



# **TRASTORNO POR ABUSO DE ALCOHOL Y VIOLENCIA DOMÉSTICA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

Facultad Ciencias de la Salud. Grado en Medicina

Curso académico 2021-2022

**Autora:** Ana Benavent Palomares

**Tutor:** Francisco Eliseo Olucha Bordonau

En Castellón de la Plana, 8 de abril de 2022

# ÍNDICE

1.	HOJA DE AUTORIZACIÓN DE TUTOR.....	3
2.	ABREVIATURAS .....	4
3.	RESUMEN .....	5
4.	ABSTRACT .....	6
5.	EXTENDED SUMMARY .....	7
6.	INTRODUCCIÓN.....	9
6.1	ANTECEDENTES .....	9
6.2	JUSTIFICACIÓN .....	13
6.3	HIPÓTESIS .....	13
6.4	OBJETIVOS .....	14
7.	METODOLOGÍA (material y métodos).....	14
7.1	CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD .....	14
7.2	FUENTES DE INFORMACIÓN .....	15
7.3	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.....	15
7.4	SELECCIÓN DE ESTUDIOS .....	16
7.5	EXTRACCIÓN DE DATOS.....	16
7.6	EVALUACIÓN DEL RIESGO DE SESGO DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS 16	
7.7	SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA .....	16
8.	RESULTADOS .....	17
8.1	SELECCIÓN DE ESTUDIOS .....	17
8.2	CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS .....	18
8.3	SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS .....	18
8.3.1	Violencia doméstica inducida o relacionada con el abuso de alcohol y otras drogas .....	18
8.3.2	Tratamientos para la violencia doméstica inducida por el alcohol ..	25
8.4	ANÁLISIS DEL RIESGO DE LOS SEGOS.....	34
9.	DISCUSIÓN.....	35
9.1	LIMITACIONES Y SEGOS DEL ESTUDIO.....	40
10.	CONCLUSIONES.....	41
11.	BIBLIOGRAFÍA .....	42
12.	ANEXO.....	46

## 1. HOJA DE AUTORIZACIÓN DE TUTOR



**UNIVERSITAT**  
**JAUME·I**

### **TRABAJO DE FIN DE GRADO (TFG) - MEDICINA**

**EL/LA PROFESOR/A TUTOR/A** hace constar su **VISTO BUENO** para la Defensa Pública del Trabajo de Fin de Grado y **CERTIFICA** que el/la estudiante lo ha desarrollado a lo largo de 6 créditos ECTS (150 horas)

**TÍTULO del TFG: TRASTORNO POR ABUSO DE ALCOHOL Y VIOLENCIA DOMÉSTICA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**ALUMNO/A:** Ana Benavent Palomares

**DNI:** 20883650H

**PROFESOR/A TUTOR/A:** Francisco Eliseo Olucha Bordonau

Fdo (Tutor/a): .....

## 2. ABREVIATURAS

- **AUD:** Trastorno por consumo de alcohol (*alcohol use disorders*).
- **VPI:** violencia de pareja íntima.
- **SADQ:** cuestionario sobre la gravedad y dependencia del alcohol.
- **ISA:** índice de abuso del cónyuge.
- **DASS-21:** escala de depresión, ansiedad y estrés.
- **BDI-II:** inventario de Depresión de Beck-II.
- **SDQ:** cuestionario de fortalezas y dificultades.
- **MAOA:** del gen monoamino oxidasa A.
- **SBP:** programa estándar para maltratadores (*standard batterer program*).
- **BAI:** intervención de alcohol de 90 minutos (*90-minute alcohol intervention*).
- **CST:** programa de capacitación en habilidades de afrontamiento (*coping skills training*).
- **DTC:** tratamiento diferido (*delayed treatment*).
- **TSF:** facilitación de 12 pasos (*12-step facilitation*).
- **SADV:** terapia cognitivo conductual (*cognitive behavioral Substance Abuse Domestic Violence*).
- **ICBI:** terapia cognitivo conductual (*integrated cognitive-behavioral intervention*).
- **TAU:** tratamiento habitual en el alcoholismo (*treatment as usual*).
- **DE:** derivación estándar.
- **H:** hombres.
- **M:** mujeres.
- ↑: mayor/aumento.
- ↓: menor/reducción.
- **Prob:** probabilidad.
- **Tto:** tratamiento.
- **OH:** alcohol.
- +: más.
- **nº:** número.

### 3. RESUMEN

**Introducción:** El consumo de alcohol es un acto ampliamente aceptado, pero su consumo excesivo puede provocar efectos negativos en el contexto familiar, propiciando los conflictos, la violencia doméstica y la privación.

**Objetivos:** Evaluar los efectos del consumo de alcohol sobre la violencia doméstica, así como la existencia de posibles factores agravantes y terapias eficaces en su reducción.

**Metodología:** Se llevó a cabo una búsqueda sistemática a través de PubMed y Sciencedirect mediante el uso de palabras clave y la aplicación de criterios de exclusión e inclusión. Se realizó una extracción de datos y un análisis del riesgo de los sesgos de cada uno de los estudios incluidos usando las listas de verificación SIGN y las escalas de Newcastle Ottawa.

**Resultados:** El consumo de alcohol se relaciona significativamente con un aumento de la violencia doméstica, sobretodo, de tipo psicológica. Entre los consumidores de alcohol, aquellos que, además, consumían cocaína y/o heroína, con inicio temprano al tabaquismo y con trastornos de salud mental presentaban más episodios de violencia doméstica. La violencia se produce en mayor grado entre compañeros no convivientes, las parejas con problemas de violencia acaban desestabilizándose. Las terapias psicológicas consiguen reducir de un modo efectivo y conjuntamente el alcoholismo y la violencia doméstica.

**Conclusión:** Existe una relación entre el alcohol y la violencia doméstica. Hay factores que parecen influir en esta relación. Las terapias psicológicas para tratar el alcoholismo y la violencia doméstica funcionan.

**Palabras clave:** alcoholismo, trastorno por abuso de alcohol, violencia doméstica, mujeres, hombres, terapias.

#### **4. ABSTRACT**

**Introduction:** The consumption of alcohol is a widely accepted act, but its excessive use can produce negative effects in the family context, leading to conflict, liberty restrictions and domestic violence.

**Objectives:** To evaluate three elements, i.e. the effects of alcohol consumption on domestic violence, the occurrence of possible aggravating factors and the effectivity of available therapies to treat it.

**Methodology:** A systematic search was conducted through PubMed and Sciencedirect using keywords and applying exclusion and inclusion criteria. Data extraction and risk of bias analysis was performed for each of the included studies using the SIGN checklist and the Newcastle Ottawa scales.

**Results:** The consumption of alcohol is significantly linked to an increase of domestic violence, mainly the psychological one. Among alcohol users, those who also used cocaine and/or heroin, those reporting early onset of smoking and those diagnosed mental health disorders had more episodes of domestic violence. Most couples with violence episodes use to finish the relationship those violence is less present in cohabiting couples. Psychological therapies are effectives in reducing alcoholism and domestic violence altogether.

**Conclusion:** There is a relationship between alcoholism and domestic violence which might be effectively treated by psychological therapies and domestic violence advisory supporting work.

**Keywords:** alcoholism, alcohol abuse disorder, domestic violence, women, men, therapies.

## 5. EXTENDED SUMMARY

**Introduction:** Alcohol abuse disorder is an important risk factor for disease, injury and disability. Currently, it is more common in men, but there is an increasing prevalence in the female population. These increases are highly shocking because women tend to experience greater health problems in relation to excessive alcohol consumption which is a widely social accepted act. But its excessive consumption may produce negative effects in the family context, leading to conflicts, domestic violence and liberty restrictions. Domestic violence is a general extended act and affects to a vast percentage of women in all social classes. It is considered a major health problem, as it results in chronic physical, psychological, sexual and financial abuses. Due to the high prevalence and all the negative consequences that entails, addressing domestic violence is a global public health priority. In some families, this violence is linked with an excessive alcohol consumption. It is suggested that implementation of psychological therapies may improve both, domestic violence and alcohol reduction.

**Objectives:** The first aim is to assess the effects of alcohol intake on domestic violence, as well as the existence the possible aggravating factors such as other drug use, gender or age. Secondly, it is aimed to analyse the best available therapies to address both problems.

**Methodology:** A systematic search was carried out through PubMed and Sciondirect, between October and November 2021, using keywords (*alcohol-related disorders, domestic violence, male and female*). The studies that were selected met the inclusion criteria: studies made on humans, written in English or Spanish, conducted over the last 20 years and those involving patients with alcohol abuse disorder. Those papers over subjects younger than 19, meta-analyses, systematic reviews and book chapters were excluded. Relevant data were extracted from the selected studies and a table compiled title, main author, year of publication and conclusions of the study. Risk of bias assessment of the included studies was carried out by using the SIGN checklists and the Newcastle Ottawa scales. Subsequently, a table was produced showing the risk of bias in each of the included studies.

**Results:** A total of 9 studies were analysed, after studying them, two clearly sections were identified i.e., alcohol abuse induced and/or related domestic

violence and the treatment for alcohol-induced domestic violence. The first section contained 5 cross-sectional studies with a total of 2619 participants. The second one contained 4 clinical trials with a total of 520 participants.

Alcohol abuse is significantly related with an increase in domestic violence of psychological nature. Among alcohol users, cocaine and heroin users, those with an early smoking onset and those displaying mental health disorders had more episodes of domestic violence. Violence episodes are more prevalent among single individuals than in cohabiting couples so that it is hypothesized that these acts lead to couple breakdown.

Conclusive results have been found on the amount of alcohol ingested that is more strongly associated with domestic violence. The gender of the alcohol consumer and the age provided contradictory results across the different studies.

All available therapies studied were successful in reducing both alcoholism and domestic violence.

**Conclusions:** a relationship occurs between alcohol and domestic violence. The amount of alcohol, the age, the gender, the usage, the consumption of other drugs, the psychiatric diagnoses and to have a couple to live together seems to have some influence in this relationship. Psychological therapies to treat alcoholism and domestic violence are successful.

**Key words:** alcoholism, alcohol abuse disorder, domestic violence, women, men, therapies.

## 6. INTRODUCCIÓN

### 6.1 ANTECEDENTES

#### Alcoholismo

El trastorno por consumo de alcohol (*alcohol use disorders*, AUD) es un importante factor de riesgo de enfermedad, lesión y discapacidad, informándose que su abuso representa el 5,9% de todas las muertes en el mundo. Conlleva problemas mentales, físicos y públicos, condicionando altas cargas sociales y económicas. Por ello, es necesario comprender su naturaleza y factores de riesgo con el fin de desarrollar estrategias de intervención para prevenirlo (Kim et al., 2018). Actualmente, el alcohol es una droga ampliamente aceptada y socialmente fomentada, pero una vez su consumo se vuelve excesivo, se convierte en un problema relevante que genera altos costos para la sociedad (De Vargas & Luis, 2008).

El AUD es actualmente más frecuente en hombres que en mujeres, pero en las últimas décadas se ha producido un aumento global del consumo excesivo de alcohol, que, curiosamente, y según datos de los Estados Unidos, se deben a aumentos de la prevalencia de AUD en mujeres, en comparación con hombres (aumentos de 84% en mujeres y del 35% en hombres) (Guinle & Sinha, 2020). En España también se identifica esta tendencia ascendente de consumo de alcohol entre las mujeres, tal y como informa el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. En concreto, en una encuesta española realizada en 2008 se encontró que había más proporción de mujeres, entre 14 y 18 años, en comparación con los hombres, que afirmaron haber entrado en embriaguez alguna vez durante su vida o el año anterior a la encuesta. En la encuesta de 2009 se apreció que un 25% de mujeres entre 15 y 34 años se había embriagado en el último año (*Situación Actual Del Consumo de Alcohol En España | Embarazadas: Cero Alcohol*, n.d.).

Estos aumentos son altamente alarmantes debido a que las mujeres suelen experimentar mayores problemas de salud en relación con el consumo excesivo de alcohol, en comparación con los hombres (Guinle & Sinha, 2020). Parece ser que existen diferencias en las regiones del cerebro que impulsan el consumo y deseo de alcohol, como las cortezas prefrontales ventromedial y dorsolateral,

dependiendo del sexo (Sinha et al., 2016). Esto sugiere que los hombres y mujeres difieren en el riesgo para el desarrollo de trastorno por abuso de alcohol, siendo las mujeres más vulnerables para su desarrollo (Guinle & Sinha, 2020).

Un estudio realizado en Estados Unidos halló que, entre los adolescentes que comenzaron a beber antes de los 15 años, las mujeres progresaron a un episodio de consumo excesivo de alcohol más rápidamente que los hombres. En cambio, cuando el inicio del consumo de alcohol se retrasa hasta la edad adulta, los hombres tienen niveles más altos de AUD. Se ha de considerar que las niñas, no obstante, son más propensas a sufrir abuso sexual antes de los 18 años, pudiendo estos hallazgos estar relacionados con el mayor riesgo de abuso de alcohol y desarrollo de AUD en mujeres (Cheng & Anthony, 2018). Aun así, existen pocas investigaciones al respecto, por lo que es necesaria más información para explorar dicha premisa más a fondo.

### **Violencia doméstica**

La violencia de pareja íntima (VPI) o violencia doméstica es altamente prevalente a nivel mundial y afecta predominantemente al sexo femenino. Se considera un problema de salud, pues se traduce en abuso físico, psicológico, sexual y financiero de forma crónica, además de asociarse con riesgo de muerte por homicidio (Dicola & Spaar, 2016). La VPI conlleva importantes consecuencias negativas para la salud física y mental, tales como problemas psiquiátricos (depresión, ansiedad, trastorno por estrés postraumático o suicidio) o conductas adversas (consumo de drogas como el alcohol, tabaco o cocaína o realizar conductas sexuales de riesgo) (Tsirigotis & Łuczak, 2018). Ciertos factores aumentan el riesgo de VPI, tales como el consumo de alcohol, enfermedades psiquiátricas, antecedentes de relaciones violentas en la infancia y bajo rendimiento académico y financiero (Dicola & Spaar, 2016).

Debido a la gran prevalencia y a todas las consecuencias negativas que implica, abordar la violencia doméstica es una prioridad de salud pública mundial. Se ha demostrado que una intervención temprana a través de programas educativos escolares o intervenciones en familias de riesgo pueden ayudar a su reducción (Dicola & Spaar, 2016).

En cuanto al sexo masculino, la violencia doméstica es desproporcionadamente menor que en el sexo femenino, pero hay que tener en cuenta que la mayoría de hombres no notifican los casos de VPI (Dicola & Spaar, 2016). Por otra parte, debería considerarse también al maltratador como paciente de una alteración mental que desarrolla una agresividad escalada frente a situaciones que no ponen en riesgo su propia salud o estabilidad social.

### **Alcohol como factor de riesgo para la violencia doméstica**

El consumo de alcohol es un acto ampliamente aceptado y suele estar relacionado con ciertos efectos familiares positivos, pues en determinadas situaciones puede ayudar a fomentar la calidez y la intimidad, motivo por el cual a menudo forma parte de la vida matrimonial y familiar. No obstante, hay que tener en cuenta que, aunque el alcohol tenga una parte positiva, su consumo excesivo puede provocar efectos negativos en el contexto familiar, propiciando los conflictos, la violencia doméstica y la privación (Leonard & Eiden, 2007). Se ha observado que el consumo excesivo de alcohol está fuertemente asociado con la violencia doméstica, dado que, en los bebedores de alcohol moderados y graves, la violencia doméstica es mucho más elevada que entre los no bebedores o bebedores escasos (Llopis Giménez et al., 2014). No obstante, la relación entre el consumo de alcohol y el aumento de la violencia no es directa. Es decir, el consumo de alcohol no explica por sí mismo el empleo de violencia contra la pareja, sino que actúa como un factor que participa en ella (Llopis Giménez et al., 2014). Otro estudio reafirma este hecho al observar una relación entre el consumo de alcohol y los incidentes violentos, pero no puede establecer una causalidad entre ellos. Hay que tener en cuenta que, aunque el consumo de alcohol a menudo se considera presuntivo de una relación causal con la violencia, se sabe que la presencia de alcohol en eventos violentos no implica necesariamente que el alcohol haya sido el causante, pues más de la mitad de delitos violentos no involucran el consumo de alcohol (Roizen, 1997). Además, en el primer estudio mencionado se observó que los hombres consumidores de alcohol y con carácter violento ejercen la violencia en igual o mayor medida cuando no se encuentran bajo los efectos del alcohol (Llopis Giménez et al., 2014).

En la relación entre el alcohol y la violencia sería interesante poder establecer si existe realmente una causalidad entre ellos, pues nos permitiría obtener información importante sobre los efectos adversos del alcohol y la etiología de la violencia, además de ayudar a identificar el tratamiento para el abuso del alcohol como una estrategia de prevención de la violencia doméstica (Lipsev et al., 1997).

La relación entre el consumo de alcohol en las mujeres y la violencia doméstica está menos establecida y los estudios disponibles son contradictorios (Leonard & Eiden, 2007). Por una parte, son varios los estudios que no pueden establecer esta relación posiblemente debido al pequeño número de mujeres con problemas con el alcohol (Leonard & Senchak, 1996). Por otra parte, se ha detallado que las mujeres alcohólicas tienen más probabilidad de volverse agresivas verbalmente, que las no alcohólicas. Sin embargo, en el trabajo se destaca que las mujeres alcohólicas tienen una mayor probabilidad de ser maltratadas por sus parejas, en comparación con las mujeres no alcohólicas, lo cual supone un importante hallazgo (Kantor & Straus, 1989). Entre las razones aducidas para este efecto se postula que las mujeres con problemas de alcohol pueden tener menor autoestima, así como el juicio alterado y malinterpretar comentarios domésticos, suscitando así conflictos. Además, las mujeres intoxicadas pueden ser más vulnerables, siendo menos capaces de defenderse ante agresiones de su pareja en una situación de conflicto. No obstante, hay que tener presente que la mayoría de violencia doméstica ocurre en mujeres no alcohólicas y que, entre las alcohólicas el orden causal del abuso de alcohol puede no estar correctamente definido, pues este hábito puede ser el resultado de haber sufrido violencia doméstica, en lugar de un desencadenante de esta (Kantor & Straus, 1989).

### **Tratamiento para el alcoholismo en sujetos con antecedentes de violencia doméstica**

Varios estudios sugieren que el uso de terapias para la reducción del consumo de alcohol predicen cambios en la violencia doméstica (Leonard & Eiden, 2007). En un estudio se encontró que los hombres alcohólicos que usaron terapia con combinación de un programa para la reducción del alcoholismo y terapia conductual de pareja redujeron la frecuencia de violencia doméstica,

observándose este hecho mayoritariamente entre los hombres alcohólicos en remisión. Con ello se concluye que el mejor funcionamiento en la relación fue secundario a una reducción consumo de alcohol, además de los beneficios aportados por la adquisición de habilidades conductuales en el contexto de una relación de pareja (T. J. O'Farrell et al., 2004).

Estas premisas fueron constatadas por otros estudios, que encontraron reducciones en la violencia doméstica después del uso de tratamiento para el alcoholismo y que, los episodios violentos después de terminar con el tratamiento se asociaban con aquellos participantes con menos días de abstinencia (T. J. O'Farrell et al., 2003) y (Stuart et al., 2003).

De la misma manera, se observó que la frecuencia de embriaguez se asociaba con una reincidencia de la violencia doméstica, corroborando los resultados anteriores (Jones & Gondolf, 2001).

## **6.2 JUSTIFICACIÓN**

La violencia doméstica es un problema de salud pública mundial muy prevalente, por lo que todos los datos aportados para esclarecer sus causas y factores precipitantes son extremadamente importantes para poder conseguir una prevención global de su aparición. Del mismo modo, el trastorno por abuso de alcohol es muy frecuente en la actualidad y está relacionado con gran variedad de conductas negativas que pueden afectar tanto a la salud del individuo alcohólico como a la de personas del entorno. Esta revisión pretende hacer una búsqueda sistemática sobre la información más actualizada existente sobre dichos conceptos para poder identificar partes sin resolver y que necesiten ser investigadas en futuros estudios, todo ello encaminado a conocer mejor el desarrollo de ambos problemas para así prevenirlos de manera eficaz.

## **6.3 HIPÓTESIS**

El alcoholismo induce conductas agresivas en el seno de las relaciones sociales y emocionales, específicamente en el ámbito familiar con perspectivas de género. Alcoholismo y su agresividad derivada podrían ser tratados eficazmente con terapias adecuadas.

## 6.4 OBJETIVOS

Realizar una búsqueda sistemática y análisis crítico de estudios dirigidos a considerar esta hipótesis, para ello, se plantean los siguientes objetivos.

Objetivo principal:

- Evaluar los efectos del consumo de alcohol sobre la violencia doméstica.

Objetivos secundarios:

- Investigar la existencia de posibles factores agravantes en la violencia doméstica relacionada con un consumo de alcohol, tales como el uso de otras drogas, el sexo o la edad.
- Analizar las terapias disponibles para abordar conjuntamente el alcoholismo y la violencia doméstica.

## 7. METODOLOGÍA (material y métodos)

Para desarrollar el presente trabajo se realizó una revisión sistemática de la literatura científica publicada sobre alcoholismo y su relación con la violencia doméstica. Para llevarla a cabo se utilizó la declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas (Page et al., 2021).

### 7.1 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Para realizar la selección de los estudios que mejor se adaptaban a la presente revisión sistemática se definieron una serie de criterios de elegibilidad, recogidos en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Criterios de inclusión y de exclusión

<b>Criterios de inclusión</b>	<b>Criterios de exclusión</b>
Estudios realizados en humanos	Población menor de 19 años.
Artículos en inglés o español.	Metaanálisis
Artículos realizados durante los últimos 20 años (hasta 2002)	Revisiones sistemáticas
Estudios que incluyan pacientes con trastorno por abuso de alcohol	Capítulos de libros

## 7.2 FUENTES DE INFORMACIÓN

La búsqueda se realizó a través de diferentes fuentes de información, algunas de acceso gratuito y otras de acceso privado a través de la licencia de la Universidad Jaume I.

Las fuentes de información usadas fueron **PubMed** y **Sciencedirect**, a través de las cuales se obtuvieron los estudios que más se ajustaban a la presente revisión sistemática.

## 7.3 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Se realizó una búsqueda en PubMed y Sciencedirect, entre octubre de 2021 y noviembre 2021, con el objetivo de obtener los estudios necesarios para la presente revisión sistemática.

Las primeras búsquedas fueron realizadas en octubre de 2021, en las bases de datos nombradas anteriormente, donde se hizo una primera investigación acerca de la literatura científica existente sobre el alcohol y la violencia doméstica. Se llevaron a cabo múltiples búsquedas mediante la combinación de diferentes términos MeSH hasta finalmente obtener los resultados que mejor se adaptaban al presente trabajo. Los términos MeSH usados para las diferentes búsquedas fueron: “*Ethanol*”, “*Alcoholism*”, “*Alcohol Drinking*”, “*Alcohol Induced Disorders*”, “*Alcohol-Related Disorders*”, “*Aggression*”, “*Violence*”, “*Agonistic Behaviour*”, “*Domestic Violence*”, “*Sex*”, “*Sex Distribution*”, “*Male*” y “*Female*”.

La búsqueda sistemática se realizó en noviembre de 2021, en la base de datos PubMed y a partir de la anterior revisión inicial, identificando la búsqueda que más se adaptaba a los objetivos del presente trabajo. Los términos MeSH que proporcionaron una mejor selección de artículos fueron: *((("Alcohol-Related Disorders"[Majr]) AND "Domestic Violence"[Majr]) AND "Male"[Mesh]) AND "Female"[Mesh]*.

Posteriormente se realizó la búsqueda en la base de datos Sciencedirect, usando los términos “*Alcohol-Related Disorders*” AND “*Domestic Violence*”.

#### **7.4 SELECCIÓN DE ESTUDIOS**

Para hacer la selección de estudios que mejor se adaptaban al presente trabajo, entre los obtenidos tras la búsqueda en PubMed y Sciencedirect, se usaron los criterios de elegibilidad descritos en el apartado 7.1 (Tabla 1). Tras la selección de los que se adaptaban a dichos criterios de elegibilidad se llevó a cabo una lectura crítica de cada uno de ellos, que permitió descartar los que no se ajustaban a la presente revisión sistemática.

#### **7.5 EXTRACCIÓN DE DATOS**

Para facilitar y permitir una extracción equitativa de los datos en todos los artículos seleccionados se crearon unos ítems a extraer.

Los ítems a extraer en cada uno de los estudios fueron:

- Título
- Autor principal
- Año de publicación
- Muestra del estudio
- Diseño del estudio
- Medidas usadas para obtener los resultados
- Resultados del estudio

#### **7.6 EVALUACIÓN DEL RIESGO DE SESGO DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS**

La evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos se realizó usando las **listas de verificación SIGN** y las **escalas de Newcastle Ottawa** (anexo 1 y 2). Tras su evaluación, se creó una tabla resumen de los sesgos existentes en los diferentes estudios incluidos (Tabla 8).

#### **7.7 SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA**

Todos los estudios utilizados en la presente revisión sistemática fueron analizados extrayéndose de ellos la información más relevante, siguiendo los ítems del apartado 7.5, y se elaboró una tabla resumen (Tabla 2).

## 8. RESULTADOS

### 8.1 SELECCIÓN DE ESTUDIOS

La búsqueda sistemática, usando los términos descritos en el apartado 7.3, arrojó un total de 279 artículos, siendo 265 de PubMed y 14 de Scienccedirect.

Mediante la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión (Tabla 1), la búsqueda se redujo a 8 artículos en PubMed y 10 en Scienccedirect. Posteriormente se procedió a identificar los artículos duplicados en ambas bases de datos, obteniendo un total de 0 duplicaciones.

Con la lectura del título y resúmenes se mantuvieron 8 artículos de PubMed y 1 de Scienccedirect. Se excluyeron 9 artículos de Scienccedirect por no adecuarse a los contenidos de la presente revisión sistemática.

Finalmente quedaron 9 artículos que fueron seleccionados para realizar la presente revisión sistemática. Los pasos seguidos hasta la obtención de los 9 estudios quedan reflejados en la Figura 1.

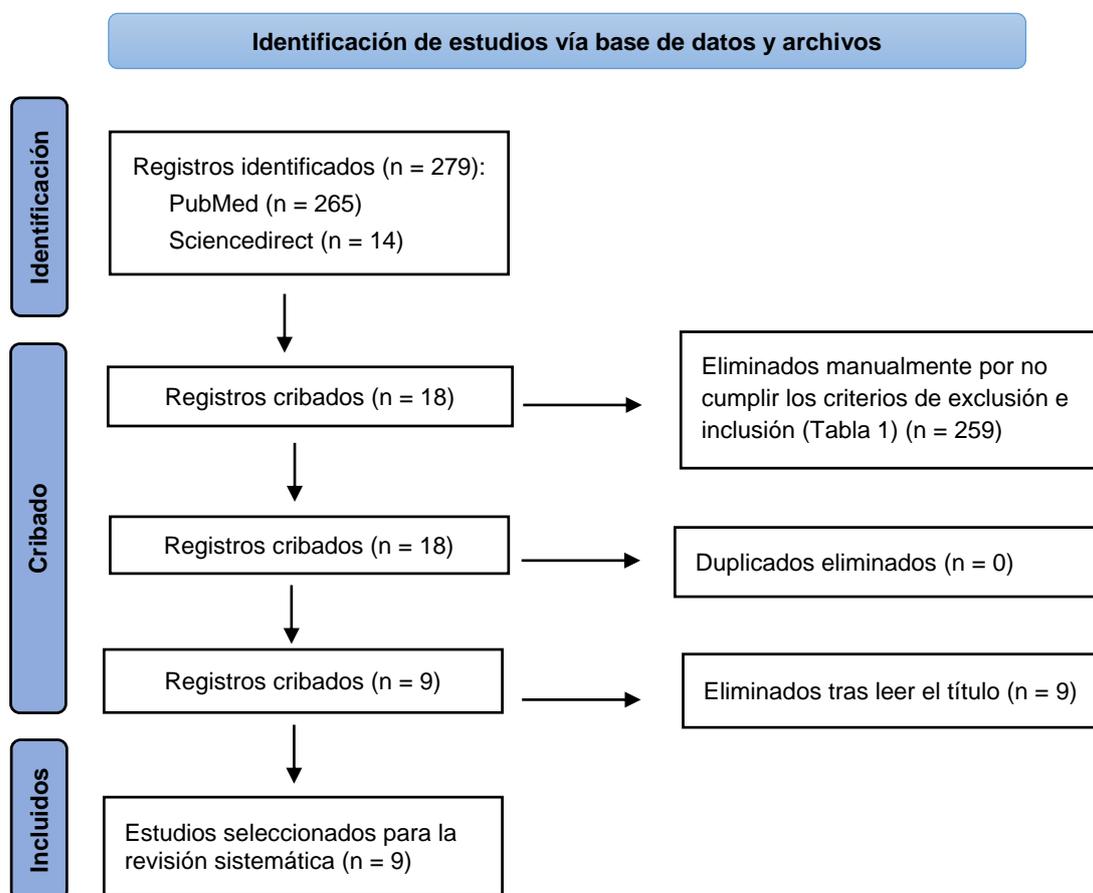


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA 2020

## **8.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS**

Tras la selección de los 9 artículos se procedió a la lectura crítica de cada uno de ellos. Mediante esta se identificaron 2 aspectos claramente diferenciados entre ellos, lo que nos permitió realizar una agrupación de los estudios en 2 apartados diferentes:

- A) Violencia doméstica inducida y/o relacionada con el abuso de alcohol.
- B) Tratamientos para la violencia domestica inducida por el alcohol.

La lectura crítica permitió la posterior extracción de los datos de cada uno de los estudios, siguiendo los ítems descritos en el apartado 7.5. Las características más destacadas de cada uno de los estudios quedan reflejadas en la tabla 2

## **8.3 SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS**

Los diferentes aspectos extraídos de la revisión sistemática fueron agrupados en 2 grandes unidades temáticas que hacen referencia a la “violencia doméstica inducida o relacionada con el abuso de alcohol y otras drogas” y el “tratamiento para la violencia doméstica inducida por el alcohol”.

### **8.3.1 Violencia doméstica inducida o relacionada con el abuso de alcohol y otras drogas**

La revisión sistemática, de acuerdo con los criterios introducidos, devolvió 5 artículos cuyo objetivo había sido el de identificar la probabilidad de perpetrar la violencia doméstica dependiendo del consumo de alcohol y otras drogas. En estos trabajos también se consideraron los trastornos de salud mental, así como la interacción de otras variables como el sexo, edad, etnia, antecedentes familiares y hábito tabáquico (Chermack et al., 2008) (Chermack et al., 2010) (Salom et al., 2015) (Drapkin et al., 2005) (Easton et al., 2007). Estos artículos presentaban un diseño de estudio transversal y una fecha de publicación comprendida entre 2005 y 2015.

En su mayor parte incluían tanto a hombres como a mujeres con un total de 2448 participantes (Chermack et al., 2008) (Chermack et al., 2010) (Salom et al., 2015) (Tabla 3). En un artículo, el foco se dirigió solo a mujeres (aunque se usaron también sus correspondientes parejas), con un total de 109 mujeres (Drapkin et

al., 2005). El foco en el sexo masculino también se obtuvo en un trabajo que incluyó a 62 participantes (Easton et al., 2007). Todos los estudios se realizaron sobre participantes mayores de 18 años.

**Tabla 3.** Participantes de los estudios incluidos.

Estudio	Participantes			Edad (años)	
	Hombres	Mujeres	Total	Rango	media
(Chermack et al., 2010)	137 (77%)	41 (23%)	178	18-63	35,6
(Chermack et al., 2008)	372 (76%)	117 (24%)	489	18-63	35,9
(Salom et al., 2015)	873 (49%)	908 (51%)	1781	> 18	20,6
(Drapkin et al., 2005)		109	109	28-69	44,94
(Easton et al., 2007)	62		62	> 18	36

Los participantes fueron seleccionados por presentar antecedentes de violencia doméstica y estar en tratamientos por trastorno por abuso de sustancias (Chermack et al., 2010), (Chermack et al., 2008), (Easton et al., 2007). También se seleccionaron individuos que habían tenido alguna vez una relación íntima y cuyas madres habían participado anteriormente en un estudio longitudinal (Salom et al., 2015). Finalmente, se consideraron mujeres con trastorno por abuso o dependencia al alcohol extraídas de un ensayo clínico aleatorizado que comparaba el tratamiento individual y de pareja para mujeres alcohólicas (Drapkin et al., 2005).

Generalmente, se usó la entrevista Timeline Followback como herramienta para cuantificar el abuso de alcohol y sustancias ilícitas (Chermack et al., 2010), (Drapkin et al., 2005), (Easton et al., 2007). No obstante, también se utilizaron otros modelos como el cuestionario University of Arkansas Substance Abuse Outcomes Module (Chermack et al., 2008) y la Entrevista de diagnóstico internacional compuesta (Drapkin et al., 2005).

La cuantificación y tipificación de la violencia se realizó mediante la escala de tácticas de conflicto modificada (Chermack et al., 2008), (Salom et al., 2015), (Drapkin et al., 2005), la entrevista timeline follow back-aggression module (Chermack et al., 2010) y la escala de táctica de conflicto revisada para parejas (Easton et al., 2007).

En algunos estudios se tuvo en cuenta la agresión infantil (Chermack et al., 2008), (Salom et al., 2015) y también la existencia de problemas en los familiares biológicos, tales como trastornos de abuso de alcohol y otras sustancias y problemas psicológicos, como la depresión o violencia frecuente. La posible comorbilidad depresiva fue evaluada mediante el cuestionario 9-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (Chermack et al., 2008). Los problemas psiquiátricos fueron analizados mediante la Entrevista Clínica Estructurada del DSM-IV, y el funcionamiento psicosocial, cuantificado a través del Índice de Severidad de Adicciones, se tuvieron en cuenta en un artículo que también analizó la ira, medida con el Inventario de Expresión de Ira del Rango del Estado (Easton et al., 2007).

El deseo de cambio de la pareja, evaluado mediante el cuestionario de áreas de cambio y la satisfacción en la relación, calculada a través de la Escala de ajuste didáctico, solo se tuvo en cuenta en un artículo (Drapkin et al., 2005). De igual manera, solo un artículo analizó el hábito tabáquico y la edad de inicio, mediante la Entrevista Timeline Followback (Easton et al., 2007).

En todos los estudios se registraron las medidas la edad, la raza y el sexo (Chermack et al., 2008) (Chermack et al., 2010) (Salom et al., 2015) (Easton et al., 2007), con excepción del estudio llevado únicamente a cabo con mujeres, en el cual no se especifica (Drapkin et al., 2005). Otras variables como educación, convivencia con pareja íntima, número de niños a cargo, abandono temprano del hogar, problemas en el área residencial, educación de la madre y edad de la madre en el momento del parto también fueron estudiadas (Salom et al., 2015).

Para el análisis de los datos se usaron varios métodos, entre ellos la regresión de Poisson (Chermack et al., 2008), un modelo de regresión multinomial multinivel primario (Chermack et al., 2010), la regresión logística (Salom et al., 2015), correlaciones de Pearson (Drapkin et al., 2005), estadísticas simples descriptivas (Chermack et al., 2010) (Drapkin et al., 2005), modelos de análisis de varianza, pruebas de  $X^2$  y ANOVA (Easton et al., 2007).

## Alcohol

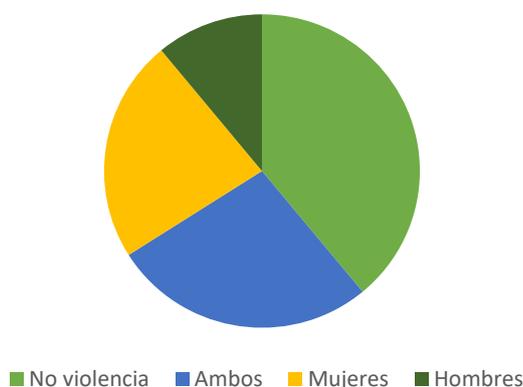
La mayor parte de estudios concuerdan en que el consumo de alcohol se relaciona con un aumento de la violencia doméstica (Chermack et al., 2010) (Chermack et al., 2008) (Salom et al., 2015) (Drapkin et al., 2005). Un estudio encontró que el 50% de la muestra había presentado uno o más incidentes de violencia durante los 180 días previos al tratamiento de trastorno por uso de sustancias. Entre ellos, había más incidentes de violencia hacia otros individuos (31%) que hacia la pareja íntima (19%) (Chermack et al., 2010). En otro se observó una alta proporción de violencia entre las parejas de la muestra (61%), todas ellas con diagnóstico de trastorno por abuso de alcohol (Drapkin et al., 2005).

En cuanto a la **cantidad de alcohol consumida**, algunos vieron que la cantidad excesiva de alcohol consumida se relacionaba con la violencia doméstica, aunque en el estudio no se menciona la cantidad considerada como excesiva (Chermack et al., 2008). Contrariamente, otros encontraron que el consumo de una cantidad moderada de alcohol (53% con violencia; 47% sin violencia) se relacionaba con la violencia doméstica y no el consumo de una cantidad excesiva (31% con violencia; 69% sin violencia) (Chermack et al., 2010). Otro estudio observó que la cantidad de alcohol consumida relacionada con la violencia doméstica depende del sexo del consumidor. Se vio que un mayor consumo de bebida alcohólica en la mujer se asociaba con niveles más altos de agresión en las cuatro subescalas de la escala de tácticas de conflicto (agresión verbal, coerción psicológica, violencia menor, violencia severa) (Drapkin et al., 2005).

El **tipo de violencia** también fue estudiada por varios autores (Chermack et al., 2008) (Salom et al., 2015) (Drapkin et al., 2005). La mayoría de ellos concordaron en que los trastornos por consumo de alcohol se vinculaban más frecuentemente con la violencia de tipo psicológica (OR = 1,86 IC 95% = 1,21-2,86) (Salom et al., 2015), en las puntuaciones de las subescalas de la escala de tácticas de conflicto para la violencia psicológica de  $7,9 \pm 4,8$  (media±desviación típica) (tabla 4) (Drapkin et al., 2005) y con un 77% de la muestra con violencia de este tipo (Chermack et al., 2008) así como con la violencia verbal en la puntuación de la subescala de tácticas de conflicto ( $13,8 \pm 7,9$  con una media y desviación estándar) (tabla 4) (Drapkin et al., 2005).

El **sexo** también arrojó resultados interesantes. Un estudio identificó que el sexo masculino se relacionaba de manera significativa con mayor violencia, tanto sin lesiones (OR= 6,21; IC del 95%= 1,66-23,63) como con lesiones (OR= 6,45; IC del 95%= 1,31-31,34), en comparación con el femenino (Chermack et al., 2010). Otros autores encontraron pocas diferencias en cuanto al sexo, pero observaron que las mujeres tenían más probabilidades de ser lesionadas por su pareja (Chermack et al., 2008). Sin embargo, en otro estudio se observó que las mujeres alcohólicas y sus parejas tenían la misma probabilidad de ser violentas, pero las mujeres presentaban actos de violencia de manera más frecuente (en el 27% de las parejas había violencia por parte de ambos, en el 23% de las parejas había violencia solo por parte de la mujer, en el 11% de las parejas había violencia solo por parte del hombre y en el 39% no había violencia) y grave (13,7% de las mujeres de la muestra habían golpeado, pateado o mordido a su pareja y solo un 4% de los hombres lo habían hecho) (Drapkin et al., 2005) (*Figura 2*).

**% de violéncia doméstica entre los participantes**



**Figura 2.** Violencia doméstica relacionada con consumo de alcohol en comparativa por sexos (Drapkin et al., 2005)

Del mismo modo, se vio que las mujeres alcohólicas presentaban mayor frecuencia en todos los tipos de agresión (agresión verbal, coerción psicológica, violencia menor, violencia severa) que sus parejas masculinas, pues estas obtuvieron puntuaciones más altas en las cuatro subescalas de la escala de tácticas de conflicto (Drapkin et al., 2005) (Tabla 4).

**Tabla 4.** Puntuaciones de las subescalas de la escala de tácticas de conflicto. *Media* ( $\pm$ *desviación estándar*) (Drapkin et al., 2005)

	Mujeres	Hombres
Agresión verbal	13,8 ( $\pm$ 7,9)	11,6 ( $\pm$ 7,5)
Coerción psicológica	7,9 ( $\pm$ 4,8)	5,8 ( $\pm$ 5,5)
Violencia menor	2,8 ( $\pm$ 4,0)	1,6 ( $\pm$ 2,6)
Violencia severa	1,0 ( $\pm$ 2,7)	0,4 ( $\pm$ 1,4)

En el sexo femenino también se vio que los niveles de satisfacción de la mujer en la relación, así como de educación e ingresos, eran inversamente proporcionales a la agresividad verbal y psicológica por parte de la mujer hacia su pareja (Drapkin et al., 2005).

Uno de los detalles observados fue que la **convivencia en pareja** era un factor protector de la violencia doméstica. Las parejas que convivían presentaban una menor frecuencia de agresiones y lesiones (Chermack et al., 2008).

La **edad** más joven se relacionaba con un aumento de la violencia doméstica (Chermack et al., 2008). Sin embargo, este aspecto está cuestionado por otro estudio del mismo grupo en el que no se observa tal relación dado que la edad no se asociaba de manera estadísticamente significativa con la violencia sin lesiones (OR= 0,99; IC del 95%= 0,94-1,05) ni con lesiones (OR= 0,96; IC del 95%= 0,90-1,03) (Chermack et al., 2010).

El **inicio del consumo de tabaco** entre los alcohólicos también mostró resultados interesantes. Se identificó que el inicio temprano al tabaquismo (antes de los 16 años), en comparación con el inicio tardío (después de los 16 años), se relacionaba con un aumento de arrestos por violencia doméstica ( $F = 4.5$ ;  $p < 0.04$ ) así como de expresión de ira ( $F = 4.0$ ;  $p < 0.05$ ) y ansiedad ( $F = 4.63$ ;  $p < 0.043$ ). De igual manera, los del inicio temprano al tabaquismo presentaban más años de problemas relacionados con el alcohol ( $F = 3,4$ ;  $p < 0.07$ ) y más veces tratados por ello ( $F = 3.8$ ;  $p < 0.06$ ), en comparación con los de inicio tardío (tabla 5). En cuanto a la efectividad del tratamiento, en ambos grupos de fumadores, los dos respondieron igualmente bien a los tratamientos, pues no hubo diferencias significativas entre ellos (Easton et al., 2007).

**Tabla 5.-** Relación entre violencia doméstica y tabaquismo *Media (±Desviación estándar) o %* (Easton et al., 2007)

	Inicio temprano tabaquismo	Inicio tardío tabaquismo
Arrestos por violencia doméstica	2,73 arrestos (±2,8)	1,41 arrestos (±1,0)
Expresión de ira	64,3 expresiones de ira (±31,2)	46,3 expresiones de ira (±32)
Ansiedad	17,9 %	0%
Problemas relacionados con el alcohol	19 años (±10)	14 años (±1)
Veces tratados para el alcohol	0.96 episodios de tratamiento (±1.7)	0.23 episodios de tratamiento (±0.07)

## Drogas

El padecer **trastorno por uso de sustancias ilícitas**, sin especificar cuales, se asociaba de manera significativa con la violencia doméstica de tipo físico (OR = 2,07 IC 95% = 1,25-3,43) y no con las de tipo psicológica o combinada (Salom et al., 2015). Otros autores, que abordaron dichos trastornos de manera más específica, encontraron que el consumo agudo de cocaína se vinculaba con un aumento de la violencia doméstica (Chermack et al., 2008), específicamente con la violencia sin lesiones (OR= 11,26; IC del 95% = 5,10-24,86), del mismo modo que lo hacía el de heroína (OR= 16,04; IC del 95% = 1,26-204,36) (Chermack et al., 2010). Por el contrario, no se observó dicha asociación con el consumo de marihuana (Chermack et al., 2010).

## Trastornos de salud mental en los participantes y/o en familiares biológicos

Un estudio identificó la depresión o el abuso físico como factores de riesgo de la violencia doméstica (Chermack et al., 2008). Específicamente, otros autores encontraron que los trastornos de salud mental (trastorno de ansiedad, afectivo, alimentario o psicótico) se relacionaban con las tres formas de violencia hacia la pareja íntima (violencia psicológica: OR = 1,66 IC 95% = 1,20-2,30; violencia física: OR = 1,56 IC 95% = 1,11 – 2,20; violencia combinada grave: OR = 2,68 IC 95% = 1,16 – 6,15) (Salom et al., 2015). De igual forma, se relacionó la presencia de antecedentes familiares de alcoholismo con mayor probabilidad de violencia doméstica.

## Concurrencia alcohol, drogas y trastornos salud mental

Se observó que la concurrencia de los tres trastornos (trastornos de salud mental, alcohol y sustancias ilícitas) se vinculaba con la violencia psicológica (OR = 2,96 IC 95% = 1,79-4,88) y física (OR = 4,13 IC 95% = 2,43-7,00) hacia la pareja íntima (Salom et al., 2015).

### 8.3.2 Tratamientos para la violencia doméstica inducida por el alcohol

En la búsqueda realizada se encontraron 4 artículos cuyo objetivo había sido la comparación de la eficacia de varios tipos de tratamientos frente al alcoholismo y la violencia doméstica. Todos ellos presentaban un diseño de ensayo clínico aleatorizado y una fecha de publicación comprendida entre 2005 y 2016 (Stuart et al., 2016) (Rychtarik & McGillicuddy, 2005) (Faraone et al., 2007) (Satyanarayana et al., 2016).

La mayoría de los ensayos incluyeron una muestra compuesta únicamente por hombres, con un total de 349 participantes del sexo masculino (Stuart et al., 2016) (Faraone et al., 2007) (Satyanarayana et al., 2016). Solo un ensayo tuvo una muestra compuesta únicamente por participantes del sexo femenino, con un total de 171 mujeres (Rychtarik & McGillicuddy, 2005). Los participantes fueron mayores de 18 años en todos los estudios, excepto en uno que la edad fue mayor a 21 años (Satyanarayana et al., 2016) (Tabla 6).

**Tabla 6.** Participantes de los estudios incluidos.

Estudio	Participantes			Edad (años)	
	Hombres	Mujeres	Total	Rango	media
(Stuart et al., 2016)	97		97	> 18	31.6
(Rychtarik & McGillicuddy, 2005)		171	171	> 18	42.6
(Faraone et al., 2007)	75		75	> 18	38-39
(Satyanarayana et al., 2016)	177		177	> 21	37-38

En la mayoría de artículos, todos los participantes incluidos eran alcohólicos y tenían antecedentes de violencia doméstica (Stuart et al., 2016) (Faraone et al., 2007) (Satyanarayana et al., 2016). Solo uno seleccionó a las participantes por tener parejas íntimas con trastorno por abuso de alcohol, sin tener en cuenta la presencia o ausencia de violencia doméstica. Estas mujeres fueron reclutadas durante 2 años a través de anuncios en los medios (ofrecían un programa para mujeres que experimentaban estrés como resultado de la bebida de su pareja) (Rychtarik & McGillicuddy, 2005).

Para cuantificar el consumo de alcohol se usó la entrevista Timeline Followback (Stuart et al., 2016), cuestionarios autoinformados por los participantes (Rychtarik & McGillicuddy, 2005) (Faraone et al., 2007) y el cuestionario sobre la gravedad y dependencia del alcohol (SADQ) (Satyanarayana et al., 2016). También fueron usados alcoholímetros y exámenes toxicológicos de orina (Faraone et al., 2007).

En general, se usó la escala de tácticas de conflicto para evaluar la violencia doméstica (Stuart et al., 2016) (Rychtarik & McGillicuddy, 2005) (Faraone et al., 2007), aunque también se usó el índice de abuso del cónyuge (ISA) (Satyanarayana et al., 2016).

Los diagnósticos psiquiátricos y/o psicológicos se midieron a través de la Entrevista Clínica Estructurada del DSM-IV (Faraone et al., 2007), la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) (Satyanarayana et al., 2016) y el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) (Rychtarik & McGillicuddy, 2005). La incidencia de búsqueda de ayuda para el alcoholismo por parte de la pareja íntima se tuvo en cuenta en una ocasión (Rychtarik & McGillicuddy, 2005), así como los problemas emocionales y conductuales en los hijos, mediante el cuestionario de fortalezas y dificultades (SDQ) (Satyanarayana et al., 2016).

Los polimorfismos del gen monoamino oxidasa A (MAOA), identificados mediante la recolección de ADN en una muestra de saliva, se tuvieron en cuenta en una ocasión (Stuart et al., 2016). Este gen se encuentra en el cromosoma X y codifica el enzima para la síntesis de serotonina, dopamina y norepinefrina.

Una de las terapias investigada fue la aplicación de un **programa estándar para maltratadores** (SBP, *standard batterer program*) y la comparación de este con

el mismo programa estándar para maltratadores, pero asociado a una **intervención de alcohol de 90 minutos** (SBP + BAI, *90-minute alcohol intervention*) (Stuart et al., 2016). También se usó un **programa de capacitación en habilidades de afrontamiento** (CST, *coping skills training*), donde las mujeres aprendieron a conceptualizar su angustia desde una perspectiva de afrontamiento para llevar a cabo una mejor resolución de los conflictos en la pareja provocados por el alcohol. El **tratamiento diferido** (DTC, *delayed treatment*) consistía en que los participantes estuviesen 8 semanas sin tratamiento y posteriormente se asignaban aleatoriamente a CST o facilitación de 12 pasos (TSF, *12-step facilitation*) (Rychtarik & McGillicuddy, 2005). En el grupo TSF, terapia que no tenía en cuenta la violencia doméstica, los participantes tenían que aprender a practicar el desapego de su pareja alcohólica y participar en el Al-Anon (organización para aquellos que han sido afectados por el alcoholismo ajeno, nuclea a familiares y amigos de alcohólicos) (Faraone et al., 2007) (Rychtarik & McGillicuddy, 2005). La **terapia cognitivo conductual** (SADV, *cognitive behavioral Substance Abuse Domestic Violence* y ICBI, *integrated cognitive-behavioral intervention*), abordaba tanto el uso de sustancias como la violencia doméstica y la relación entre las dos (Faraone et al., 2007) (Satyanarayana et al., 2016). También se investigó el **tratamiento habitual en el alcoholismo** (TAU, *treatment as usual*), es decir, farmacoterapia y psicoeducación (Satyanarayana et al., 2016).

Para el análisis de los datos se usaron distintos métodos, entre ellos la prueba de chi cuadrado ( $X^2$ ) (Faraone et al., 2007) (Satyanarayana et al., 2016), las ecuaciones de estimación generalizadas (GEE) con PROC GENMOD en SAS (Stuart et al., 2016), el PROC MIXED del SAS y el PROC MIXED GLIMMIX macro (Rychtarik & McGillicuddy, 2005), modelos de análisis de varianza y ANOVA (Faraone et al., 2007), la prueba de t, prueba U de Mann Whitney, y el análisis de covarianza (ANCOVA) (Satyanarayana et al., 2016).

### **Terapias que reducen el consumo de alcohol**

Varios estudios concuerdan en que existen diferentes terapias para reducir el consumo de alcohol (Faraone et al., 2007) (Satyanarayana et al., 2016) (Rychtarik & McGillicuddy, 2005) (Stuart et al., 2016). Algunos autores compararon la terapia de CST con la terapia TSF, obteniéndose en ambas

reducciones en el consumo de alcohol, sin observarse diferencias estadísticamente significativas entre ellas (Rychtarik & McGillicuddy, 2005). Otros compararon esta misma terapia de TSF con la terapia SADV, encontrándose que SADV presentaba un porcentaje mayor de días de abstinencia de alcohol ( $F \frac{1}{4} 5.4$   $p < 0.02$ ) que la TSF. En concreto, en el grupo de SADV se informaron una media de 90.2 días de abstinencia (DE  $\frac{1}{4}$  13.7) y en el grupo TSF una media de 79.8 días de abstinencia (DE  $\frac{1}{4}$  23.1) (Faraone et al., 2007). Al comparar la terapia ICBI con TAU se vio que ambos eran igualmente eficaces en la reducción del consumo de alcohol, pues no había diferencias estadísticamente significativas entre ellos (puntuación SADQ para el consumo de alcohol en ICBI:  $28.9 \pm 12.8$  puntos al inicio;  $18.9 \pm 8.4$  a los 3 meses del tratamiento. Puntuación SADQ para el consumo de alcohol en el tratamiento habitual:  $27.3 \pm 13.1$  puntos al inicio;  $19.7 \pm 10.2$  a los 3 meses del tratamiento) (Satyanarayana et al., 2016) (Tabla 7).

### **Terapias que reducen la violencia doméstica**

Algunos estudios compararon CST con TSF, donde se identificó que, entre las parejas con antecedentes de violencia doméstica, la terapia CST presentaba una mayor reducción de la violencia doméstica que TSF (al finalizar el seguimiento, los que hicieron terapia CST presentaron episodios de violencia doméstica en un 63% y los de la terapia TSF en un 85%) (Rychtarik & McGillicuddy, 2005). Otros autores compararon TSF con SADV, encontrándose que esta última mostraba una mayor reducción de la violencia doméstica ( $F \frac{1}{4} 3.3$ ,  $p < 0.09$ ). No obstante, hay que tener en cuenta que, entre los asignados aleatoriamente a la terapia con SADV, se informaron más episodios de violencia física al inicio del estudio, en comparación con los asignados al grupo TSF ( $F \frac{1}{4} 3.33$ ,  $p < 0.06$ ) (Faraone et al., 2007). Al comparar ICBI con TAU se vio que la primera terapia obtuvo mayores reducciones de violencia doméstica (puntuación ISA para la severidad de violencia doméstica:  $23.5 \pm 21.3$  puntos al inicio;  $14.5 \pm 10.1$  a los 3 meses de la ICBI) que el tratamiento habitual (puntuación ISA para la severidad de violencia doméstica:  $22.0 \pm 19.4$  puntos al inicio;  $17.4 \pm 13.5$  a los 3 meses del tratamiento habitual) (Satyanarayana et al., 2016) (Tabla 7).

## **Terapias que reducen de manera conjunta la violencia doméstica y el alcoholismo**

Los resultados expuestos en los anteriores apartados muestran que son varias las terapias que logran reducir de manera conjunta la violencia doméstica y el consumo de alcohol. Entre ellas encontramos las terapias cognitivo conductuales (SADV y ICBI), la terapia de capacitación en habilidades de afrontamiento (CST) y el programa estándar para maltratadores aplicado junto con una intervención de alcohol de 90 minutos (SBP + BAI) (Faraone et al., 2007) (Satyanarayana et al., 2016) (Rychtarik & McGillicuddy, 2005) (Stuart et al., 2016) (Tabla 7).

Finalmente, se vio que, entre los hombres que presentaban un polimorfismo de MAOA, la terapia con SBP + BAI (programa estándar para maltratadores + intervención de alcohol de 12 minutos) era más eficaz que la terapia con solo SBP, pues esta primera aumentaba los días de abstinencia del alcohol ( $B= 0.16$ , 95% CI= 0.04 – 0.27,  $p= 0.01$ ) y disminuía la violencia física ( $B= -1.21$ , 95% CI= -2.21 – -0.21,  $p= 0.02$ ) y las lesiones ( $B= -2.37$ , 95% CI= -3.19 – -0.82,  $p= 0.00$ ) hacia la pareja íntima, en mayor medida que en aquellos que no presentaban dicho polimorfismo (Stuart et al., 2016) (Tabla 7).

**Tabla 7.** Terapias que reducen el consumo de alcohol y la violencia doméstica

Estudio	Comparación	Cuál reduce más...	
		El consumo alcohol	La violencia doméstica
(Rychtarik & McGillicuddy, 2005)	<b>CST vs TSF</b>	<p><b>CST y TSF (por igual)</b></p> <p><i>No hay diferencias estadísticamente significativas entre ellas.</i></p> <p><i>CST = media de 38 días de abstinencia (DE 37)</i></p> <p><i>TSF = media de 35 días de abstinencia (DE 35)</i></p>	<p><b>CST</b></p> <p><i>Episodios de violencia al finalizar terapia:</i></p> <p><i>CST: 63% presentaron episodios de violencia</i></p> <p><i>TSF: 85% presentaron episodios de violencia</i></p>
(Faraone et al., 2007)	<b>TSF vs SADV</b>	<p><b>SADV</b></p> <p><i>SADV = media de 90.2 días de abstinencia (DE ¼ 13.7)</i></p> <p><i>TSF = media de 79.8 días de abstinencia (DE ¼ 23.1)</i></p>	<p><b>SADV</b></p> <p><i>SADV: al inicio del estudio presentaban una media de 6.6 (DE ¼ 2.1) episodios violentos por mes, reduciéndose tras el tratamiento a una media de 0.95 (DE ¼ 0.72).</i></p> <p><i>TSF: al inicio del estudio presentaban una media de 0.36 (DE ¼ 2.2) episodios violentos por mes, aumentándose tras el tratamiento a 0.73 (DE ¼ 0.75)</i></p>
(Satyanarayana et al., 2016)	<b>ICBI vs TAU</b>	<p><b>ICBI y TAU (por igual)</b></p> <p><i>No hay diferencias estadísticamente significativas entre ellas</i></p> <p><i>Puntuación SADQ para el consumo alcohol:</i></p> <p><i>ICBI: 28.9 ± 12.8 puntos al inicio; 18.9 ± 8.4 a los 3 meses del tratamiento.</i></p> <p><i>TAU: 27.3 ± 13.1 puntos al inicio; 19.7 ± 10.2 a los 3 meses del tratamiento</i></p>	<p><b>ICBI</b></p> <p><i>Puntuación ISA para la severidad de violencia doméstica:</i></p> <p><i>ICBI: 23.5 ± 21,3 puntos al inicio; 14.5 ± 10.1 a los 3 meses</i></p> <p><i>TAU: 22.0 ± 19.4 puntos al inicio; 17.4 ± 13.5 a los 3 meses</i></p>
(Stuart et al., 2016)	<b>SBP vs SBP + BAI</b> (individuos con polimorfismo MAOA)	<p><b>SBP + BAI</b></p> <p><i>Aumenta los días de abstinencia del alcohol (B= 0.16, 95% CI= 0.04 – 0.27, p= 0.01)</i></p>	<p><b>SBP + BAI</b></p> <p><i>Disminuye la violencia física (B= -1.21, 95% CI= -2.21 – -0.21, p= 0.02) y las lesiones (B= -2.37, 95% CI= -3.19 – -0.82, p= 0.00) hacia la pareja íntima</i></p>

## **Terapias que disminuyen la sintomatología depresiva en las parejas de alcohólicos**

La aplicación de la terapia de TSF y de CST disminuían la sintomatología depresiva en las parejas de los alcohólicos ( $t(34) = -7.20$ ,  $p < .0001$ ,  $PV = 0.24$ ), en comparación con la terapia de tratamiento diferido (DTC) ( $t(34) = -0.63$ , ns,  $PV = .00$ ) (Rychtarik & McGillicuddy, 2005). La terapia ICBI también mostró una disminución en la sintomatología depresiva (puntuación DASS para la depresión conyugal en ICBI:  $7.3 \pm 5.2$  puntos al inicio;  $5.7 \pm 3.8$  a los 3 meses del tratamiento), en comparación con el tratamiento habitual del alcoholismo (puntuación DASS para la depresión conyugal en el tratamiento habitual:  $7.0 \pm 4.5$  puntos al inicio;  $6.5 \pm 4.1$  a los 3 meses del tratamiento) (Satyanarayana et al., 2016).

**Tabla 2.** Extracción de datos

Autor	Muestra	Metodología		Resultados
		Diseño	Medidas	
Violencia doméstica inducida y/o relacionada con el alcohol				
(Chermack et al., 2010)	178 H y M con antecedentes de violencia y tto por uso de sustancias, entre 18 y 63 años.	Estudio transversal usando un modelo de análisis multinivel.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consumo de OH y drogas: % de días de consumo excesivo de alcohol (5 o más bebidas), cocaína, marihuana y heroína.</li> <li>Violencia: sin violencia, violencia física, violencia física con lesiones, incidentes a la pareja íntima e incidentes en personas que no son pareja.</li> <li>Medidas adicionales: edad, raza y sexo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↑ violencia hacia otros que hacia sus parejas.</li> <li>Consumo agudo y moderado OH y cocaína y heroína → ↑ violencia.</li> <li>Consumo marihuana → violencia menos grave.</li> <li>Sexo masculino → ↑ violencia.</li> <li>No relación entre la edad y la violencia.</li> </ul>
(Chermack et al., 2008)	489 H y M inscritos en programas de tto por abuso de sustancias, con y sin violencia el año pasado, entre 18 y 63 años.	Estudio transversal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Agresión de pareja: agresión psicológica, física y lesión.</li> <li>Factores de riesgo proximales: consumo OH y drogas (días de consumo excesivo OH, consumo marihuana, cocaína, heroína, opiáceos, sedantes y estimulantes) y evidencia de depresión.</li> <li>Factores de riesgo distales: familiares con abuso OH, drogas o medicamentos, depresión, violencia o rabia frecuente y antecedentes de abusos físicos/sexuales durante la infancia.</li> <li>Medidas adicionales: género, edad y etnia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consumo excesivo OH y cocaína → ↑ agresión hacia la pareja íntima.</li> <li>Edad más joven → ↑ agresión.</li> <li>Mujeres → ↑ prob de ser lesionadas por su pareja.</li> <li>Antecedentes familiares de alcoholismo, drogas y depresión, y antecedentes de abuso físico infantil → ↑ agresión a la pareja íntima.</li> <li>Depresión → ↑ agresión a la pareja.</li> <li>Parejas convivientes → ↓ agresiones y lesiones a sus parejas.</li> </ul>
(Salom et al., 2015)	1781 H y M con mínimo un antecedente de relación íntima, con una media de 20,6 años.	Estudio transversal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Violencia hacia la pareja: física, psicológica y combinada grave.</li> <li>OH, sustancias ilícitas y trastornos de salud mental.</li> <li>Otras: sexo, edad, educación, convivencia con pareja, nº de niños a cargo, abandono temprano hogar, agresión infantil, problemas en área residencial, violencia en la relación de los padres, educación madre y edad madre en el momento parto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trastornos salud mental → ↑ violencia física, psicológica y grave a pareja.</li> <li>Trastornos OH → ↑ violencia psicológica hacia la pareja.</li> <li>Trastornos por uso de sustancias ilícitas → ↑ violencia física a la pareja.</li> <li>Concurrencia varios trastornos → ↑ violencia psicológica y física a pareja.</li> </ul>
(Drapkin et al., 2005)	109 M (y sus parejas) con abuso o dependencia el OH.	Estudio transversal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Agresión a la pareja íntima: agresión verbal, coerción psicológica, violencia menor y violencia severa.</li> <li>Abuso OH.</li> <li>Deseo de cambio de la pareja.</li> <li>Satisfacción en la relación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mujeres: ↑ prob violencia (todos los tipos de violencia) y + grave.</li> <li>↑ Intensidad OH en la mujer → ↑ agresión.</li> <li>↑ satisfacción relación → ↓ agresión verbal y psicológica por parte mujer.</li> <li>↑ Educación e ingresos mujeres → ↓ agresiones a su pareja.</li> </ul>
(Easton et al., 2007)	62 H alcohólicos, fumadores y arrestados por violencia doméstica, con > 18 años.	Estudio transversal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnósticos psiquiátricos y funcionamiento psicosocial.</li> <li>Abuso de sustancias.</li> <li>Hábito tabáquico: inicio temprano (fumar antes 16 años) e inicio tardío (fumar a partir 16,5 años)</li> <li>Ira y violencia física.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inicio temprano al tabaquismo → ↑ violencia hacia la pareja y arrestos por ello, ↑ ansiedad y expresión de ira y ↑ años de problemas relacionados con OH y veces tratados por ello.</li> <li>Inicio temprano e inicio tardío = respuesta ante tto.</li> </ul>

Terapias para la violencia doméstica inducida o relacionada con el alcohol

(Stuart et al., 2016)	97 H maltratadores de pareja y alcohólicos, con ≥ 18 años.	Ensayo clínico aleatorizado. Asignación aleatoria 2 ttos: SBP o SBP + BAI.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consumo OH y drogas: nº bebidas día y % días abstinencia OH.</li> <li>Violencia a la pareja.</li> <li>Genética: polimorfismos del gen MAOA (5-HTTLPR).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↑ niveles polimorfismos y tto con SBP + BAI → ↑ días abstinencia y ↓ violencia a la pareja.</li> <li>Tratamiento con SBP + BAI es + eficaz que el solo con SBP.</li> </ul>
(Rychtarik & McGillicuddy, 2005)	171 M con parejas íntimas alcohólicas.	Ensayo clínico aleatorizado con tres grupos. Asignación aleatoria a 3 tipos tto: CST, TSF o DTC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Depresión.</li> <li>OH en la pareja íntima: % días de abstinencia y nº bebidas día.</li> <li>Funcionamiento de la pareja íntima: incidencia de búsqueda de ayuda para tratar su abuso de OH.</li> <li>Violencia física: frecuencia violencia física.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CST y TSF → = efectivas en ↓ sintomatología depresiva en las mujeres con parejas alcohólicas y en ↓ del consumo OH en la pareja alcohólica.</li> <li>CST → ↓ mayor en la violencia en las parejas con antecedentes de violencia.</li> </ul>
(Faraone et al., 2007)	75 H alcohólicos y arrestados por violencia doméstica, ≥ 18 años.	Ensayo clínico aleatorizado con dos grupos. Asignación aleatoria a 2 ttos: SADV o TSF.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnósticos psiquiátricos y funcionamiento psicosocial.</li> <li>Abuso de sustancias.</li> <li>Violencia física.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SADV → ↑ días de abstinencia OH y ↓ violencia física.</li> </ul>
(Satanarayana et al., 2016)	177 H alcohólicos con antecedentes de violencia a la pareja, ≥ de 21 años.	Ensayo clínico aleatorizado con dos grupos. Asignación al aleatoria a dos tipos de tratamiento, TAU y ICBI.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dependencia OH.</li> <li>Gravedad de la violencia a la pareja.</li> <li>Problemas psicológicos pareja: depresión, ansiedad y estrés.</li> <li>Problemas emocionales y conductuales en los hijos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>TAU y ICBI → ↓ consumo OH.</li> <li>ICBI → ↓ violencia física hacia la pareja íntima y problemas psicológicos en la pareja (depresión, ansiedad y estrés).</li> </ul>

H: hombres; M: mujeres; ↑: mayor/aumento; ↓: menor/reducción; Prob: probabilidad; tto: tratamiento; OH: alcohol; +: más; nº: número, SBP: programa estándar para maltratadores; BAI: intervención de alcohol de 90 minutos; CST: capacitación en habilidades de afrontamiento; TSF: facilitación de 12 pasos; DTC: tratamiento diferido; SADV: terapia cognitivo-conductual; TAU: Tratamiento habitual; ICBI: Intervención cognitivo-conductual integrada

#### 8.4 ANÁLISIS DEL RIESGO DE LOS SEGOS

Para la evaluación de la calidad metodológica en los diferentes artículos se usó la **escala SIGN** y la **Newcastle-Ottawa**, las cuales se encuentran desarrolladas en el apartado de anexos (ANEXO 1 y 2). Para una sencilla visualización, se elaboró una tabla que recoge de manera general el riesgo de sesgo de cada uno de los estudios (Tabla 8).

**Tabla 8.** Análisis del riesgo de sesgos

<b>Violencia doméstica inducida y/o relacionada con alcoholismo</b>		<b>Tratamientos para la violencia doméstica y alcoholismo</b>	
<i>Estudio</i>	<i>Riesgo de sesgo</i>	<i>Estudio</i>	<i>Riesgo de sesgo</i>
(Chermack et al., 2010)	ALTO	(Stuart et al., 2016)	BAJO
(Chermack et al., 2008)	MODERADO	(Rychtarik & McGillicuddy, 2005)	BAJO
(Salom et al., 2015)	MODERADO	(Faraone et al., 2007)	MODERADO
(Drapkin et al., 2005)	MODERADO	(Satyanarayana et al., 2016)	BAJO
(Easton et al., 2007)	MODERADO		

#### **Violencia inducida y/o relacionada con el alcohol**

Todos los artículos incluidos en esta sección son estudios transversales, por lo que hay que tener en cuenta que estarán sujetos a gran cantidad de sesgos. Los estudios trasversales, además de ser muy sensibles a sesgos, no pueden demostrar hipótesis de causalidad.

Al aplicar la escala Newcastle – Ottawa adaptada para estudios transversales se obtuvo que todos los artículos incluidos eran satisfactorios, excepto (Chermack et al., 2010), pues obtuvo 4 puntos en la clasificación, considerándose insatisfactorio. Ello implica que las conclusiones extraídas de dicho estudio han de interpretarse con cautela.

## **Tratamiento para la violencia doméstica inducida por el alcohol**

En la presente sección, todos los artículos incluidos son ensayos clínicos aleatorizados, por lo que son los estudios con menores sesgos dentro de la presente revisión sistemática. Por ello, este es el apartado que presenta mayor fiabilidad.

Al aplicar manualmente las escalas SIGN, se ha obtenido en todos ellos una alta calidad en el diseño, reafirmando así que son estudios con baja probabilidad de sesgos.

## **9. DISCUSIÓN**

Con la presente revisión sistemática se ha encontrado que hay una relación entre el alcohol y la violencia doméstica y que, además, existen terapias eficaces para la reducción simultánea de ambas.

### **Violencia doméstica inducida o relacionada con el alcohol**

La presente revisión sistemática se realizó con el objetivo de analizar si había una relación entre los individuos con trastorno por abuso de alcohol y la violencia doméstica. Además, se pretendía analizar si había factores agravantes, tales como el uso de otras drogas, el sexo o la edad. Se describe en primer lugar la relación encontrada entre el consumo de alcohol y la violencia doméstica, pasando posteriormente a comentar ciertos factores relacionados (depresión, género, drogas, tabaco y edad).

La mayoría de estudios incluidos orientan hacia una relación positiva entre el consumo de alcohol y la violencia doméstica (Chermack et al., 2008), (Chermack et al., 2010), (Salom et al., 2015), (Drapkin et al., 2005), (Easton et al., 2007). Dichos resultados concuerdan con la evidencia previa, que muestra un aumento de la prevalencia de violencia doméstica entre las parejas con trastorno por abuso de alcohol (Stuart et al., 2004) (T. O'Farrell & Murphy, 1995) (Semahegn & Mengistie, 2015).

En cuanto al **tipo de violencia** más frecuente, la mayor parte de trabajos señalan que esta era la violencia psicológica y verbal (Chermack et al., 2008) (Salom et al., 2015) (Drapkin et al., 2005), datos que coinciden con estudios anteriores (Stuart et al., 2004).

Varios autores vieron que había varios factores que influían en la relación entre el consumo de alcohol y la violencia doméstica. Entre ellos, cabe destacar la cantidad de alcohol consumida, el sexo, la edad, la convivencia en pareja, el consumo de tabaco, el consumo de drogas y los trastornos de salud mental.

En cuanto a la **cantidad de alcohol consumida** que provocaba más violencia se encontraron ciertas discrepancias entre los estudios incluidos. Según un estudio era el consumo excesivo de alcohol el que se relacionaba con una mayor violencia (Chermack et al., 2008), pero según otro era el consumo de alcohol moderado y agudo (Chermack et al., 2010). Dichas discordancias podrían deberse a las diferencias en el tamaño muestral, pues en el primero había 489 participantes y en el segundo 178. Otro factor que pudo haber influido es que el segundo estudio utilizó un modelo de análisis multinivel para obtener los resultados, pero, en cambio, este no fue utilizado por el primero. También hay que tener en cuenta que, al aplicar la escala Newcastle – Ottawa para sesgos, en el segundo estudio se obtuvo un resultado insatisfactorio, por lo que sus resultados podrían estar sesgados. En cuanto a la evidencia previa, esta sugiere que el consumo excesivo de alcohol está más fuertemente asociado a la violencia doméstica que el consumo escaso (Llopis Giménez et al., 2014), por lo que todo orienta a cuestionar los resultados obtenidos por el segundo estudio.

El **sexo**, masculino o femenino, también mostró diferencias en la violencia doméstica relacionada con el consumo de alcohol. En concreto, diversos estudios coincidieron en que había un aumento de la violencia si el consumidor de alcohol era del sexo masculino (Chermack et al., 2010) y (Chermack et al., 2008). Por el contrario, en otro de los estudios se encontró que las mujeres alcohólicas presentaban actos de violencia más graves y frecuentes hacia su pareja que los hombres alcohólicos. En este estudio también se observó que la insatisfacción de la mujer en la pareja, así como una menor educación e ingresos, tenía relación positiva con la violencia doméstica hacia su pareja masculina (Drapkin et al., 2005). Estas discordancias pueden haberse debido a las características del estudio, pues en este último la muestra principal eran mujeres alcohólicas (y sus respectivas parejas) y en los otros dos la muestra incluían tanto a hombres como a mujeres alcohólicas. En cuanto al sexo, se ha de tener en cuenta que hay menos literatura sobre mujeres alcohólicas y

violencia doméstica hacia la pareja del sexo masculino, en parte debido a que son situaciones que se producen con menos frecuencia. La evidencia previa muestra que las mujeres alcohólicas tienen más probabilidad de volverse verbalmente agresivas, y además estas tienen más probabilidad de ser víctimas de violencia doméstica por parte de su pareja, en comparación con las no alcohólicas (Kantor & Straus, 1989). No obstante, hay que tener en consideración que la información obtenida para realizar los estudios podría estar sesgada dado que los hombres suelen notificar menos los actos de violencia por parte de su pareja que las mujeres (Dicola & Spaar, 2016). Con la finalidad de aclarar estas diferencias, se deberían realizar más estudios sobre la violencia doméstica perpetrada por mujeres, pues actualmente la mayoría de estudios se centran sobre todo en la violencia doméstica masculina y los que existen sobre mujeres son contradictorios.

Un dato característico fue encontrado en la **convivencia en pareja**, la agresividad dentro de la pareja es un aspecto ciertamente complejo ya que, mientras existe una mayor probabilidad de reportar agresiones cuando la pareja vive junta, la frecuencia de las agresiones es mayor en parejas no convivientes (Chermack et al., 2008). Existen varias explicaciones a este hecho aparentemente contradictorio, por ejemplo, una pareja en la que se dan episodios de violencia acaba separándose o cuando la pareja es no conviviente, es menos estable con posibilidades de relaciones esporádicas y por lo tanto más proclives a la existencia de situaciones de violencia (Lawrence & Bradbury, 2001) (Kurz, 1996) (Shortt et al., 2006). La evidencia previa señala que hay una gran cantidad de parejas que se separan al ser agredidas por su pareja (Kurz, 1996), por lo que esta podría ser una explicación por la que las parejas que conviven presenten menos cantidad de agresiones.

La **edad** mostró cierta controversia, pues unos autores observaron que la edad más joven se relacionaba con una mayor violencia doméstica (Chermack et al., 2008), pero otros vieron que no habían diferencias significativas en cuanto a la violencia doméstica en relación con la edad (Chermack et al., 2010). Estas diferencias podrían haberse debido a una menor muestra usada por el segundo estudio. No obstante, para afirmar dicha premisa se deberían de realizar más investigaciones al respecto. La evidencia previa va a favor de los primeros

autores, mostrando un aumento de la violencia doméstica entre las edades más jóvenes (Conner et al., 2000) (Fonseca et al., 2006) .

En cuanto al **tabaco**, según un estudio, el inicio temprano al tabaquismo (antes de los 16 años) en hombres se relacionó con una mayor violencia doméstica, ansiedad, expresión de ira y más años de problemas y tratamientos a causa del alcohol (Easton et al., 2007). La evidencia científica sobre el tabaco muestra que el este se relaciona con un aumento de la violencia doméstica, pero sin tener en cuenta el inicio temprano o tardío al mismo (Panjaphothiwat et al., 2021). Este resultado es muy interesante, pues muestra factor que podría promover la violencia doméstica entre los individuos alcohólicos. Faltaría llevar a cabo más estudios que corroborasen dicha asociación, así como realizar esta misma investigación en el sexo femenino.

Los resultados más relevantes referidos a **drogas** de abuso indicaron que el consumo de cocaína y heroína estaba directamente relacionado con una mayor violencia sin lesiones hacia la pareja íntima (Chermack et al., 2010). Otros autores detallaron que el trastorno por uso de sustancias ilícitas, sin especificar cuales, estaba relacionado con la violencia doméstica de tipo físico (Salom et al., 2015). La correlación entre el consumo de drogas de abuso y violencia de pareja íntima ha sido ampliamente documentado por la literatura (Licata et al., 1993) (Chermack & Blow, 2002) (Fals-Stewart et al., 2003). La evidencia previa muestra que el consumo de drogas ilícitas entre los jóvenes, aunque sin especificar cuáles más, se relaciona con un aumento de la agresión física y sexual hacia la pareja íntima (Muñoz-Rivas et al., 2010). Son necesarias más investigaciones acerca de las drogas y la violencia domésticas, pues su consumo es habitual entre la población y pueden estar teniendo influencia en casos de violencia doméstica.

En cuanto a los **trastornos de salud mental** (trastorno de ansiedad, afectivo, alimentario o psicótico), un estudio muestra que estos se relacionan con la violencia doméstica (Salom et al., 2015). En concreto, varios estudios concuerdan que la depresión entre los individuos alcohólicos es un factor de riesgo para la violencia doméstica (Chermack et al., 2008) (Salom et al., 2015). La existencia de una comorbilidad entre el consumo de alcohol, agresividad y síntomas de depresión o maquinaciones suicidas ya ha sido probada en estudios

de los años 80 (Branchey et al., 1984). La evidencia previa muestra que la depresión en los hombres, pero no en las mujeres, se relaciona con un aumento del consumo de alcohol y por consiguiente en un aumento de la agresión de tipo verbal hacia su pareja. Sin embargo, se vio que la ingesta de alcohol era mayor entre los hombres con ansiedad que entre aquellos con depresión (Keiley et al., 2009).

En general, se afirma que existe una asociación positiva entre el alcohol y la violencia doméstica, pero se necesitan más investigaciones para aclarar algunos matices importantes que ayuden a esclarecer mejor sus características relacionándolas con el consumo de alcohol. Algunas de estas serían la cantidad de alcohol que provoca más violencia, la influencia de la convivencia de la pareja en el mismo hogar, el tipo concreto de drogas que se relaciona en mayor medida con la violencia doméstica y como el sexo puede influir en esta violencia doméstica. Es especialmente importante esclarecer dichas discordancias, pues la violencia doméstica es un problema de salud mundial extremadamente prevalente y con altas cargas negativas para la salud, por lo que toda información que pueda ayudar a su prevención es extremadamente valiosa.

Para finalizar el presente apartado, hay que tener en cuenta que todos los estudios incluidos son de tipo transversal, por lo que realmente no se pueden obtener relaciones causales entre el consumo de alcohol y la violencia. Además, muchas de las medidas han sido obtenidas por autoinformes, por lo que podría haber sesgo de recuerdo. Dicho problema de causalidad ya se había identificado en investigaciones anteriores, siendo esta una cuestión que se debería resolver en futuras investigaciones. El establecimiento de causalidad permitiría identificar el tratamiento para el abuso del alcohol como estrategia de prevención de la violencia doméstica (Lipsey et al., 1997).

### **Tratamientos para la violencia doméstica inducida por el alcohol**

Los resultados más destacables se relacionan con los tratamientos que abordan al mismo tiempo la violencia doméstica y el trastorno por abuso de alcohol, pues son situaciones que muchas veces se presentan conjuntamente. Se ha demostrado que el tratamiento con SBP + BAI (programa estándar para maltratadores + intervención de alcohol de 12 pasos) aumenta los días de

abstinencia de alcohol y reduce la violencia hacia la pareja íntima (Stuart et al., 2016). Del mismo modo, se observa que el mejor tratamiento para la reducción de ambos problemas es CST (programa de capacitación en habilidades de afrontamiento) (Rychtarik & McGillicuddy, 2005). En este sentido, se señala este mismo efecto con el uso de SADV (terapia cognitivo conductual) (Faraone et al., 2007) y en otro con el uso de ICBI (intervención cognitivo-conductual integrada) (Satyanarayana et al., 2016). Estos resultados son congruentes con la evidencia previa que apunta a que el abordaje conjunto de ambas propicia una mejor reducción de su frecuencia de aparición (T. J. O'Farrell et al., 2004). En otro estudio también se ha observado que la reducción en el consumo de alcohol provoca una consiguiente reducción de la violencia doméstica, resultados extremadamente interesantes para ayudar a la elaboración de programas de prevención de la violencia doméstica (Stuart et al., 2003).

Estos resultados son prometedores, pues muestran un conjunto de diferentes terapias disponibles que ayuden a reducir de manera conjunta la violencia doméstica y el trastorno por abuso de alcohol, problemas relacionados y actualmente muy prevalentes, con altas cargas negativas.

### **9.1 LIMITACIONES Y SEGOS DEL ESTUDIO**

El presente estudio, no obstante, contiene ciertas limitaciones. Durante la búsqueda sistemática, no se tuvieron en cuenta los artículos científicos no publicados, por lo que puede haber aparecido sesgo de publicación.

La selección de los artículos, la extracción de los datos y la evaluación de los riesgos de sesgos se han llevado a cabo de manera meticulosa, pero el hecho de haber sido realizados por una única persona podría haber incurrido en sesgos.

En cuanto al idioma, solo se usaron estudios escritos en español o inglés, limitando en parte otros artículos que podrían haber sido interesantes.

En el apartado de violencia doméstica y/o inducida por el alcohol, todos los estudios incluidos son de tipo trasversal, por lo que no es posible obtener una causalidad entre la violencia doméstica y el alcohol.

El alcoholismo es un problema de salud que suele estar acompañado de muchos otros factores, tales como otras drogas, antecedentes familiares complicados, problemas psicológicos, entre otros. Por ello, los resultados pueden ser difíciles de interpretar en algunas situaciones, pues no se pueden estudiar todos los factores en cada uno de los estudios.

En cuanto a las medidas de los diferentes factores estudiados en los estudios, muchas de ellas se obtuvieron a través de autoinformes, por lo que en algunas ocasiones podrían aparecer sesgos.

## **10. CONCLUSIONES**

El trastorno por abuso de alcohol y la violencia doméstica son ambos dos problemas de salud pública actualmente muy prevalentes y en muchos aspectos interrelacionados. Debido a la gran prevalencia y a todas las consecuencias negativas que implican, abordar el trastorno por abuso de alcohol y la violencia doméstica es una prioridad de salud pública mundial que está, además ligada a la igualdad de sexos.

Tras la realización de la presente revisión sistemática podemos concluir que existe una relación positiva entre el alcohol y la violencia de pareja íntima. La cantidad de alcohol consumida, la edad, el sexo, el uso de otras drogas, los diagnósticos psiquiátricos y la convivencia en pareja parecen influir en esta relación.

Las terapias psicológicas para tratar el alcoholismo y la violencia doméstica funcionan.

## 11. BIBLIOGRAFÍA

- Branchey, L., Branchey, M., Shaw, S., & Lieber, C. S. (1984). Depression, suicide, and aggression in alcoholics and their relationship to plasma amino acids. *Psychiatry Research, 12*(3), 219–226. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(84\)90027-1](https://doi.org/10.1016/0165-1781(84)90027-1)
- Cheng, H. G., & Anthony, J. C. (2018). Female–male differences in alcohol dependence levels: Evidence on newly incident adolescent and young-adult drinkers in the United States, 2002–2014. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 27*(3). <https://doi.org/10.1002/MPR.1717>
- Chermack, S. T., & Blow, F. C. (2002). Violence among individuals in substance abuse treatment: the role of alcohol and cocaine consumption. *Drug and Alcohol Dependence, 66*(1), 29–37. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(01\)00180-6](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(01)00180-6)
- Chermack, S. T., Grogan-Kaylor, A., Perron, B. E., Murray, R. L., De Chavez, P., & Walton, M. A. (2010). Violence Among Men and Women in Substance Use Disorder Treatment: A Multi-level Event-based Analysis. *Drug and Alcohol Dependence, 112*(3), 194. <https://doi.org/10.1016/J.DRUGALCDEP.2010.06.005>
- Chermack, S. T., Murray, R. L., Walton, M. A., Booth, B. A., Wryobeck, J., & Blow, F. C. (2008). Partner aggression among men and women in substance use disorder treatment: correlates of psychological and physical aggression and injury. *Drug and Alcohol Dependence, 98*(1–2), 35–44. <https://doi.org/10.1016/J.DRUGALCDEP.2008.04.010>
- Conner, K. R., Duberstein, P. R., & Conwell, Y. (2000). Domestic Violence, Separation, and Suicide in Young Men with Early Onset Alcoholism: Reanalyses of Murphy’s Data. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 30*(4), 354–359. <https://doi.org/10.1111/J.1943-278X.2000.TB01101.X>
- De Vargas, D., & Luis, M. A. V. (2008). Alcohol, alcoholism and alcohol addicts: conceptions and attitudes of nurses from district basic health centers. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 16*(SPEC. ISS.), 543–550. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000700007>
- Dicola, D., & Spaar, E. (2016). Intimate Partner Violence. *American Family Physician, 94*(8), 646–651. <http://www.aafp.org/afp/2011/0515/p1173.html>.
- Drapkin, M. L., McCrady, B. S., Swingle, J. M., & Epstein, E. E. (2005). Exploring bidirectional couple violence in a clinical sample of female alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol, 66*(2), 213–219. <https://doi.org/10.15288/JSA.2005.66.213>
- Easton, C. J., Weinberger, A. H., & George, T. P. (2007). Age of onset of smoking among alcohol dependent men attending substance abuse treatment after a domestic violence arrest. *Addictive Behaviors, 32*(10), 2020–2031. <https://doi.org/10.1016/J.ADDBEH.2007.01.021>
- Fals-Stewart, W., Golden, J., & Schumacher, J. A. (2003). Intimate partner violence and substance use: a longitudinal day-to-day examination. *Addictive Behaviors, 28*(9), 1555–1574. <https://doi.org/10.1016/J.ADDBEH.2003.08.035>
- Faraone, S. V., Wilens, T. E., Petty, C., Antshel, K., Spencer, T., & Biederman, J. (2007). A cognitive behavioral therapy for alcohol-dependent domestic violence offenders: an integrated substance abuse-domestic violence treatment approach (SADV). *The American Journal on Addictions, 16*(1), 24–34. <https://doi.org/10.1080/10550490601077809>

- Fonseca, C. A., Schmaling, K. B., Stoeber, C., Gutierrez, C., Blume, A. W., & Russell, M. L. (2006). Variables associated with intimate partner violence in a deploying military sample. *Military Medicine*, *171*(7), 627–631. <https://doi.org/10.7205/MILMED.171.7.627>
- Guinle, M. I. B., & Sinha, R. (2020). The Role of Stress, Trauma, and Negative Affect in Alcohol Misuse and Alcohol Use Disorder in Women. *Alcohol Research : Current Reviews*, *40*(2), 1–17. <https://doi.org/10.35946/ARCR.V40.2.05>
- Jones, A. S., & Gondolf, E. W. (2001). Time-Varying Risk Factors for Reassault Among Batterer Program Participants. *Journal of Family Violence* 2001 *16*:4, *16*(4), 345–359. <https://doi.org/10.1023/A:1012268725273>
- Kantor, G. K., & Straus, M. A. (1989). Substance abuse as a precipitant of wife abuse victimizations. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *15*(2), 173–189. <https://doi.org/10.3109/00952998909092719>
- Keiley, M. K., Keller, P. S., & El-Sheikh, M. (2009). Effects of Physical and Verbal Aggression, Depression, and Anxiety on Drinking Behavior of Married Partners: A Prospective and Retrospective Longitudinal Examination. *Aggressive Behavior*, *35*(4), 296. <https://doi.org/10.1002/AB.20310>
- Kim, S. T., Hwang, S. S., Kim, H. W., Hwang, E. H., Cho, J., Kang, J. I., & Kim, S. J. (2018). Multidimensional impulsivity as a mediator of early life stress and alcohol dependence. *Scientific Reports*, *8*(1). <https://doi.org/10.1038/S41598-018-22474-8>
- Kurz, D. (1996). Separation, divorce, and woman abuse. *Violence against Women*, *2*(1), 63–81. <https://doi.org/10.1177/1077801296002001004>
- Lawrence, E., & Bradbury, T. N. (2001). Physical aggression and marital dysfunction: a longitudinal analysis. *Journal of Family Psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, *15*(1), 135–154. <https://doi.org/10.1037//0893-3200.15.1.135>
- Leonard, K. E., & Eiden, R. D. (2007). Marital and Family Processes in the Context of Alcohol Use and Alcohol Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*, 285. <https://doi.org/10.1146/ANNUREV.CLINPSY.3.022806.091424>
- Leonard, K. E., & Senchak, M. (1996). Prospective prediction of husband marital aggression within newlywed couples. *Journal of Abnormal Psychology*, *105*(3), 369–380. <https://doi.org/10.1037//0021-843X.105.3.369>
- Licata, A., Taylor, S., Berman, M., & Cranston, J. (1993). Effects of cocaine on human aggression. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, *45*(3), 549–552. [https://doi.org/10.1016/0091-3057\(93\)90504-M](https://doi.org/10.1016/0091-3057(93)90504-M)
- Lipsey, M. W., Wilson, D. B., Cohen, M. A., & Derzon, J. H. (1997). Is there a causal relationship between alcohol use and violence? A synthesis of evidence. *Recent Developments in Alcoholism : An Official Publication of the American Medical Society on Alcoholism, the Research Society on Alcoholism, and the National Council on Alcoholism*, *13*, 245–282. [https://doi.org/10.1007/0-306-47141-8\\_14](https://doi.org/10.1007/0-306-47141-8_14)
- Llopis Giménez, C., Rodríguez García, M. I., & Hernández Mancha, I. (2014). Relación entre el consumo abusivo de alcohol y la violencia ejercida por el hombre contra su pareja en la unidad de valoración integral de violencia de género (UVIVG) de Sevilla. *Cuadernos de Medicina Forense*, *20*(4), 151–169. <https://doi.org/10.4321/S1135-76062014000300002>

- Muñoz-Rivas, M. J., Gámez-Guadix, M., Graña, J. L., & Fernández, L. (2010). Violencia en el noviazgo y consumo de alcohol y drogas ilegales entre adolescentes y jóvenes españoles. *Adicciones*, *22*(2), 125–134. <https://doi.org/10.20882/ADICCIONES.201>
- O'Farrell, T. J., Fals-Stewart, W., Murphy, M., & Murphy, C. M. (2003). Partner violence before and after individually based alcoholism treatment for male alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*(1), 92–102. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.71.1.92>
- O'Farrell, T. J., Murphy, C. M., Stephan, S. H., Fals-Stewart, W., & Murphy, M. (2004). Partner violence before and after couples-based alcoholism treatment for male alcoholic patients: the role of treatment involvement and abstinence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*(2), 202–217. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.72.2.202>
- O'Farrell, T., & Murphy, C. M. (1995). Marital violence before and after alcoholism treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*(2), 256–262. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.63.2.256>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*, *372*. <https://doi.org/10.1136/BMJ.N71>
- Panjaphothiawat, N., Tamornpark, R., Apidechkul, T., Seeprasert, P., Singkhorn, O., Upala, P., Thutsanti, P., Yeemard, F., & Sunsern, R. (2021). Factors associated with domestic violence in the Lahu hill tribe of northern Thailand: A cross-sectional study. *PloS One*, *16*(3). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0248587>
- Roizen, J. (1997). Epidemiological issues in alcohol-related violence. *Recent Developments in Alcoholism : An Official Publication of the American Medical Society on Alcoholism, the Research Society on Alcoholism, and the National Council on Alcoholism*, *13*, 7–40. [https://doi.org/10.1007/0-306-47141-8\\_2](https://doi.org/10.1007/0-306-47141-8_2)
- Rychtarik, R. G., & McGillicuddy, N. B. (2005). Coping Skills Training and 12-Step Facilitation for Women Whose Partner Has Alcoholism: Effects on Depression, the Partner's Drinking, and Partner Physical Violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(2), 249. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.2.249>
- Salom, C. L., Williams, G. M., Najman, J. M., & Alati, R. (2015). Substance use and mental health disorders are linked to different forms of intimate partner violence victimisation. *Drug and Alcohol Dependence*, *151*, 121–127. <https://doi.org/10.1016/J.DRUGALCDEP.2015.03.011>
- Satyanarayana, V. A., Nattala, P., Selvam, S., Pradeep, J., Hebbani, S., Hegde, S., & Srinivasan, K. (2016). Integrated Cognitive Behavioral Intervention Reduces Intimate Partner Violence Among Alcohol Dependent Men, and Improves Mental Health Outcomes in their Spouses: A Clinic Based Randomized Controlled Trial from South India. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *64*, 29–34. <https://doi.org/10.1016/J.JSAT.2016.02.005>
- Semahegn, A., & Mengistie, B. (2015). Domestic violence against women and

- associated factors in Ethiopia; systematic review. *Reproductive Health*, 12(1).  
<https://doi.org/10.1186/S12978-015-0072-1>
- Shortt, J. W., Capaldi, D. M., Kim, H. K., & Owen, L. D. (2006). Relationship separation for young, at-risk couples: Prediction from dyadic aggression. *Journal of Family Psychology*, 20(4), 624–631. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.4.624>
- Sinha, R., Lacadie, C. M., Todd Constable, R., & Seo, D. (2016). Dynamic neural activity during stress signals resilient coping. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 113(31), 8837–8842. <https://doi.org/10.1073/PNAS.1600965113/-/DCSUPPLEMENTAL>
- Situación actual del consumo de alcohol en España | Embarazadas: cero alcohol.* (n.d.). Retrieved March 20, 2022, from [https://www.sanidad.gob.es/campañas/campañas10/embarazadasCeroAlcohol/situacion\\_actual\\_del\\_consumo\\_de\\_alcohol.html](https://www.sanidad.gob.es/campañas/campañas10/embarazadasCeroAlcohol/situacion_actual_del_consumo_de_alcohol.html)
- Stuart, G. L., McGeary, J., Shorey, R. C., & Knopik, V. S. (2016). Genetics moderate alcohol and intimate partner violence treatment outcomes in a randomized controlled trial of hazardous drinking men in batterer intervention programs: A preliminary investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(7), 592–598. <https://doi.org/10.1037/A0040219>
- Stuart, G. L., Moore, T. M., Ramsey, S. E., & Kahler, C. W. (2004). Hazardous drinking and relationship violence perpetration and victimization in women arrested for domestic violence. *Journal of Studies on Alcohol*, 65(1), 46–53. <https://doi.org/10.15288/JSA.2004.65.46>
- Stuart, G. L., Ramsey, S. E., Moore, T. M., Kahler, C. W., Farrell, L. E., Recupero, P. R., & Brown, R. A. (2003). Reductions in marital violence following treatment for alcohol dependence. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(10), 1113–1131. <https://doi.org/10.1177/0886260503255550>
- Tsirigotis, K., & Łuczak, J. (2018). Resilience in Women who Experience Domestic Violence. *The Psychiatric Quarterly*, 89(1), 201. <https://doi.org/10.1007/S11126-017-9529-4>

## 12. ANEXO

**ANEXO 1** - Escala NEWCASTLE – OTTAWA adaptada para estudios transversales, para evaluar la cualidad de los estudios (riesgo de sesgos).

Estudio	Selección (S)			Comparabilidad (C)	Desenlace (D)		Score	Conclusión
	S.1	S.2	S.3		C.1	D.1		
(Chermack et al., 2010)	*		*	*		*	4	Estudio insatisfactorio
(Chermack et al., 2008)	*		*	*	*	*	5	Estudio satisfactorio
(Salom et al., 2015)	*	*	*	*		*	5	Estudio satisfactorio
(Drapkin et al., 2005)	*		*	*	*	*	5	Estudio satisfactorio
(Easton et al., 2007)e]	*	*	*	*	*	*	6	Estudio satisfactorio
Estudios muy buenos (9-10 puntos) Estudios buenos (7-8 puntos) Estudios satisfactorios (5-6 puntos) Estudios insatisfactorios (0-4 puntos)								

**Selection:** (Maximum 3 stars)

1) Representativeness of the sample:

- 1.1 Truly representative of the average in the target population. \* (all subjects or random sampling)
- 1.2 Somewhat representative of the average in the target population. \* (non-random sampling)
- 1.3 Selected group of users.
- 1.4 No description of the sampling strategy.

2) Non-respondents:

- 2.1 Comparability between respondents and non-respondents characteristics is established, and the response rate is satisfactory. \*
- 2.2 The response rate is unsatisfactory, or the comparability between respondents and non-respondents is unsatisfactory.
- 2.3 No description of the response rate or the characteristics of the responders and the non-responders.

3) Ascertainment of the exposure (risk factor):

3.1 Validated measurement tool. \*

3.2 Non-validated measurement tool, but the tool is available or described. c) No description of the measurement tool.

**Comparability:** (Maximum 2 stars)

1) The subjects in different outcome groups are comparable, based on the study design or analysis. Confounding factors are controlled.

1.1 The study controls for the most important factor (select one). \*

1.2 The study control for any additional factor. \*

**Outcome:** (Maximum 2 stars)

1) Assessment of the outcome:

1.1 Independent blind assessment. \*

1.2 Record linkage. \*

1.3 Self report.

1.4 No description.

2) Statistical test:

2.1 The statistical test used to analyze the data is clearly described and appropriate, and the measurement of the association is presented, including confidence intervals and the probability level (p value). \*

2.2 The statistical test is not appropriate, not described or incomplete.

This scale has been adapted from the Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scale for cohort and case-control studies to perform a quality assessment of cross-sectional studies for the systematic review, "Exposure to second-hand smoke and the risk of tuberculosis in children and adults: systematic review and a meta-analysis of 18 observational studies". This scale was a modified version of the NOS scale, as also used by several other studies that have felt the need to adapt the NOS scale so as to appropriately assess the quality of cross-sectional studies.

**ANEXO 2** – Listas verificación SIGN para la evaluación del riesgo de sesgos en ensayos clínicos.

**Anexo 2.1** - Listas verificación SIGN para (Stuart et al., 2016).

 SIGN		<b>Methodology Checklist 2: Controlled Trials</b>	
(Stuart et al., 2016). Genetics Moderate Alcohol and Intimate Partner Violence Treatment Outcomes in a Randomized Controlled Trial of Hazardous Drinking Men in Batterer Intervention Programs: A Preliminary Investigation. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 84(7), 592–598.			
1. Is the paper a randomised controlled trial or a controlled clinical trial? Yes 2. Is the paper relevant to key question? Yes			
<b>SECTION 1: INTERNAL VALIDITY</b>			
<i>In a well conducted RCT study...</i>		<i>Does this study do it?</i>	
1.1	The study addresses an appropriate and clearly focused question.	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/>
1.2	The assignment of subjects to treatment groups is randomised.	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/>
1.3	An adequate concealment method is used.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Can't say <input checked="" type="checkbox"/>
1.4	The design keeps subjects and investigators 'blind' about treatment allocation.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Can't say <input checked="" type="checkbox"/>
1.5	The treatment and control groups are similar at the start of the trial.	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/>
1.6	The only difference between groups is the treatment under investigation.	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/>
1.7	All relevant outcomes are measured in a standard, valid and reliable way.	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/>
1.8	What percentage of the individuals or clusters recruited into each treatment arm of the study dropped out before the study was completed?	Grupo SBP: 18% abandonaron Grupo SBP + BAI: 6% abandonaron	
1.9	All the subjects are analysed in the groups to which they were randomly allocated (often referred to as intention to treat analysis).	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/> Does not apply <input type="checkbox"/>
1.10	Where the study is carried out at more than one site, results are comparable for all sites.	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/> Does not apply <input type="checkbox"/>
<b>SECTION 2: OVERALL ASSESSMENT OF THE STUDY</b>			

2.1	How well was the study done to minimise bias? <i>Code as follows:</i>	High quality (++) <input checked="" type="checkbox"/> Acceptable (+) <input type="checkbox"/> Low quality (-) <input type="checkbox"/> Unacceptable – reject 0 <input type="checkbox"/>
2.2	Taking into account clinical considerations, your evaluation of the methodology used, and the statistical power of the study, are you certain that the overall effect is due to the study intervention?	Sí, pues, aunque parece ser (no se especifica) que no se haya usado ningún tipo de ciego, el resto de la metodología y poder estadístico es correcto. Es un estudio con bajo riesgo de sesgo.
2.3	Are the results of this study directly applicable to the patient group targeted by this guideline?	Sí
2.4	<b>Notes.</b> Summarise the authors' conclusions. Add any comments on your own assessment of the study, and the extent to which it answers your question and mention any areas of uncertainty raised above.	(Tabla 2)

## Anexo 2.2 - Listas verificación SIGN para (Satyanarayana et al., 2016)

 <b>SIGN</b>	<b>Methodology Checklist 2: Controlled Trials</b>
<p>(Satyanarayana et al., 2016). Integrated Cognitive Behavioral Intervention Reduces Intimate Partner Violence Among Alcohol Dependent Men, and Improves Mental Health Outcomes in their Spouses: A Clinic Based Randomized Controlled Trial from South India. J Subst Abuse Treat. 2016 May;64:29-34. doi: 10.1016/j.jsat.2016.02.005. Epub 2016 Feb 13. PMID: 26965174.</p>	
<p>1. Is the paper a randomised controlled trial or a controlled clinical trial? Yes  2. Is the paper relevant to key question? Yes</p>	
<b>SECTION 1: INTERNAL VALIDITY</b>	
<b><i>In a well conducted RCT study...</i></b>	
<b><i>Does this study do it?</i></b>	
1.1	The study addresses an appropriate and clearly focused question. Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/>
1.2	The assignment of subjects to treatment groups is randomised. Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/>
1.3	An adequate concealment method is used. Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/>
1.4	The design keeps subjects and investigators 'blind' about treatment allocation. Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/>
1.5	The treatment and control groups are similar at the start of the trial. Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/>

1.6	The only difference between groups is the treatment under investigation.	Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/>
1.7	All relevant outcomes are measured in a standard, valid and reliable way.	Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/>
1.8	What percentage of the individuals or clusters recruited into each treatment arm of the study dropped out before the study was completed?	Grupo TAU: 11% Grupo ICBI: 1%
1.9	All the subjects are analysed in the groups to which they were randomly allocated (often referred to as intention to treat analysis).	Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/> Does not apply <input type="checkbox"/>
1.10	Where the study is carried out at more than one site, results are comparable for all sites.	Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/> Does not apply <input type="checkbox"/>

## SECTION 2: OVERALL ASSESSMENT OF THE STUDY

2.1	How well was the study done to minimise bias? <i>Code as follows:</i>	High quality (++) <input checked="" type="checkbox"/> Acceptable (+) <input type="checkbox"/> Low quality (-) <input type="checkbox"/> Unacceptable – reject 0 <input type="checkbox"/>
2.2	Taking into account clinical considerations, your evaluation of the methodology used, and the statistical power of the study, are you certain that the overall effect is due to the study intervention?	Sí
2.3	Are the results of this study directly applicable to the patient group targeted by this guideline?	Sí
2.4	<b>Notes.</b> Summarise the authors' conclusions. Add any comments on your own assessment of the study, and the extent to which it answers your question and mention any areas of uncertainty raised above.	(Tabla 2)

### Anexo 2.3 - Listas verificación SIGN para (Faraone et al., 2007)

 <b>SIGN</b>	<b>Methodology Checklist 2: Controlled Trials</b>	
(Faraone et al., 2007). A cognitive behavioral therapy for alcohol-dependent domestic violence offenders: an integrated substance abuse-domestic violence treatment approach (SADV). Am J Addict. 2007 Jan-Feb;16(1):24-31. doi: 10.1080/10550490601077809. PMID: 17364418.		
1. Is the paper a randomised controlled trial or a controlled clinical trial? Yes 2. Is the paper relevant to key question? Yes		
<b>SECTION 1: INTERNAL VALIDITY</b>		
<b>In a well conducted RCT study...</b>		
<b>Does this study do it?</b>		
1.1	The study addresses an appropriate and clearly focused question.	Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/>

1.2	The assignment of subjects to treatment groups is randomised.	Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/>
1.3	An adequate concealment method is used.	Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/>
1.4	The design keeps subjects and investigators 'blind' about treatment allocation.	Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/>
1.5	The treatment and control groups are similar at the start of the trial.	Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/>
1.6	The only difference between groups is the treatment under investigation.	Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/>
1.7	All relevant outcomes are measured in a standard, valid and reliable way.	Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/>
1.8	What percentage of the individuals or clusters recruited into each treatment arm of the study dropped out before the study was completed?	No especificado el porcentaje que abandonó en cada grupo de tratamiento. Únicamente sabemos que el 17% no completó el estudio (sin saber qué porcentaje de cada grupo)
1.9	All the subjects are analysed in the groups to which they were randomly allocated (often referred to as intention to treat analysis).	Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/> Does not apply <input type="checkbox"/>
1.10	Where the study is carried out at more than one site, results are comparable for all sites.	Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/> Does not apply <input type="checkbox"/>

## SECTION 2: OVERALL ASSESSMENT OF THE STUDY

2.1	How well was the study done to minimise bias? <i>Code as follows:</i>	High quality (++) <input type="checkbox"/> Acceptable (+) <input checked="" type="checkbox"/> Low quality (-) <input type="checkbox"/> Unacceptable – reject 0 <input type="checkbox"/>
2.2	Taking into account clinical considerations, your evaluation of the methodology used, and the statistical power of the study, are you certain that the overall effect is due to the study intervention?	No está claro. El hecho de que los participantes difieran entre ellos en ambos grupos de tratamiento puede haber causado sesgos. En el grupo SADV, los participantes informaron más episodios de violencia doméstica (42,1%) anteriores a empezar con este estudio, que los del grupo TSF (22,2%). Además, en el grupo TSF había mayor cantidad de solteros o divorciados (76%), en comparación con SADV (50%).
2.3	Are the results of this study directly applicable to the patient group targeted by this guideline?	Yes
2.4	<b>Notes.</b> Summarise the authors' conclusions. Add any comments on your own assessment of the study, and the extent to which it answers your question and mention any areas of uncertainty raised above.	(Tabla 2)

## Anexo 2.4 - Listas verificación SIGN para (Rychtarik & McGillicuddy, 2005)

 <b>SIGN</b>		<b>Methodology Checklist 2: Controlled Trials</b>	
<p>(Rychtarik &amp; McGillicuddy, 2005). Coping skills training and 12-step facilitation for women whose partner has alcoholism: Effects on depression, the partner's drinking, and partner physical violence. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i>, 73(2), 249–261.</p>			
<p>1. Is the paper a randomised controlled trial or a controlled clinical trial? Yes                  2. Is the paper relevant to key question? Yes</p>			
<b>SECTION 1: INTERNAL VALIDITY</b>			
<b>In a well conducted RCT study...</b>		<b>Does this study do it?</b>	
1.1	The study addresses an appropriate and clearly focused question.	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/>
1.2	The assignment of subjects to treatment groups is randomised.	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/>
1.3	An adequate concealment method is used.	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/>
1.4	The design keeps subjects and investigators 'blind' about treatment allocation.	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/>
1.5	The treatment and control groups are similar at the start of the trial.	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/>
1.6	The only difference between groups is the treatment under investigation.	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/>
1.7	All relevant outcomes are measured in a standard, valid and reliable way.	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/>
1.8	What percentage of the individuals or clusters recruited into each treatment arm of the study dropped out before the study was completed?	Grupo CST: 5% Grupo TSF: 7% Grupo DTC: 0%	
1.9	All the subjects are analysed in the groups to which they were randomly allocated (often referred to as intention to treat analysis).	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/> Does not apply <input type="checkbox"/>
1.10	Where the study is carried out at more than one site, results are comparable for all sites.	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/> Does not apply <input type="checkbox"/>
<b>SECTION 2: OVERALL ASSESSMENT OF THE STUDY</b>			
2.1	How well was the study done to minimise bias? <i>Code as follows:</i>	High quality (++) <input checked="" type="checkbox"/> Acceptable (+) <input type="checkbox"/> Low quality (-) <input type="checkbox"/> Unacceptable – reject 0 <input type="checkbox"/>	

2.2	Taking into account clinical considerations, your evaluation of the methodology used, and the statistical power of the study, are you certain that the overall effect is due to the study intervention?	Sí
2.3	Are the results of this study directly applicable to the patient group targeted by this guideline?	Sí
2.4	<b>Notes.</b> Summarise the authors' conclusions. Add any comments on your own assessment of the study, and the extent to which it answers your question and mention any areas of uncertainty raised above.	(Tabla 2)