el sexo.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUJER	6	54.6
HOMBRE	5	45.4
TOTAL	11	100

Como observamos en la tabla, de los 11 profesionales entrevistados pertenecientes a ANTAD, el 54,6% son mujeres y el 45,4% hombres.

Tabla 5.2.1.2: Profesionales entrevistados según la edad.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de 30 años	-	-
De 31 a 45 años	7	63.7
De 46 a 65 años	4	36.3
TOTAL	11	100

La mayor franja de edad está comprendida entre los 31 y 45 años con un 63,7%, siguiéndole los mayores de 46 años, con un 36,3%.

Tabla 5.2.1.3: Localidad del centro donde desempeña su labor profesional.

LOCALIDAD DEL CENTRO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
GRANADILLA	5	45.4
ICOD DE LOS VINOS	2	18.2
EL PUERTO DE LA CRUZ	1	9.1
LA MATANZA	1	9.1
LOS REALEJOS	2	18.2
TOTAL	11	100

La mayor parte de los profesionales se encuentra en Granadilla de Abona (45,4%), ya que allí se encuentra dos servicios, por un lado, la Unidad Residencial de Drogodependencias (UAD) y por otro lado, la Unidad Residencial de Drogodependencias (URAD).

5.2.2 ÁREA LABORAL

En este apartado conoceremos la labor profesional que desempeñan los y las profesionales entrevistados/as.

Tabla 5.2.2.1: Profesionales entrevistados según la profesión.

PROFESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TRABAJO SOCIAL	6	54.6
PSICOLOGÍA	5	45.4
TOTAL	11	100

Las entrevistas fueron realizadas a 6 trabajadores/as sociales (54,6%) y a 5 psicólogos/as (45,4%).

5.2.3 ÁREA FORMATIVA

A continuación conoceremos la formación universitaria tanto en drogodependencias como en violencia que presentan los y las profesionales entrevistados/as.

Tabla 5.2.3.1.: Formación universitaria en drogodependencias.

FORMACIÓN EN DROGAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	5	45.4
NO	6	54.6
TOTAL	11	100

Un dato muy característico que podemos observar en esta tabla, es que a pesar de su sector laboral sea las drogodependencias, más de la mitad de los entrevistados (54,6%), no tienen formación universitaria en drogodependencias.

Tabla 5.2.3.2: Formación universitaria en violencia.

FORMACIÓN EN VIOLENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	3	27.2
NO	8	78.8
TOTAL	11	100

Lo mismo observamos en esta tabla, el 78,8% de los profesionales no tienen formación universitaria en drogodependencias, sólo un 27,2% cuenta con ella.

5.2.4 PERCEPCIÓN SOBRE LA VIOLENCIA Y LAS DROGAS

En este apartado, los y las profesionales manifestaran el grado de acuerdo y/o desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones. Para continuar conociendo, otros aspectos como la incidencia de este tipo de perfil en sus respectivos centros.

		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.Los roles de género contribuyen a la actuación de violencia ejercida por parte de los hombres hacia sus parejas.	f	-	-	1	4	6
	%	-	-	9	36.4	54.6
2.La estructura familiar autoritaria influye en la ejecución de la violencia.	f	-	-	2	4	5
	%	-	-	18.2	36.4	45.4
3.La estructura familiar disfuncional influye en el consumo de sustancias.	f	-	1	2	4	4
	%	-	9	18.2	36.4	36.4
4.Las pautas democráticas utilizadas por los padres y madres en el proceso de crecimiento son factores de protección	f	-	1	1	3	6
	%	-	9	9	27.4	54.6
5.El grupo de iguales induce a las personas a la doble condición (dependencia a las drogas y que presenta violencia)	f	-	1	4	4	2
	%	-	9	36.4	36.4	18.2
6.El fracaso académico es un hecho o circunstancia de riesgo en la relación a la doble condición.	f	-	1	-	7	3
	%	-	9	-	63.6	27.4
7.Los trastornos psicopatológicos son frecuentes en las personas con la doble condición.	f	-	-	4	3	4
	%	-	-	36.6	27.2	36.4
8.Aquellos que ejercen violencia previamente han sido víctimas.	f	-	2	3	4	2
	%	-	18.2	27.2	36.4	18.2
9.Las políticas educativas no sancionan adecuadamente las conductas violentas.	f	-	1	2	3	4
	%	-	9	18.2	27.3	45.4
10.La escases de habilidades comunicativas está relacionada con las personas con la doble condición.	f	-	1	1	4	5
	%	-	9	9	36.4	45.4
11.Los estilos afrontamiento tienen relación con la doble condición.	f	-	-	2	5	4
	%	-	-	18.2	45.4	36.4
12.El estilo inhibido del comportamiento tiene relación con la doble condición.	f	-	1	2	7	1
	%	-	9	18.2	63.8	9
13.El estilo agresivo del comportamiento tiene relación con las personas con la doble condición	f	-	1	2	6	2
	%	-	9	18.2	54.6	18.2
14.El estilo asertivo del comportamiento tiene relación con las personas con la doble condición	f	3	2	6	-	-
	%	27.3	18.2	54.5	-	-
15.La violencia y el consumo de sustancias están estrechamente relacionadas	f	-	1	3	7	-
	%	-	9	27.3	63.7	-
TOTAL	f					11
	%					100

Tras la recapitulación de los datos obtenidos de los y las profesionales en la tabla anterior, podemos analizar diferentes resultados.

En primer lugar, observamos que los y las profesionales están mayoritariamente de acuerdo o muy de acuerdo con la primera afirmación, es decir, el 91% piensa que los roles de género contribuyen a la actuación de violencia ejercida por parte de los hombres hacia su pareja.

En segundo lugar, y centrándonos en la estructura familiar contemplamos que tanto la estructura familiar autoritaria como disfuncional influyen en la ejecución de la violencia. En la primera el grado de acuerdo de los/as encuestados se encuentra en un 81,8% y en el segundo en un 72,8, por tanto, en una comparación entre ambas, los y las profesionales creen que tiene más influencia la estructura familiar autoritaria. Por otro lado, y siguiendo el análisis en el ámbito familiar, los y las profesionales piensan en su mayoría que las pautas democráticas utilizadas por los padres y madres en el proceso de crecimiento son factores de protección (82%).

En tercer lugar, y analizando al grupo de iguales, encontramos más controversia y diversidad de opiniones entre los y las profesionales; unos creen que si que son un factor que induce a los hombres del estudio a la doble condición con un 36,4%, y otros, no están tan de acuerdo presentando el mismo porcentaje.

En cuarto lugar, abordamos el ámbito familiar, con la afirmación de diferentes ítems. La primera que abarcamos es; si los y las entrevistados/as creen que el fracaso académico es un hecho o circunstancia de riesgo en la relación a la doble condición. Frente a esto, más de la mitad piensan que es correcta dicha afirmación con un 63,3%. La segunda que planteamos es; si las políticas educativas no sancionan adecuadamente las conductas violentas. Y ante esta afirmación, la mayoría 72,7% están totalmente de acuerdo o simplemente de acuerdo con lo dicho.

También analizamos otras afirmaciones. Una de ellas es, si ellos y ellas creen que los trastornos psicopatológicos son frecuentes en las personas dependientes a drogas que presentan violencia doméstica o de género, ante esto, existe una igualdad de opiniones entre los y las encuestados/as; unos piensan que están totalmente de

acuerdo con un 36,4% y otros con el mismo porcentaje, no se posicionan, es decir, no están ni de acuerdo ni en desacuerdo. Otras de las afirmaciones que valoran los y las profesionales es si ellos estiman que aquellos que ejercen violencia previamente han sido víctimas. Con esta afirmación existe más diversidad de opiniones. Algunos/as piensan que están de acuerdo con un 36,4%. Seguido de n un 27,8% que no se posicionan. Por último, se encuentra una igualdad de porcentajes entre los que creen que es totalmente cierto y los que no están de acuerdo.

Asimismo, planteamos diferentes afirmaciones a cerca de los estilos de afrontamiento. En relación con esto, los profesionales y las profesionales opinan que tanto el estilo inhibido como el estilo agresivo son los que más influencia y relación tienen con la doble condición (72%).

Por último, la valoración de los y las entrevistados/as sobre si la violencia y el consumo de sustancias están estrechamente relacionadas, es mayoritariamente positiva, es decir, el 63,7% creen que si que existe un correlación entre ambas variables.

Tabla 5.2.4.2: Profesionales entrevistados según la incidencia de violencia y consumo de drogas en sus respectivos centros.

INCIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NADA	-	-
POCO	3	27.2
MUCHO	4	36.4
BASTANTE	4	36.4
TOTAL	11	100

Analizando esta tabla vemos que es característico y en relación con nuestro tema de investigación que existe alta incidencia en los centros sobre este tema. Los y las profesionales se posicionan con un 72,8% en que existe entre mucha y bastante incidencia.

Tabla 5.2.4.3: Profesionales entrevistados según la droga que consumen los hombres con estas características que vienen a su centro.

DROGAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALCOHOL	8	72.8
TABACO	-	-
CANNABIS	-	-
COCAÍNA	1	9
OPIÁCEOS	-	-
ANFETAMINAS	-	-
HIPNOSEDANTES	-	-
ALUCINÓGENOS	-	-
DROGAS SINTÉTICAS	-	-
OTRA OPCIÓN	2	18.2
TOTAL	11	100

Esta tabla viene un poco a demostrar los que dicen los autores en sus estudios, el alcohol es la droga que está presente con este tipo de perfil de usuario en un 72,8%, seguido del conjunto de drogas alcohol más cocaína en un 18,2%, que lo encontramos en el apartado de otra opción, ya que se trataba de un pregunta con respuesta múltiple.

5.2.4.4: Profesionales entrevistados según el tipo de violencia predominante en este tipo perfil de hombres.

TIPO DE VIOLENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FÍSICA	-	-
PSICOLÓGICA	4	36.4
SEXUAL	-	-
ECONÓMICA	-	-
OTRA OPCIÓN	7	63.6
TOTAL	11	100

La violencia psicológica es la predominante en este tipo de perfil de usuario con un 36.4% seguido en igualdad de porcentajes, el conjunto de física, psicológica y sexual con un 27,3% y la física, psicológica y económica. El menor porcentaje, la psicológica y sexual (9%). Y la suma de estas tres, da el 63,6%.

5.2.4.5: Profesionales entrevistados según hacia quién ejercen la violencia.

HACIA QUIEN LA EJERCEN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PAREJA	2	18.2
MADRE	2	18.2
PADRE	-	-
HERMANO/A	-	-
OTRA OPCIÓN	7	63.6
TOTAL	11	100

El dato más evidente y característico es que las personas hacia quien más ejercen violencia es hacia sus parejas y madres en igualdad de porcentajes. Al ser una pregunta con respuesta múltiple, el apartado de otra opción (63,6%), se subdivide en un 36,4% que la ejercen a la pareja y la madre, y otro, 27,2% que lo ejercen hacia las mismas personas y además a su padre.

5.2.4.6: Profesionales entrevistados según si tienen programas específicos de prevención.

PROGRAMAS ESPECIFICOS DE PREVENCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	1	9
NO	10	91
NS/N.C.	-	-
TOTAL	11	100

Por último y un dato muy relevante vemos con un 91% que ninguno de los centros tiene un programa específico de prevención, y todos creen que es importante tenerlo.

6. RECAPITULACIÓN Y CONCLUSIONES

Una vez expuestos los resultados de los datos extraídos y el consiguiente resumen de cada uno de los ítems que hemos representado, nos introduciremos a analizar, contrastar y relacionar los resultados obtenidos, tanto con los antecedentes teóricos como con las hipótesis y objetivos planteados.

En primer lugar, Villanueva (2013), afirma que el grupo etario de las personas dependientes a drogas que tienen perfiles violentos, se ubica entre los 40 y 49 años.

Según los datos obtenidos en la investigación, la edad media de los hombres entrevistados oscila entre los 30 a los 45 años con un 51,7%.

Además, se debe destacar como dato relevante que otra gran mayoría y cada vez más, un 18,3% se da en perfiles de menores de edad que comprenden las edades de 15 a 20 años.

Otro de los temas que abordamos es la nacionalidad. El Observatorio Vasco de Drogodependencias (2007), manifiestan que muchos estudios culturales demuestran que hay diferencias en y entre culturas en cuanto a cómo se consume alcohol u otras drogas y qué conducta se espera de este consumo.

Con el estudio de investigación observamos que hay cierta igualdad de porcentajes entre usuarios de nacionalidad española en un 55% con usuarios de otras nacionalidades con un 45%, el motivo principal de estos datos se puede deber a la zona donde se ha realizado la investigación, ya que Granadilla de Abona, pertenece al sur de la isla de Tenerife, zona turística donde suelen vivir diferentes nacionalidades. Pero también podemos observar que la tasa de consumo de drogas es más alta en España, que en las otras nacionalidades (Italia, Alemania, Finlandia, Uruguay, Argentina, entre otras...), sin embargo, una conducta violenta bajo los efectos de las sustancias es más frecuente en las otras nacionalidades.

Continuamos analizando el ámbito familiar de las personas dependientes a drogas que presentan violencia doméstica y/o de género. Y según Echeburúa (1996), los hombres que en su infancia han sido testigos de experiencias de maltrato, y además la jerarquía de su casa ha estado centrada en un solo miembro (padre), tiene mayor probabilidad de maltratar a su pareja que los que no tienen estas características. Tras haber realizado la investigación se afirma lo que dice este autor; la mayoría de los entrevistados tienen padres separados (70%), con un entorno familiar desorganizado, con las relaciones familiares desligadas y desvinculadas. Siendo el 51,7% en la infancia, víctimas de violencia, directa o indirectamente, pudiendo dar lugar a sus conductas antisociales.

En relación con lo anterior, al tener baja cohesión familiar, un clima afectivo inadecuado y estilos educativos erróneos, hacen que presenten en el ámbito escolar, bajo rendimiento, absentismo, poca implicación en las tareas, entre otras características. Presentando un nivel educativo bajo, de nivel primario ya que todos empiezan la Educación Secundario Obligatoria (ESO) pero la abandonan en segundo o tercero de la ESO con un 53.3%.

A raíz de esto, y al sentirse sin protección ni tener el apoyo de un ejemplo a seguir, se apoyan y aferran a su grupo de iguales, es decir, a sus amigos/as; comenzando el tonto con el consumo y sus malos comportamientos con las familias, las parejas o incluso con los agentes de la ley. Además, los y las profesionales opinan que las políticas educativas no sancionan correctamente los actos violentos en los centros escolares.

En cuanto al ámbito laboral, la mayoría de los usuarios (55%) se encuentran en situación de desempleo actualmente. Ochoa y Madoz, (2008), afirman que tienen gran repercusión el consumo de sustancias y las conductas violentas en el medio laboral debido a las enfermedades, los accidentes laborales, el absentismo, la disminución de la productividad; y además, por el mal ambiente entre los compañeros, poco manejo del estrés, poca tolerancia a la frustración; entre otras. Por ello la gran parte de ellos vuelven a vivir con su madre o respectivas parejas (61,7%), porque dejan de tener el respaldo económico que necesitan y lo buscan en ellas.

La mayoría de ellos tienen pareja (63,3%), pero la relación con las mismas, la califican como mala (33,3%), considerándola una relación tóxica. Narrando, a la misma vez, que no terminan la relación porque no se ven sin ellas, las necesitan y por eso se conceptúan como personas muy protectoras con ellas en un 81,7%.

Villanueva (2013) señala que la incapacidad de controlar los impulsos, induce a comportamientos violentos hacia su pareja o cualquier otro miembro de la familia, por parte de los consumidores de alcohol y otras drogas. Comportamiento que se debe a desajustes dentro del repertorio conductual el consumidor que propicia a la aparición de conductas como: amenazar, chantajear, exigir, etc.

En la investigación analizamos otros aspectos como el control de las redes. La mayoría de los usuarios no se sabían las contraseñas de las mismas (60%), pero sin embargo, si revisaban el teléfono y lo controlaban casi a diario (65%). Con las relaciones de amistad de su pareja, también existe control; el 80% de los encuestados conocían a los/as amigos/as, pero la relación con ellos/as era mala (60%).

En relación con los celos, ellos se puntuaban en tres o más de tres en una escala del uno al cinco, siendo uno nada y cinco mucho. El porcentaje más alto, y donde más se ponderaban era en la posición número cuatro, con un 33,3%.

Con el manejo del dinero, el control lo dejan de llevar ellos cuando vuelven a vivir con su madre (48.3%), afirman que se debe a la desconfianza que generan hacia ellos por su problema con la adicción, principalmente. Sin embargo, cuando conviven con su pareja, el control de dinero lo llevan ellos (31,7%) y además se rinden cuentas de lo que gastan, controlándoles el dinero a las mismas. Cuando discuten con ellas (60%), tienden a culpabilizarlas y acusarlas, ellas “tienen la culpa de todo”. Corroborando por tanto que las aportaciones de Villanueva son correctas. Siendo relevante y llamativo que la mayoría creen que los roles de género establecidos socialmente no son los correctos.

El abuso de alcohol y otras drogas, se correlaciona de forma muy significativa con la violencia. Por ejemplo, el alcohol está presente en más del 50% de los casos de violencia contra la mujer en el mundo (Sanmartín, 2003). Pero aunque la droga más estudiada en relación con la violencia de género es el alcohol, no es la única que habrá que considerar aquí. Otras drogas pueden estar relacionadas con comportamientos agresivos y violentos.

Se ha asumido que el consumo de alcohol conlleva consecuencias indeseables, supuestamente provocadas por sus características farmacológicas o por sus efectos desinhibitorios. Se sugiere que el alcohol puede influir en la actitud y comportamiento subsiguiente del delincuente hacia la víctima, aumentando el potencial de violencia y humillación adicional (Observatorio Vasco de Drogodependencias, 2007). La cocaína rara vez es un impulsor o causante de comportamiento violento, sin embargo, las dosis grandes de cocaína pueden dar lugar a un comportamiento errático, extraño o violento

(Caballero, 2005). Así, casi toda la violencia asociada a heroína se puede atribuir a las políticas referentes a su control, más que a cualquier otra característica farmacológica inherente a esta (Observatorio Vasco de Drogodependencias, 2007).

En la investigación, observamos que la droga principal que se consume es el alcohol en un 80,1%, seguido de la cocaína con un 38,3%, el cannabis en un 25,1% y los opiáceos con 11,7%.

El lugar principal donde ocurren los episodios de violencia es dentro del hogar, las víctimas hacia que la ejercen son la pareja y la madres de los mismos agresores y la violencia que más ejercen es la psicológica, seguida de la física y la económica. Coincidiendo los resultados de los usuarios entrevistados con los de los y las profesionales.

El 86,7% de los agresores se arrepienten de haber ejercido los actos violentos, además afirman que pierden el control más de lo que pensaban, por ello el 98,3% recurren al consumo cuando tienen un conflicto, sin embargo, no utilizan primero la droga para después realizar el acto violento sino al contrario, el 93,3% han estado bajo los efectos de alguna sustancia en el momento o recurren al consumo después de los actos violentos.

Las investigaciones contemplan que hombres con un comportamiento agresivo eran más proclives, después de haber consumido alcohol, a involucrarse en actos violentos. Los bebedores crónicos que tienen un carácter hostil o irritable tienden a adquirir comportamientos violentos (Observatorio Vasco de Drogodependencias, 2007). Sin embargo, un dato muy característico del estudio que me ha llamado mucho la atención es que el 81,7% de los encuestados se consideran personas pasivas. Y comparten la misma opinión los y las profesionales entrevistados con un 63,7%. Por lo tanto no coinciden los datos que contemplamos en el marco teórico con lo que se demuestra en la población objeto del estudio.

Existen importantes modelos teóricos que han explicado hasta ahora la relación existente entre violencia y abuso de sustancias, estos son el modelo de desinhibición y modelo de factores de contexto (Nogués, Altell y Ferrer, 2004).

Tras el estudio de investigación, el modelo preferente en el que se basa y esta incluido este perfil de usuario es el segundo, factores de contexto. Este postula que es necesario atender a este último para explicar la relación entre el abuso de sustancias y la violencia como las características educativas, familiares, laborales, económicas, incluyendo sus creencias y actitudes respecto a las mujeres.

Así, si esta relación es compleja, vemos que no está necesariamente relacionada con las características farmacológicas de la sustancia. Sino que, el efecto que tienen las drogas en el comportamiento de una persona depende de una amplia gama de factores que, por un lado, son el resultado del consumo de la droga y, por otro lado, no dependen de ella.

En definitiva, las características socioambientales de los hombres que tienen una adicción a sustancias y además presentan violencia de género o doméstica son las siguientes:

- En cuanto a las características familiares, se tratan de hijos de padres separados, con un entorno familiar desorganizado, con relaciones familiares desligadas y/o desvinculadas y un clima afectivo inadecuado.
- En el ámbito escolar, son hombres con niveles educativos bajos, que presentan poca implicación escolar, bajo rendimiento e incluso absentismo.
- Si nos centramos en el ámbito laboral, la mayoría de los usuarios son desempleados, han perdido el empleo por su disminución de la productividad, absentismo, mal ambiente con los/as compañeros/as, entre otras.
- A raíz de esto, empiezan su consumo esporádico de sustancias, produciéndose un claro efecto sinérgico con otros factores que anticipan la violencia. Por este efecto, gradualmente, va distanciándose de sus amigos y actividades más pro-sociales y se va integrando en grupos más antisociales y relaciones de influencias tóxicas a los cuales toman como referentes y, en consecuencia, se exponen a situaciones en las que el uso de la violencia es más probable.

En definitiva, podemos afirmar, que la violencia y las drogas son problemáticas que se vinculan en un proceso circular, es decir, ninguna es causa de la otra, más bien, se retroalimentan mutuamente. Por esta misma razón, y tras demostrarse que este tipo

de perfil se da en los centros específicos de atención a las drogodependencias, se requiere abordar la problemática con intervenciones más integrales y multidisciplinarias, en los diferentes ámbitos.

Por un lado, la familia, ya que juega un papel fundamental en la formación de la identidad, el comportamiento y la relación de las personas con su entorno. Siendo el núcleo básico de la sociedad, donde se establecen modelos de comportamiento que han de manifestarse en el resto de escenarios sociales; de ahí la importancia de la prevención desde este ámbito (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2010).

Por tanto, la prevención en las familias se deberá centrar en la educación en la no-violencia desde los primeros años de vida, en el desarrollo de competencias prosociales y la socialización de formas de vinculación respetuosa y armónica. Por otro lado, se deberá enseñar a evitar el tabú de la información sobre las drogas, hay que hablar de los tipos de sustancias, de los efectos y las consecuencias de cada una de ellas, dándoles a entender a los padres y madres o cualquier miembro familiar que son agentes de salud y cambio (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2010).

Por otro lado, la escuela es el espacio de socialización más importante después de la familia, ya que permite modelar nuevos comportamientos que serán las bases de su relación con sus pares y la autoridad, durante su vida en sociedad. En ella, se enriquece la experiencia de vida, dotándola de nuevas normas, valores, creencias y actitudes que modelan la personalidad y que tendrán un efecto duradero en la vida (Berns, 2012 citado en Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2010).

Por ello, para el desarrollo de programas preventivos en este ámbito, se debe partir de las potencialidades que posee la misma involucrando a todos los miembros de la escuela como agentes de cambio, mediante medidas como: promocionar la salud que favorece el bienestar físico, psicosocial y ambiental; fomentar la tolerancia e inclusión y el respeto a las diferencias.

Al final, la escuela se convierte en un referente en la vida de la persona, donde se suma experiencias que brinda la sensación de pertenencia a un medio y a la identidad ligada a este (Negrete y Aurrecoechea, 2008).

El sector laboral es otro ámbito importante porque es donde desempeñamos nuestra labor profesional a lo largo de la vida. La prevención en este contexto se debe proponer desde una perspectiva integral basada en un modelo de calidad de vida y desarrollo humano, donde la salud, el bienestar y la seguridad laboral, sean los pilares de dicha política (Rodríguez de la Pinta, Maestre y Borda, 2011).

La prevención en este caso debería incluir métodos donde la participación de las y los trabajadores sea horizontal e interactiva. Desarrollando habilidades y competencias para prevenir y afrontar el acoso laboral, la violencia familiar, el consumo de drogas y otros riesgos en el trabajo (Rodríguez de la Pinta, Maestre y Borda, 2011).

En este estudio se demuestra que este tipo de perfil existe y con más frecuencia y en periodos de edad más tempranos, de lo que realmente se piensa, y es preocupante. Llama la atención, que cuando llegan a cualquier recurso desde que vean que tienen uso, abuso o dependencia con el consumo, aunque ni siquiera llegue a ser problema se le deriva directamente a servicios o unidades de desintoxicación y/o deshabituación de drogas. Unidades donde los profesionales que trabajan no tiene formación específica en el sector de la violencia y por tanto, principalmente tratan su dependencia a sustancias psicoactivas pero no siempre su problema con los factores violentos sea cual sean.

Por tanto, es completamente necesario trabajar en ello, porque la ejecución de esas medidas preventivas es responsabilidad conjunta de todos, porque somos todos agentes de cambio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agnew, R. (1992). Foundation for a general strain theory of crime and delinquency. *Criminology*, 30(1), 47-88.
- Alberdi, I. y Matas, N. (2003). La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. *Revista española de investigaciones Sociológicas*, 320-324.
- Alencar, R. y Cantera, L. (2012). Violencia de Género en la Pareja: una revisión teórica. *Psico*, 43(1), 116-126.
- Almenares, M.; Louro, I. y Ortiz, M. (1999). Comportamiento de la violencia intrafamiliar. *Revista cubana de Medicina general Integral*. Vol. 15, 285-292.
- Altell, G.; Pinazo, S. y Boronat, F. (2007). *Violencia doméstica y alcohol: cómo actuar desde el ámbito de las drogodependencias*. Fundación Salud y Comunidad.
- American Psychiatric Association: DSM-IV. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Amor, P.; Echeburúa, E.; de Corral, P.; Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias de maltrato. *Revista Internacional de Psicología clínica y de la Salud*, 2(2), 227-246.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (20 de diciembre de 1993). Artículo 1. *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104*. Asamblea General de las Naciones Unidas.
- Asociación de Cooperación Juvenil "San Miguel". (1999). *Cuaderno de información sobre drogas para trabajadores*. Santa Cruz de Tenerife: A.C.J "San Miguel".
- Barra, A. y Diazconti, R. (2013). *Guía para el debate. Las diferencias entre el uso, el abuso y la dependencia a las drogas*. Recuperado de México: Espolea: http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/gpd_uso_abuso_final.pdf
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. y Vázquez, F. (2001). *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. Madrid: Síntesis.
- Blay, N.; Calafat, A.; Juan, M.; Becoña, E.; Mantecón, A.; Ros, M. y Far, A. (2010). Violencia en contextos recreativos nocturnos: su relación con el consumo del alcohol y drogas entre jóvenes españoles. *Psicothema*, 22 (3), 393-402.
- Bonino, L. (2003). Masculinidad hegemónica e identidad masculina. *Dossiers feministes*, 6, 7-35.

- Bourdieu, P. y Passeron, J. C. (2001). Fundamentos de una teoría de la violencia simbólica. En P. Bourdieu, & J. C. Passeron, *La Reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza* (págs. 15-85). España: Popular.
- Burin, M. (1996). Género y psicoanálisis: subjetividades femeninas vulnerables. *Psiconet*, 1-12.
- Buss, D. (1996). *La evolución del deseo*. Madrid: Alianza.
- Caballero, L. (2005). *Adicción a cocaína: neurobiología clínica, diagnóstico y tratamiento*. Obtenido de Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/AdiccionCocaina.pdf>
- Cantera, M. L. (2002). La violencia doméstica. *Lectora: revista de dones y textualitat*, (8), 71-77.
- Carpentieri, M.; Cejas, M.; García, M. N.; Puyol, B.; Santana, T. y Tosco, P. (2004). *Cuaderno de información sobre drogas para profesores de la Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel*. S/C de Tenerife: Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel.
- Carrascosa Miguel, A. M. (2011). La Violencia de Género. En M. Alonso Álamo, R. Alonso Pascual, I. Álvarez Rodríguez, A. Arteta, J. Bermejo Berros, J. M. Bilbao Ubillas, . . . M. Rodríguez Rojo, *Estudios sobre la violencia*. (págs. 55-76). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Casas, M.; Bruguera, E.; Duro, P. y Pinet, C. (2011). Conceptos básicos en los trastornos adictivos. En J. Bobes, M. Casas, & M. Gutiérrez, *Manual de trastornos adictivos. 2 edc.* (págs. 17-26). España: Enfoque Editorial, S.C.
- Castillo, Á.; Pizarro, E.; Luengo, D. y Soto, G. (2014). Consumo de alcohol y autoinforme de eventos violentos en Chile. *Adicciones*, 26 (1), 46-53.
- Catalá, A.; Lila, M. y Oliver, A. (2013). Consumo de alcohol en hombres penados por violencia contra la pareja: factores individuales y contextuales. *Adicciones*, 25 (1), 19-28.
- Centro Reina Sofía. (2003). *Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja: Estadísticas y legislación*. Madrid: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- Chermack, S.; Fuller, B. y Blow, F. (2000). Predictors of expressed partner and nonpartner violence among patients in substance abuse treatment. *Drug and alcohol dependence*, 58 (1), 43-54.
- CIE-10. (2016). *Manual de codificación. CIE-10-ES-Diagnósticos*. Obtenido de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/UT_MANUAL_DIAG_2016_prov1.pdf
- Connel, R. (2001). La organización social de la masculinidad. *Biblioteca Virtual de Ciencias Sociales*, 1-25.
- Corsi, J.; Dohmen, M. L. y Sotes, M. Á. (1996). *Violencia masculina en la pareja: una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Barcelona: Paidós.

- De Corral, P. (2004). El agresor doméstico. En J. Sanmartín, *El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos*. (págs. 240-249). Barcelona: Ariel.
- De la Peña, E. M. (2007). *Fórmulas para la igualdad nº5. Fundación Mujeres*. Recuperado de Fundación Mujeres: <http://www.fundacionmujeres.es/maletincoeducacion/pdf/CUAD5horiz.pdf>
- Del Moral, M. y Fernández, L. (2009). Conceptos fundamentales en drogodependencias. En J. M. Ladero, P. Lorenzo-Fernández, J. C. Leza, & I. Lizasoain, *Drogodependencias: Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. (págs. 1-25). Madrid: Panamericana.
- DSM-IV. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Recuperado de American Psychiatric Association: <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagn3b3stico-y-estad3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>
- Echeburúa, E. (1996). *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E.; Fernández, J. y Amor, P. (2003). Psychopathological profile of men convicted of gender violence: A study in the prisons of Spain. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 798-812.
- Fernández, J.; Echeburúa, E. y Amor, P. (2005). Agresores contra mujeres en prisión y en la comunidad: un estudio exploratorio de un perfil diferencial. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49(2), 158-167.
- Fernández, J. y Echeburúa, E. (1997). Variables psicopatológicas y distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar: un análisis descriptivo. *Análisis y modificación de conducta*, 23(88), 151-180.
- Flynn, S. (1994). Consumo de sustancias tóxicas por adolescentes. En M. Fleming, *Guía clínica de los trastornos adictivos*. Madrid: Mosby Doyma.
- Garda, R. (2016). *Manual de técnicas para la sensibilización sobre violencia de género y masculinidad en la comunidad*. México: Hombres por la equidad a.c.
- Gelles, R. (1997). *Intimate Violence in Families*. SAGE publications.
- Graña, J. L.; Muñoz, J. J. y Navas, E. (2007). *Características psicopatológicas, motivacionales y de personalidad en drogodependientes en tratamiento de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Agencia Antidroga.
- Hardy, E. y Jiménez, A. L. (2001). Masculinidad y género. *Rev Cubana Salud Pública*; 27, 77-88.
- Harrison, L. (1995). The validity of self-reported data of drug use. *Journal of Drug Issues*, 25 (1), 91-111.
- Hirigoyen, M.F. (2001). El agresor. En M.-F. Hirigoyen, *El acaso moral* (págs. 109-119). Barcelona: Paidós.

- Labrador, F. J. (2004). *Mujeres víctimas de la violencia doméstica: programa de actuación*. Madrid: Pirámide.
- Ley Orgánica 1/2004. (28 de diciembre de 2004). BOE-A-2004-21760. *de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*. Gobierno de España: Ministerio de la Presidencia y para las Administraciones Territoriales.
- Lodoño, J. L.; Guerrero, R. y Gaviria, A. (2000). Violencia en América Latina: epidemiología y costos. *Asalto al desarrollo*, 11-57.
- Lorenzo, P.; Ladero, J. M.; Leza, J. C. y Lizasoain, I. (2009). *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. 3º edc*. Madrid: Panamericana.
- Magdalena, Y. y Rodríguez, P. (2011). *Guía didáctica de diagnóstico e intervención sanitaria en violencia de género en atención primaria. Instituto asturiano de la mujer*. Obtenido de Instituto asturiano de la mujer: http://institutoasturianodelamujer.com/iam/wp-content/uploads/2011/05/Gu%C3%ADa_diagn%C3%B3sitco_intervenci%C3%B3n_violencia_atenci%C3%B3n_primar%C3%ADa.pdf
- Mateos, A. (2014). *Programa Gener@-T. Programa socioeducativo para la prevención de la violencia de género en parejas adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Informe realizado por Gerardo Meil Landwerlin (Catedrático de Sociología de la Universidad Autónoma de Madrid)*. Obtenido de Análisis sobre la macroencuesta:
http://www.violenciagenero.mssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2012/pdf/IV_Macroencuesta_2011.pdf
- Mullender, A. (2000). *La violencia doméstica: una nueva visión de un viejo problema*. Barcelona: Paidós.
- National Institute on Drug Abuse. (2008). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: la ciencia de la adicción*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Instituto Nacionales de la Salud.
- Negrete, B. y Aurrecoechea, R. (2008). Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. *Panam Salud Publica* 24(4), 223-232.
- Nogués, V.; Altell, G. y Ferrer, X. (2004). *Abuso de alcohol y violencia doméstica. Interacción, problemas y sugerencias para la intervención*. Valencia: Generalitat Valenciana. Consellería de Sanidad.
- O'neil, J. y Harway, M. (1997). A multivariate model explaining men's violence toward women: Predisposing and triggering hypotheses. *Violence Against Women*, 3 (2), 182-203.

- Observatorio Vasco de Drogodependencias. (2007). *Estudio documental sobre drogas y violencia de género*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Ochoa, E. y Madoz, A. (2008). Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral. *Medicina y seguridad del trabajo* (54), 25-32.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2010). *Desarrollo de habilidades de la familia para la prevención de situaciones de riesgo. Resumen del proyecto*. UNODC.
- OMS. (2006). *Violencia inflingida por lapareja y alcohol*. Madrid: Organización Mundial de la Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- OMS. (2008). *Glósario de términos de alcohol y drogas*. Organización Mundial de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- OMS. (Noviembre de 2016). *Violencia contra la mujer: Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
- Ortego, M. D.; López, S.; Álvarez, M. L. y Aparicio, M. D. (2003). *La agresividad*. Cantabria: Universidad de Cantabria.
- Pascual, C.; Cavestany, M.; Moncada, S.; Melero, J. C.; Pérez, J. y Salvador, J. (2003). *Guía sobre drogas*. Recuperado de Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.: <https://www.uv.es/=cholz/InfPND.pdf>
- Pita, S. y Pértegas, S. (2002). Investigación cuantitativa y cualitativa. *Cad Aten Primaria*, 9, 76-78.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2007). *Guía sobre drogas*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Quinteros, A. y Carbajosa, P. (2008). *Hombres maltratadores. Tratamiento psicológico de agresores*. Madrid: Acebo.
- Redondo, N. y Graña, J. L. (2015). Consumo de alcohol, sustancias ilegales y violencia hacia la pareja en una muestra de maltratadores en tratamiento psicológico. *Adicciones*, 27 (1), 27-36.
- Rey, C. A. (2008). Prevalencia, factores de riesgo y problemáticas asociadas con la violencia en el noviazgo: una revisión de la literatura. *Avances en psicología latinoamericana*, 26 (2), 227-241.
- Rodríguez de la Pinta, M.; Maestre, M. y Borda, J. (2011). Violencia externa en el trabajo en el sector servicios. Consideraciones generales, notificación y protocolos de actuación. *Medicina y Seguridad del Trabajo*; 57, 53-71.

- Ruíz, I. *Violencia contra la mujer y la salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*. Recuperado de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/04modulo_03.pdf
- Salber, P.; Portela, M. J. y Taliaferro, E. (2000). *Reconocimiento y prevención de la violencia doméstica en el ámbito sanitario: cómo hacer las preguntas correctas y reconocer el maltrato: otra forma de salvar vidas*. . Barcelona: Cedecs.
- Sánchez, L. (2008). *Guía informativa: drogas y género. Plan de atención integral a la salud de la mujer de Galicia*. Galicia: Xunta de Galicia. Servizo Galego de Saúde.
- Sánchez, L. (2009). *Género y drogas. Plan de atención integral a la salud de la mujer de Galicia*. Galicia: Krissola diseño, S.L.
- Sánchez, L. (2012). *Género y Drogas. Guía Informativa*. Alicante: Diputación de Alicante. Igualdad y Juventud.
- Sanmartín, J. (2002). *La mente de los violentos*. Valencia: Ariel.
- Sanmartín, J. (2003). *Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja: estadísticas y legislación*. Madrid: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- Sanmartín, J. (2004a). Agresividad y violencia. En J. (. Sanmartín, *El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos* (págs. 21-22). Barcelona: Ariel.
- Sanmartín, J. (2004b). *El laberinto de la violencia. Causa, tipos y efectos*. Barcelona : Ariel.
- Sarasua, B.; Zubizarreta, I.; Echeburúa, E. y de Corral, P. (2007). Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja. *Psicothema*, 19(3), 459-466.
- Schultz, D. y Schultz, S. E. (2002). *Teorías de la personalidad*. São Paulo.
- Scott, J. (1990). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En M. Nash, & J. Amelang, *Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea* (págs. 23-56). Valencia: Alfons el Magnanim.
- Unicef.. *La violencia doméstica contra mujeres y niñas. Unicef*. Recuperado de Unicef: <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/digest6s.pdf>
- Villanueva, S. (2013). Violencia familiar asociado al consumo de sustancias psicoactivas en hombres que ejercen violencia. *Psicología*, 21 (1), 35-46.
- Volkow, N. (2008). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: la ciencia de la adicción*. Madrid: National Institute on Drug Abuse (NIDA).
- Walker, L. (1994). *Abused women and survivor therapy: A practical guide for the psychotherapist*. American Psychological Association.
- Walker, L. (2009). Descriptions of Violence and the Cycle of Violence. *The Battered Woman Syndrome*. 3^o ed. New York: Springer Publishing Company, 85-105.

Zarza, M. y Froján, M. X. (2005). Estudio de la violencia doméstica en una muestra de mujeres latinas residentes en Estados Unidos. *Anales de psicología*, vol. 21, Nº1, 18-26.

ANEXOS

ANEXO 1: CUESTIONARIO PARA LOS/AS PROFESIONALES

Estimado compañero/a: Soy Daniela Betancor Dorta, alumna de Trabajo Social, perteneciente a la Facultad de Ciencias Políticas, Sociales y de la Comunicación de la Universidad de La Laguna.

En estos momentos estoy realizando mi Trabajo Final de Grado: **“Características socioambientales de las personas dependientes a drogas que presentan violencia doméstica y de género”**. Por ello, me dirijo a ti para pedirte que contestes este pequeño cuestionario que sólo te llevará unos minutos. Como puedes suponer, tus respuestas serán totalmente confidenciales. Debes saber también que no hay respuestas correctas o incorrectas y que lo que realmente importa es tu opinión sobre las cuestiones planteadas.

Los datos obtenidos serán de gran utilidad en la investigación y una fuente de información de primer nivel.

MUCHÍSIMAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN Y SI DESEAS RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE LOS DATOS OBTENIDOS INDICA TU CORREO ELECTRÓNICO:

1. Te pido que manifiestes el grado de acuerdo y/o desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:

		T O E N	D E N I E	N I E N C E	N I E N C E	T A D E R E O
		1	2	3	4	5
1	Los roles de género, establecido socialmente, contribuyen a la actuación de violencia ejercida por parte de los hombres hacia sus parejas.					

2	La estructura familiar autoritaria influye en la ejecución de la violencia.					
3	La estructura familiar disfuncional influye en el consumo de sustancias.					
4	Las pautas democráticas utilizadas por los padres y madres en el proceso de crecimiento son factores de protección.					
5	El grupo de iguales induce a las personas dependientes a las drogas a la doble condición.					
6	El fracaso académico es un hecho o circunstancia de riesgo en relación a la doble condición.					
7	Los trastornos psicopatológicos son frecuentes en las personas dependientes a drogas que presentan violencia doméstica o de género.					
8	Aquellos que ejercen violencia previamente han sido víctimas.					
9	Las políticas educativas no sancionan adecuadamente las conductas violentas.					
10	La escasez de habilidades comunicativas está relacionada con las personas dependientes a drogas que presentan violencia doméstica o de género.					
11	Los estilos de afrontamiento tienen relación con la doble condición.					
12	El estilo inhibido del comportamiento tiene relación con las personas dependientes a drogas que presentan violencia doméstica o de género.					
13	El estilo agresivo del comportamiento tiene relación con las personas dependientes a drogas que presentan violencia doméstica o de género.					
14	El estilo asertivo del comportamiento tiene relación con las personas dependientes a drogas que presentan violencia doméstica o de género.					
15	La violencia y el consumo de sustancias están estrechamente relacionados.					

2. Incidencia de violencia y consumo de drogas en el recurso en el que usted desempeña su labor profesional.

- 1. Nada ()
- 2. Poco ()
- 3. Mucho ()
- 4. Bastante ()

3. ¿Cuál es la droga que consumen los hombres con estas características que vienen al centro? (respuesta múltiple)

- 1. Alcohol ()
- 2. Tabaco ()
- 3. Cannabis ()
- 4. Cocaína ()
- 5. Opiáceos ()
- 6. Anfetaminas ()

7. Hipnosedantes ()

8. Alucinógenos ()

9. Drogas sintéticas ()

10. Otras (*)

(*)Especificar: _____

4. ¿Cuál es el tipo de violencia predominante? (respuesta múltiple)

1. Física ()

2. Psicológica ()

3. Sexual ()

4. Económica ()

5. Otra. Especificar _____

5. ¿Hacia quién la ejercen? (respuesta múltiple)

1. Pareja ()

2. Madre ()

3. Padre ()

4. Hermano/a ()

5. Otra. Especificar _____

6. ¿Tienen programas específicos de prevención tienen hacia este perfil de usuario?

1. Sí ()

2.No ()

3.NS/N.C. ()

DATOS PERSONALES:

7. Sexo:

1. Hombre

2. Mujer

8. Edad:

1. Menos de 30 años

2. De 31 a 45 años

3. De 46 a 65 años

9. Profesión: _____

7. ¿Tiene pareja?

1. Sí () 2. No () 3. NS/N.C. ()

8. ¿Cómo es la relación con ella?

1	Nula	
2	Mala	
3	Normal	
4	Buena	
5	Excelente	
6	Otra (*)	

(*)Especificar: _____

9. ¿Cuál es su nivel de estudios?

1	Ninguno	
2	Estudios primarios	
3	ESO	
4	Bachiller	
5	Estudios universitarios	
6	Máster	
7	Otra (*)	
8	NS/N.C.	

(*)Especificar: _____

10. ¿Se encuentra actualmente trabajando?

1. Sí () 2. No () 3. NS/N.C. ()

11. ¿Tienes padres separados?

1. Sí () 2. No () 3. NS/N.C. ()

12. ¿Has sido víctima de violencia?

1. Sí () 2. No () 3. NS/N.C. ()

13. ¿Has tenido el impulso de ejercer violencia y te has controlado?

1. Sí () 2. No () 3. NS/N.C. ()

14. ¿Has ejercido violencia en algún momento de tu vida?

1. Sí () 2. No () 3. NS/N.C. ()

15. ¿De qué tipo?

1	Física	
2	Psicológica	
3	Económica	
4	Sexual	
5	Otra (*)	

(*)Especificar: _____

16. ¿A quién o a qué?

1	Amigos/as	
2	Padres	
3	Hermanos/as	
4	Pareja	
5	Otra (*)	

(*)Especificar: _____

17. Después de haber ejercido la violencia, ¿te has arrepentido?

1. Sí () 2. No () 3. NS/N.C. ()

18. ¿Cuándo ejerces la violencia pierdes el control más de lo que pensabas?

1. Sí () 2. No () 3. NS/N.C. ()

19. ¿En algún momento has ejercido violencia fuera del hogar?

1. Sí () 2. No () 3. NS/N.C. ()

20. ¿Crees que los roles de género establecidos por la sociedad, son los correctos?

1. Sí () 2. No () 3. NS/N.C. ()

21. ¿Te consideras una persona muy protectora con tu pareja?

1. Sí () 2. No () 3. NS/N.C. ()

22. ¿Te sabes las contraseñas de las redes sociales de tu pareja?

1. Sí () 2. No () 3. NS/N.C. ()

23. ¿Os miráis el móvil?

1. Sí () 2. No () 3. NS/N.C. ()

24. ¿Conocen a los amigos/as del otro?

1. Sí () 2. No () 3. NS/N.C. ()

25. ¿Existe buena relación?

1. Sí () 2. No () 3. NS/N.C. ()

26. Del 1 al 5, siendo 1 nada y 5 mucho, ¿en qué posición de pondrías respecto a los celos?

1	2	3	4	5

27. ¿Quién maneja el dinero en casa?

Yo	
Mi pareja	
Ambos	
Otra (*)	

(*)Especificar: _____

28. ¿Se rinden cuentas de lo que gastan?

1. Sí () 2. No () 3. NS/N.C. ()

29. ¿Sueles discutir con tu pareja?

1. Sí () 2. No () 3. NS/N.C. ()

30. ¿Cuándo discutes con tu pareja, tiendes a...?

1. La culpabilizas ()
 2. La acusas ()
 3. La amenazas ()
 4. Comparten culpa ()
 5. NS/N.C ()

31. ¿Dónde suelen ocurrir los episodios de violencia?

1. Hogar () 2. Espacios públicos ()*

(*)Especificar: _____

32. ¿Has ejercido violencia cuando estabas bajo los efectos de alguna sustancia?

1. Sí () 2. No () 3. NS/N.C. ()

33. ¿Qué sustancia?

- | | |
|--------------------------|---------------------|
| 1. Alcohol () | 2. Tabaco () |
| 3. Cannabis () | 4. Cocaína () |
| 5. Opiáceos () | 6. Anfetaminas () |
| 7. Hipnosedantes () | 8. Alucinógenos () |
| 9. Drogas sintéticas () | 10. Otras (*) |

(*)Especificar: _____

34. Cuándo has tenido un conflicto, ¿cuántas veces has recurrido al consumo?

1. Nunca ()
2. A veces ()
3. Siempre ()

35. ¿Por qué?

36. ¿Cuántas veces has utilizado la droga para ejercer violencia?

1. Nunca ()
2. A veces ()
3. Siempre ()

37. Entonces, dentro de los estilos de comportamiento/afrentamiento, ¿cuál te identifica más?

1. Pasivo ()
2. Agresivo ()
3. Asertivo ()
4. NS/N.C. ()