



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

**UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS
SOCIALES**

CARRERA DE DERECHO

**JUSTICIA TERAPÉUTICA FRENTE A LA VIOLENCIA
INTRAFAMILIAR PROVOCADA POR AGRESORES CON
ADICCIONES: PROPUESTA DE REHABILITACIÓN
PENITENCIARIA EN ECUADOR**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE ABOGADO(A)**

AUTORES: SAMANTHA CAROLINA ARCENTALES VIZHÑAY

DIEGO RICARDO ARIAS ARMIJOS

**DIRECTOR: DR. BERNARDO XAVIER MONSALVE ROBALINO
MGS.**

CUENCA - ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS

SOCIALES

CARRERA DE DERECHO

**JUSTICIA TERAPÉUTICA FRENTE A LA VIOLENCIA
INTRAFAMILIAR PROVOCADA POR AGRESORES CON
ADICCIONES: PROPUESTA DE REHABILITACIÓN
PENITENCIARIA EN ECUADOR**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE ABOGADO(A).**

AUTORES: SAMANTHA CAROLINA ARCENTALES VIZHÑAY

DIEGO RICARDO ARIAS ARMIJOS

**DIRECTOR: DR. BENARDO XAVIER MONSALVE ROBALINO
MGS.**

CUENCA - ECUADOR


2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



Samantha Carolina Arcentales Vizhñay portadora de la cédula de ciudadanía N° 0150148351 y Diego Ricardo Arias Armijos portador de la cedula N° 0107439507 Declaramos ser los autores de la obra: **“Justicia terapéutica frente a la violencia intrafamiliar provocada por agresores con adicciones: propuesta de rehabilitación penitenciaria en Ecuador”**, sobre la cual nos hacemos responsables sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaramos que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que nuestra obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también nos responsabilizamos y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 19 de septiembre de 2025

F: 
Samantha Carolina Arcentales Vizhñay
C.I. 0150148351

F: 
Diego Ricardo Arias Armijos
C.I. 0107439507

 Universidad Católica de Cuenca	CERTIFICADO DEL TUTOR
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------

Yo, Bernardo Xavier Monsalve Robalino, certifico que el presente trabajo de investigación, con el título **“Justicia terapéutica frente a la violencia intrafamiliar provocada por agresores con adicciones: propuesta de rehabilitación penitenciaria en Ecuador”** fue desarrollado por Samantha Carolina Arcentales Vizhñay, con número de cédula 0150148351, y Diego Ricardo Arias Armijos, con número de cédula 0107439507, bajo mi supervisión.

F: 

Bernardo Xavier Monsalve Robalino

C.I. 0104011630

Dedicatoria

A MI MAMI, porque ella es mi pilar fundamental más grande. Ha sido madre y padre para mí, y con su amor inmenso y su sacrificio me enseñó a luchar, a no rendirme y a creer en mis sueños. Todo lo que soy y lo que logré se lo debo a ella. Este triunfo se lo dedico primero que, a nadie, porque cada paso que di estuvo acompañado de su fuerza y de su amor.

A MI PAPI GERMAN, quien no es mi padre, pero me acogió como una hija, apoyándome siempre y ayudándome a salir adelante. Su cariño, confianza y respaldo fueron un pilar en mi camino, y por eso este logro también se lo dedico con todo mi corazón.

A MIS HERMANAS DAYA, MEL Y MI PEQUEÑA RAFA, que son mi refugio, mi alegría y mi compañía en cada etapa de mi vida. Gracias por sus palabras, por sus abrazos y por darme esa motivación que tanto necesité en los momentos más difíciles. Ustedes son mi motor y la razón por la que siempre quiero ser mejor.

Este logro no es solo mío, es nuestro. Lo comparto con ustedes con todo mi amor, porque sin su apoyo, sus sonrisas y su cariño, este camino habría sido mucho más duro. Hoy puedo decir que lo logramos juntos.

Samantha Arcentales

A ti, mi Dios. No soy yo quien ha logrado esto, eres tú, obrando a través de mí como instrumento para tu propósito. Te agradezco por mostrarme que los procesos son parte de tu plan. Gracias por las veces que me levantaste, por las oraciones respondidas en silencio. Esta tesis no es un logro personal, es una muestra de que cuando se camina contigo y se hace tu voluntad, todo es posible. Que la gloria sea siempre para ti.

A mis padres, Ricardo y Raquel, por ser mi refugio y mi fuerza, por enseñarme con su ejemplo el valor del esfuerzo, la humildad y la honestidad. Gracias mami por cada sacrificio silencioso, por cada palabra de ánimo cuando flaqueaban mis fuerzas. Ustedes me han dado más que una vida, me han dado principios, amor incondicional y el impulso necesario para llegar hasta aquí. Esta tesis es el fruto de su dedicación, de sus manos que siempre estuvieron dispuestas a levantarme y de su corazón que me ha sostenido aun en los días más oscuros. Nunca habrá palabras suficientes para agradecerles todo lo que han hecho por mí, pero espero que este logro sea una pequeña muestra de cuánto los honro y valoro. Los amo.

A mis hermanas, Mónica y Patricia, por ser mi apoyo constante, mis confidentes y mis mejores amigas. Gracias por ser inspiración, por sus palabras sabias, su paciencia, y su confianza en mí cuando yo dudaba. Cada uno de sus gestos, por pequeños que parecieran, ha sido un faro en mi camino. No habría podido llegar hasta aquí sin tenerlas a mi lado. Esta meta también es suya.

Diego Arias

Agradecimiento

A Dios, por darme la vida, la salud y la fortaleza para llegar hasta aquí, porque en los momentos más difíciles siempre encontré en Él la esperanza y la fuerza que necesitaba para seguir adelante.

A mi tutor, Bernardo Monsalve, gracias por su paciencia, por cada enseñanza y por creer en mí cuando incluso yo dudaba. Sus consejos y apoyo fueron fundamentales en este proceso.

A mi familia, que siempre ha estado a mi lado, brindándome apoyo. Y a todas las personas que de una u otra manera hicieron más llevadero este camino, ya sea con una palabra de ánimo, un gesto de cariño o simplemente con su compañía. A cada uno de ustedes, gracias de corazón, porque este logro también tiene un pedacito de su apoyo.

Samantha Arcentales

A ti, Papito Ricardo. Gracias. Este logro es tuyo. Sin tu apoyo incondicional y ejemplo, jamás lo habría conseguido. Eres mi héroe, mi inspiración y mi mayor orgullo. Todo lo que soy y todo lo que logro lleva tu huella. Te amo con toda mi vida.

A la Santísima Virgen María, por su amor inagotable que me ha acompañado en cada paso. Te agradezco Madre, por tu intercesión ante Dios, por iluminar mi mente y por fortalecer mi espíritu. Gracias por la fe que me has enseñado a cultivar.

A mi abuelito Ramón, que me cuida y me inspira desde el cielo, sé que te sentirías inmensamente orgulloso de este logro. A mi abuelita Elena, este logro es un pequeño reflejo de la fortaleza y la sabiduría que nos has enseñado, sé que estas orgullosa. Gracias por su cariño.

A mis queridos abuelitos María Felicidad y Enrique. Quienes, aunque no pude compartir tanto tiempo, su amor y su presencia siempre han estado en mi corazón. Esto es un tributo a la memoria de ustedes, que viven en mí a través del legado de amor y esfuerzo.

Por último. Gracias a mi familia y amigos cercanos que me han acompañado durante toda mi vida. En especial para mi tía Julia, gracias por enseñarme el valor del amor.

Diego Arias

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo general efectuar un análisis sobre cómo los programas de Justicia Terapéutica pueden contribuir a la rehabilitación integral de personas con adicciones sentenciadas por violencia intrafamiliar en Ecuador. Como objetivos específicos se ha planteado (i) identificar aspectos conceptuales y normativos de la VIF y la justicia terapéutica; (ii) examinar la VIF vinculada al consumo mediante análisis estructural y contextual; (iii) proponer la implementación de la justicia terapéutica frente a VIF asociada a adicciones. Por su parte, la metodología utilizada consistió en un enfoque cualitativo mediante revisión bibliográfica de artículos científicos, libros y normas jurídicas. En cuanto a los resultados obtenidos, el Capítulo I consolida fundamentos y principios; el Capítulo II tipifica manifestaciones, mecanismos y consecuencias; el Capítulo III diseña el modelo JT-VIF-A con elegibilidad, consentimiento, etapas clínicas, supervisión judicial, métricas y hoja de ruta. Es así como, el trabajo presente concluye la necesidad de recalibrar la respuesta penal hacia dispositivos terapéuticos coordinados para reducir daños y reincidencia, fortalecer capacidades y asegurar continuidad de cuidados.

Palabras clave: *justicia terapéutica, adicciones, violencia intrafamiliar, Derecho Penitenciario, Derecho Penal, Centros de Rehabilitación.*

Abstract

The general objective of this study was to analyze how Therapeutic Justice programs can contribute to the comprehensive rehabilitation of individuals with addictions who have been sentenced for domestic violence in Ecuador. The specific objectives were: (i) to identify the conceptual and normative aspects of domestic violence and therapeutic justice; (ii) to examine the connection between domestic violence and substance use through a structural and contextual analysis; and (iii) to propose the implementation of therapeutic justice for domestic violence associated with addictions. The methodology used was a qualitative approach through a literature review of scientific articles, books, and legal regulations. The results obtained are as follows: Chapter I consolidates fundamentals and principles; Chapter II typifies the manifestations, mechanisms, and consequences; and Chapter III designs a Therapeutic Justice-Domestic Violence-Addiction (TJ-DV-A) model, including eligibility, consent, clinical stages, judicial supervision, metrics, and a roadmap. Thus, this study concludes that there is a need to recalibrate the penal response toward coordinated therapeutic interventions to reduce harm and recidivism, strengthen capacities, and ensure continuity of care.

Keywords: *therapeutic justice, addictions, domestic violence, prison law, criminal law, rehabilitation centers.*

Índice

Declaratoria de autoría y responsabilidad	II
Certificado del Tutor	III
Dedicatoria	IV
Agradecimiento	V
Resumen	VI
Palabras clave	VI
Abstract.....	VII
Keywords.....	VII
Índice	VIII
1. CAPÍTULO I.- ASPECTOS CONCEPTUALES Y NORMATIVOS DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y LA JUSTICIA TERAPÉUTICA	3
1.1. Introducción.....	3
1. Violencia intrafamiliar: definición y características esenciales	3
2. Marco normativo ecuatoriano sobre violencia intrafamiliar	9
1.2. 3. Adicciones como factor criminógeno.....	16
1.2.1 3.1. Definición de adicción (OMS y DSM-5).	16
1.2.2 3.2. La adicción como enfermedad biopsicosocial.....	18
1.2.3 3.3. Relación entre consumo de sustancias y conducta violenta.	20
1.3. 4. Justicia terapéutica: antecedentes y definición.....	23
1.3.1 4.1. Origen del concepto: Bruce Winick y David Wexler.....	23
1.3.2 4.2. Alternatividad al modelo punitivista tradicional.	23
1.3.3 4.3. Principios	25
2. CAPÍTULO II.- VIOLENCIA INTRAFAMILIAR VINCULADA AL CONSUMO DE SUSTANCIAS: ANÁLISIS ESTRUCTURAL Y CONTEXTUAL	27
2.1. Introducción.....	27
2.2. 1. Factores estructurales e individuales de la violencia familiar	29
2.2.1 1.1. Causas estructurales.....	29
2.2.2 1.2. Factores individuales.	30
2.2.3 1.3. Tipos de violencia intrafamiliar y su manifestación en contextos de adicción	31
2. Consecuencias para las víctimas y para la estructura familiar	34

3. Relación entre adicciones y conducta violenta en el ámbito familiar (Estadísticas relevantes).....	36
3. CAPÍTULO III.- PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA JUSTICIA TERAPÉUTICA FRENTE A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR VINCULADA A LAS ADICCIONES	41
3.1. Introducción.....	41
1. Condiciones para la aplicabilidad en el Ecuador.....	42
2. Análisis del marco legal vigente: Constitución y Código Orgánico Integral Penal	43
3. Posibilidad de programas piloto en centros de privación de libertad.....	44
4. Rol de jueces, fiscales, defensores y equipos interdisciplinarios.....	44
5. Modelo de intervención terapéutica propuesto (JT-VIF-A)	45
5.1. Etapas del proceso.....	45
5.2. Representación en diagrama de flujo (texto)	47
6. Obstáculos y desafíos en la implementación	47
6.1. Carencia de personal técnico.....	47
6.2. Prejuicios institucionales.....	47
6.3. Falta de presupuesto	48
7. Diseño operativo: lineamientos prácticos	48
7.1. Admisibilidad y triage.....	48
7.2. Protección de la víctima y enfoque de no revictimización.....	48
7.3. Plan terapéutico y metas verificables	48
7.4. Coordinación con red comunitaria	49
7.5. Documentación y lenguaje judicial con orientación terapéutica.....	49
8. Métricas de evaluación y mejora continua.....	49
9. Consideraciones clínicas: adicción como fenómeno biopsicosocial y trauma	49
10. Ética, género e interculturalidad	50
11. Hoja de ruta para implementación gradual	50
12. Síntesis conclusiva	50
13. Obstáculos y desafíos en la implementación	51
13.1. Carencia de personal técnico.....	51
13.2. Prejuicios institucionales.....	53
13.3. Falta de presupuesto	55
14. Comparación con experiencias internacionales	57
14.1. Drug Courts.....	57

14.2. Tribunales de Tratamiento de Drogas (Chile, México).....	58
14.3. Adaptabilidad al contexto ecuatoriano.....	59
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
Anexos.....	84

INTRODUCCIÓN

El trabajo efectuado, se caracteriza por ubicarse en un horizonte analítico en el que la violencia intrafamiliar (VIF) se entiende como un fenómeno relacional de poder que, al desplegarse en el espacio doméstico, compromete la integridad física, psíquica, sexual y patrimonial de sus integrantes, y en el que las adicciones operan como factor de riesgo que intensifica la conflictividad al modificar umbrales de inhibición, estilos de afrontamiento y pautas de control; sobre ese trasfondo, se articula un encuadre normativo que reconoce el mandato constitucional de protección prioritaria y reparación integral (arts. 35, 66 y 78 de la CRE), la tipificación y respuestas del COIP frente a la violencia en el núcleo familiar (arts. 155–159) y la arquitectura institucional de la LOIPEVM (2018), mientras que, en el plano clínico-conceptual, se adopta la noción de “trastorno por uso de sustancias” del DSM-5 y las directrices de la OMS dentro de un enfoque biopsicosocial que permite conectar experiencias de estrés y trauma con patrones de consumo y con dinámicas de dominación y daño al interior del hogar.

En términos teóricos, el estudio se ancla en la justicia terapéutica como marco que examina los efectos de la norma y de su aplicación sobre el bienestar de las personas usuarias del sistema, recuperando el diseño terapéutico de la ley (Therapeutic Law Design, TLD) y su aplicación terapéutica (Therapeutic Application of the Law, TAL) como ejes metodológicos que informan decisiones y procedimientos a lo largo del itinerario procesal; a ello se suma la legitimidad procedimental como presupuesto de cumplimiento y adherencia, y la prevención de recaídas como criterio operativo de éxito, con la finalidad de orientar intervenciones consistentes con el derecho vigente, pero sensibles a los determinantes sociales y clínicos que subyacen a la VIF vinculada al consumo.

El planteamiento del problema que se formula, así, en la constatación de que las respuestas predominantemente retributivas resultan insuficientes para romper la circularidad del maltrato cuando coexisten vulnerabilidades estructurales y trayectorias biográficas atravesadas por el uso problemático de sustancias, por lo que se justifica la exploración de un dispositivo jurisdiccional-clínico que integre evaluación especializada, monitoreo judicial y articulación intersectorial, sin menoscabo de legalidad ni garantías.

El objetivo general consiste en efectuar un análisis sobre cómo los programas de Justicia Terapéutica pueden contribuir a la rehabilitación integral de personas con

adicciones sentenciadas por violencia intrafamiliar en Ecuador. Como objetivos específicos se ha planteado (i) identificar aspectos conceptuales y normativos de la VIF y la justicia terapéutica; (ii) examinar la VIF vinculada al consumo mediante análisis estructural y contextual; (iii) proponer la implementación de la justicia terapéutica frente a VIF asociada a adicciones.

Por su parte, la metodología utilizada consistió en un enfoque cualitativo mediante revisión bibliográfica de artículos científicos, libros y normas jurídicas. En cuanto a los resultados obtenidos, el Capítulo I consolida fundamentos y principios; el Capítulo II tipifica manifestaciones, mecanismos y consecuencias; el Capítulo III diseña el modelo JT-VIF-A con elegibilidad, consentimiento, etapas clínicas, supervisión judicial, métricas y hoja de ruta. Es así como, el trabajo presente concluye la necesidad de recalibrar la respuesta penal hacia dispositivos terapéuticos coordinados para reducir daños y reincidencia, fortalecer capacidades y asegurar continuidad de cuidados.

1. CAPÍTULO I.- ASPECTOS CONCEPTUALES Y NORMATIVOS DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y LA JUSTICIA TERAPÉUTICA

1.1. Introducción

La presente Introducción sitúa el capítulo en un horizonte donde la violencia intrafamiliar se comprende como fenómeno relacional de poder que, más allá del lugar en que ocurre, altera la cohesión del hogar y la autonomía de sus integrantes mediante afectaciones físicas, psicológicas, sexuales y patrimoniales. Se parte de una conceptualización que articula definiciones doctrinales y desarrollo histórico-normativo, atendiendo a la dinámica cíclica del maltrato, a sus manifestaciones en la vida cotidiana y a la finalidad de dominio que subyace a su despliegue en la unidad doméstica. Desde allí, se expone el encuadre jurídico ecuatoriano: los mandatos constitucionales sobre integridad y protección prioritaria (arts. 35, 66 y 78), la tipificación y respuestas del COIP frente a la violencia en el núcleo familiar (arts. 155 a 159) y la arquitectura institucional y de políticas públicas de la LOIPEVM (2018), con especial atención a sus definiciones, principios y mecanismos de articulación intersectorial.

Sobre esta base, el texto incorpora un análisis de las adicciones como factor criminógeno, precisando su delimitación conceptual desde la OMS y el DSM-5, y adoptando un enfoque biopsicosocial que explica la relación entre experiencias de estrés/trauma, consumo problemático y comportamientos de riesgo, así como los efectos del uso de sustancias en la expresión de la agresividad y en la conflictividad intrafamiliar. Finalmente, se introduce la justicia terapéutica como marco teórico-práctico alternativo al punitivismo, reseñando sus orígenes y líneas de expansión, y destacando principios operativos, su adherencia, legitimidad procedimental y prevención de recaídas cuya evaluación empírica (p. ej., CENITJ) permite orientar decisiones judiciales, intervenciones y redes de derivación hacia resultados restaurativos y sostenibles. Con esta estructura, el capítulo enlaza diagnóstico, derecho vigente y herramientas de intervención, preparando el terreno para un examen sistemático y aplicado.

1. Violencia intrafamiliar: definición y características esenciales

La violencia intrafamiliar, también denominada violencia doméstica, ha sido definida por Canseco et al. (2019) como toda conducta, activa u omisiva, ejercida por un miembro del núcleo familiar en un marco de dominación, sin que el lugar donde se produzca constituya un factor determinante. En la última década se han impulsado

diversas políticas, proyectos sociales y disposiciones jurídicas destinadas a salvaguardar los derechos de quienes integran la familia. No obstante, dichas medidas no logran garantizar plenamente la armonía del entorno familiar, ya que se trata de una problemática social de amplio alcance que repercute de manera constante en sectores vulnerables de la población, principalmente en mujeres, niñas, niños, adolescentes y personas de la tercera edad.

La noción conceptual de violencia intrafamiliar, comprende aquellas conductas que producen afectaciones físicas, psicológicas o sexuales dentro del entorno familiar y que son ejecutadas por alguno de sus integrantes. Este tipo de violencia incide gravemente en la cohesión familiar y en el desarrollo de la personalidad de quienes forman parte de ella: “Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la vida privada” (Naciones Unidas, 1993, Art. 1).

Los actos de violencia cometidos dentro del hogar se engloban en la categoría de violencia intrafamiliar (VIF). Esta, como fenómeno relacional, se configura a partir de dinámicas de poder y control: “alude a toda forma individual o colectiva de abuso, ejercida por integrantes de la familia en un contexto de desequilibrio de poder” (Guirado et al., 2011). Según la jurisprudencia constitucional, la VIF se entiende como aquella que ocasiona un perjuicio físico, psicológico, sexual, emocional o económico entre los miembros de la familia y al interior de la unidad doméstica, definición que ha sido objeto de construcción doctrinal, histórica y normativa, lo que explica la relevancia de su reconocimiento jurídico y la consolidación de herramientas para su prevención y sanción.

En términos más concretos, la violencia intrafamiliar constituye una manera de resolver las tensiones internas recurriendo a la fuerza, la amenaza, la agresión o incluso el abandono. En consecuencia, cada vez que un integrante de la familia, sin importar su posición dentro del grupo, hace uso de la fuerza, la autoridad o cualquier otro poder que ostente para alterar la paz de los demás, se está frente a un acto de violencia intrafamiliar (Martínez et al., 2014). En esta misma línea, se entiende por núcleo familiar a cónyuges o compañeros permanentes, padres y madres, hijos e hijas, así como quienes integran de

manera continua la unidad doméstica, sin importar si comparten o no el mismo espacio habitacional (Espinosa et al., 2011).

La violencia se configura como el resultado de la interacción entre distintas fuerzas, nunca aparece de manera aislada y se orienta siempre a conquistar el poder, imponerse sobre el otro y penetrar en su existencia desde una lógica jerárquica de superioridad: “tiene por objeto cuerpos, objetos o seres determinados a los que destruye o cambia de forma, mientras que el único objeto de la fuerza son otras fuerzas, y su único ser la relación” (Deleuze, 1986). Este fenómeno se halla profundamente ligado a la experiencia humana, pues desde los orígenes ha sido utilizado como medio de preservación y posteriormente se amplió hasta convertirse en un componente estructural de la organización social: “está ya tan profundamente incorporada a nosotros, que no la percibimos ya como el efecto de un poder que nos constriñe; al contrario, nos parece que la verdad, en lo más secreto de nosotros mismos, sólo ‘pide’ salir a la luz; que si no lo hace es porque una coerción la retiene, porque la violencia de un poder pesa sobre ella, y no podrá articularse al fin sino al precio de una especie de liberación (Foucault, 2005).

Con el paso del tiempo, la violencia se transformó en un mecanismo de generación de terror, sustentado en un discurso de dominación que se fue consolidando como práctica histórica: “el terror, como ejecución de una ley de un movimiento cuyo objetivo último no es el bienestar de los hombres o el interés de un solo hombre, sino la fabricación de la humanidad, elimina a los individuos a favor de la especie, sacrifica a las partes a favor del ‘todo’” (Arendt, 1973). De esta manera, la violencia se filtró en los distintos espacios de la vida social, tanto en escenarios públicos como privados, y el miedo que deriva de ella terminó utilizándose no solo para controlar colectividades, sino también en los espacios más íntimos, como los vínculos familiares, superando el mero impulso de la ira. “Sin duda alguna, ‘la violencia renta’, pero lo malo es que renta indiscriminadamente... Y las tácticas de la violencia y del quebrantamiento sólo tienen sentido cuando se emplean para lograr objetivos a corto plazo” (Arendt, 2006).

Se advierte entonces que la violencia no se limita al empleo de la fuerza física, pues en múltiples ocasiones se la entiende en función de la manera en que impide que la otra persona logre la satisfacción de necesidades fundamentales, tales como el acceso a la alimentación, la preservación de la dignidad, el bienestar o la identidad. Bajo esta mirada, constituye una forma de privación de derechos esenciales, en términos más

amplios de la vida, la felicidad y la prosperidad. Asimismo, implica una disminución del nivel posible de satisfacción de las necesidades básicas en relación con lo que podría alcanzarse en condiciones óptimas (Galtung, 2016).

El ejercicio de la violencia trasciende la lesión corporal o el dolor inmediato; involucra también la intención de moldear al sujeto pasivo, alterando su comportamiento con el propósito de someterlo y lograr un fin determinado. Esta complejidad vuelve difusa su definición, pues ya no se limita únicamente al daño físico o a la agresión directa contra la integridad de la persona: “Las nociones de la violencia... centran su importancia en la intencionalidad y en la interacción entre sujetos. Se presenta... como una acción orientada a una meta, y que requiere por lo tanto de un actor manifiesto para llevarla a cabo” (Leyton y Toledo, 2012).

Con respecto al bien jurídico que lesiona la VIF, Huertas (2012) señala que este fenómeno constituye una afectación directa a los derechos de las mujeres en cuanto a su integridad personal, pues deriva de un esquema de sometimiento físico o psicológico que tiene como base la discriminación de género. En lo que respecta a la violencia física, esta se manifiesta a través de agresiones, golpes o maltratos que pueden configurarse como tratos crueles, inhumanos o degradantes, llegando incluso a ocasionar daños de carácter severo y permanente. Por su parte, la violencia psicológica o moral se expresa mediante la instauración de temor, amenazas, humillaciones, insultos o cualquier manifestación de maltrato que menoscabe la estabilidad emocional de la víctima.

En cuanto a sus características, de acuerdo con lo señalado por Corcino y Bobino (2014), la violencia intrafamiliar abarca todo tipo de maltrato que se manifiesta en las interacciones entre integrantes del núcleo familiar. Estos autores sostienen que el fenómeno se expresa en dinámicas de abuso que se repiten de forma continua o periódica dentro de la vida familiar. Dichas relaciones abusivas se definen por la imposición de conductas violentas de un individuo hacia otro. Asimismo, destacan que cualquier persona en el entorno doméstico, sin distinción de edad, género o condición étnica, puede asumir el papel tanto de agresor como de afectado. En su planteamiento, todos los miembros del grupo familiar tienen la misma posibilidad de ocupar cualquiera de estas posiciones, lo que depende de la manera en que se configuran y evolucionan las dinámicas internas en el hogar.

A su vez, Córdova Pérez (2016) explica que en las relaciones violentas la mujer queda atrapada en un ciclo conformado por tres etapas sucesivas que caracterizan a este fenómeno: primero, la acumulación de tensión; después, la explosión violenta; y finalmente, la llamada fase de luna de miel. Cada momento posee rasgos propios que configuran y sostienen la dinámica de maltrato.

La primera fase se caracteriza por un aumento paulatino de la tensión. Según Córdova Pérez (2016), durante este periodo el agresor manifiesta hostilidad, aunque de manera contenida, lo que conduce a que la mujer busque aplacar la situación procurando agradar o evitar acciones que puedan irritar a su pareja, bajo la falsa creencia de que puede controlar la agresión. De modo complementario, Aliaga et al. (2003) señalan que en este tramo emergen emociones como celos, ira o provocaciones, con conductas de violencia verbal o física leve, que se intensifican conforme avanza el proceso.

En el segundo momento, denominado fase de agresión, la violencia se evidencia de manera plena en sus diferentes manifestaciones: psicológica, física y sexual. En esta etapa, algunas mujeres acuden a denunciar y exponen su situación, aunque muchas otras optan por el silencio, minimizan lo ocurrido o se aíslan, evitando reconocer la magnitud de los hechos. Por lo general, solo buscan asistencia inmediata cuando las lesiones revisten gravedad que requiere atención urgente (Aliaga et al., 2003; Chamaidan & González, 2022).

Posteriormente, el ciclo concluye con la fase de reconciliación. Aquí, el agresor tiende a negar lo sucedido, pedir perdón o prometer cambios con gestos de aparente arrepentimiento, lo que incluye obsequios o muestras de afecto. Córdova Pérez (2016) denomina a este periodo “luna de miel”, en el que se pretende neutralizar el daño ocasionado mediante la simulación de arrepentimiento.

Para indagar en las causas de la violencia ejercida en las parejas y distinguirla de otros tipos de agresiones interpersonales, Lorente (2004) propone analizar la conducta humana en dos planos: el instrumental y el emocional. El primero busca responder al porqué y al para qué de la acción, es decir, cuál es el objetivo perseguido. El segundo refiere a la carga afectiva que acompaña a la conducta, como rabia, odio o alegría.

Al aplicar este análisis a las agresiones contra mujeres dentro de la pareja, se observa que, a diferencia de otras formas de violencia, aquí el motivo es exclusivamente

la condición de ser mujer. No se trata de producir daños específicos, sino de establecer, de manera explícita, la supremacía del hombre en la relación. En palabras de Lorente (2004), lo que se busca es imponer la autoridad y relegar a la mujer a una posición de subordinación y obediencia.

De esta manera, la mujer queda bajo el control de los criterios y decisiones del agresor, quien le exige rendir cuentas de sus actos cuando lo estime necesario. En términos generales, el objetivo del maltratador es mantenerla sometida, disminuir su capacidad de resistencia y generar dependencia psicológica. La violencia se convierte así en un mecanismo de dominio, cuyo efecto es provocar miedo anticipado, inmovilización y control absoluto, o bien causar daño directo, según el grado de intensidad aplicado (Bobino, 1999).

A partir del conjunto doctrinal y jurisprudencial revisado, puede sostenerse que la violencia intrafamiliar es un fenómeno relacional inscrito en la unidad doméstica. Afecta la integridad de sus integrantes en planos físicos, psicológicos, sexuales y patrimoniales. No son episodios aislados, sino prácticas de control reiteradas que, al instalarse en la vida cotidiana, erosionan la cohesión del hogar y condicionan la autonomía mediante amenazas, coacciones, agresiones o privaciones. Su reconocimiento jurídico responde a la necesidad de delimitar un campo de protección específico frente a dinámicas de abuso que se repiten y que operan con especial intensidad en contextos de intimidad y dependencia, donde el daño se acumula y se invisibiliza con facilidad.

Tal especificidad no se reduce al daño corporal inmediato, porque responde a una finalidad de dominio: modelar la conducta del otro para imponer obediencia. Por eso su análisis exige atender a la lógica del poder que la funda, esto es, asimetrías que se reproducen en el espacio de convivencia, donde quien detenta autoridad, fuerza o recursos impone criterios, vigila, sanciona y administra castigos simbólicos o materiales. Esa racionalidad de control explica ciclos de tensión, explosión violenta y aparente reconciliación, en los que el temor anticipado, la dependencia emocional y la minimización del daño contribuyen a la persistencia del maltrato, incluso cuando median episodios de disculpa o promesas de cambio que encubren la continuidad de la subordinación.

De toda la doctrina analizada se infiere, por tanto, que la violencia intrafamiliar presenta tres rasgos definitorios: (i) ocurre en el ámbito familiar o de convivencia, entendido como el espacio donde se despliegan lazos afectivos y dependencias funcionales que facilitan la continuidad del agravio; (ii) se sostiene en una relación de poder y dominación, desde la cual el agresor procura imponer obediencia, controla decisiones y restringe la autonomía de la víctima; y (iii) es multidimensional, pues se expresa de manera psicológica, física, sexual y patrimonial. Sus manifestaciones se entrelazan, potencian los daños y reclaman respuestas idóneas de protección y justicia pronta.

2. Marco normativo ecuatoriano sobre violencia intrafamiliar

La Constitución ecuatoriana incorpora un conjunto de disposiciones orientadas a enfrentar la VIF, reconociendo que este fenómeno genera vulneraciones a derechos fundamentales y requiere respuestas integrales por parte del Estado.

En primer lugar, se determina que las personas pertenecientes a grupos de atención prioritaria, entre ellas adultos mayores, niñas, niños, adolescentes, mujeres en estado de gestación, personas con discapacidad, privadas de libertad o con enfermedades graves, deben recibir cuidados especiales tanto en el ámbito público como en el privado. En este mismo grupo se ubican quienes atraviesan situaciones de riesgo, incluidas las víctimas de VIF, maltrato infantil y agresiones de tipo sexual. La norma también enfatiza que, cuando concurren factores de doble vulnerabilidad, la protección estatal debe ser reforzada, con el fin de garantizar un trato diferenciado que atienda sus necesidades específicas (CRE, 2008, Art. 35).

En segundo lugar, la Constitución establece que toda persona tiene derecho a preservar su integridad, entendida de manera amplia como física, psicológica, moral y sexual. Este derecho incluye la garantía de una vida sin violencia, ya sea en espacios públicos o privados. Frente a ello, el Estado asume la obligación de generar políticas y acciones que prevengan, sancionen y erradiquen las distintas formas de violencia, con especial atención a la ejercida en el marco de relaciones de poder y desigualdad, como ocurre en la VIF. En esa misma línea, resulta imperioso afrontar otras conductas que lesionan de raíz la dignidad humana —la esclavitud, la explotación sexual— a fin de consolidar un entramado de tutela integral dirigido a colectivos históricamente

discriminados, entre los que se cuentan mujeres, personas menores de edad, individuos con discapacidad y personas adultas mayores, reforzando con ello el horizonte garantista que dimana del texto constitucional (CRE, 2008, Art. 66). A su vez, se consagra un haz de derechos específicos para quienes han padecido infracciones penales incluidas las afectadas por VIF, disponiéndose que no se produzcan dinámicas de revictimización, particularmente durante la obtención y ponderación de los elementos probatorios, y exigiéndose su protección frente a amenazas o actos intimidatorios; de igual manera, se ordena la puesta en marcha de medidas de reparación integral que comprenden el acceso a la verdad de lo ocurrido, la restitución de los derechos conculcados, compensaciones de carácter económico, procesos de rehabilitación, garantías de no repetición y medidas de satisfacción moral, todo ello acompañado de la implementación de un sistema de protección y asistencia para víctimas, testigos y demás intervinientes procesales, con lo cual se afianza un tratamiento integral de la violencia (CRE, 2008, Art. 78).

En definitiva, respecto del Código Orgánico Integral Penal, el haz de disposiciones concernientes a la violencia intrafamiliar se ordena de manera sistemática y articulada, con el objetivo de cubrir la multiplicidad de sus modalidades lesivas, de suerte que el diseño normativo guarda consonancia con la complejidad del fenómeno y con las formas concretas en que este se manifiesta dentro del tejido social. El artículo 155 establece que toda conducta de maltrato físico, psicológico o sexual ejercida por alguien perteneciente al grupo familiar constituye violencia. La norma no limita este vínculo únicamente al matrimonio o la unión de hecho, sino que se extiende a ascendientes, descendientes, hermanos, parientes hasta segundo grado de afinidad, así como a quienes hayan mantenido relaciones afectivas, conyugales o de convivencia, incluso si estas ya no subsisten. Con ello, el legislador busca reconocer la amplitud de los lazos familiares y la posible existencia de entornos violentos en todos estos espacios (COIP, 2025, Art. 155).

En correspondencia con esta disposición general, el artículo 156 aborda de manera específica la violencia física en el ámbito de la VIF. Quien provoque lesiones en este contexto será sancionado conforme a las reglas del delito de lesiones, pero con un incremento de un tercio de la pena. La norma refleja un criterio de mayor reproche frente a la agresión cometida en un escenario familiar, considerando la gravedad que reviste la ruptura de la confianza en estas relaciones (COIP, 2025, Art. 156).

El artículo 157 se enfoca en la violencia psicológica dentro del marco de la VIF. Define como tal toda acción orientada a someter o degradar a la víctima, mediante actos como amenazas, humillaciones, chantajes, hostigamiento o cualquier otro que afecte la salud emocional. La sanción prevista es privativa de libertad de seis meses a un año. Si la conducta se dirige contra personas en situación de especial vulnerabilidad como adultos mayores, niños, adolescentes o personas con enfermedades graves, o si se genera en la víctima una enfermedad o trastorno mental, la pena se eleva a un rango de uno a tres años, reforzando la protección frente a las consecuencias más graves de este tipo de agresión (COIP, 2025, Art. 157).

El artículo 158 tipifica la violencia sexual dentro de la VIF. En este caso, se sanciona a quien obliga a la víctima a mantener relaciones sexuales u otras prácticas similares, imponiéndose con coacción. La norma dispone que, tratándose de niños, niñas, adolescentes, adultos mayores o personas con discapacidad, la pena sea la más alta contemplada para los delitos contra la integridad sexual y reproductiva, debido a la especial vulnerabilidad de los afectados (COIP, 2025, Art. 158).

Finalmente, el artículo 159 regula las contravenciones vinculadas a la VIF. Se prevén sanciones de quince a treinta días de prisión cuando la agresión física cause lesiones que limiten las actividades de la víctima por un máximo de tres días. Asimismo, se contemplan penas de cinco a diez días de privación de libertad o trabajo comunitario de sesenta a ciento veinte horas cuando los actos consisten en golpes, empujones o bofetadas sin producir lesión. También se sanciona con trabajo comunitario de cuarenta a ochenta horas la destrucción, retención o sustracción de bienes, obligando a la restitución o pago de su valor, junto con medidas de reparación. De igual modo, se reprime con cincuenta a cien horas de trabajo comunitario y tratamiento psicológico a la persona agresora y a la víctima cuando existan insultos, deshonras o expresiones ofensivas que no configuren otro delito autónomo. Con este catálogo, la norma contempla tanto agresiones de mayor entidad como conductas de menor gravedad, sin dejar de reconocer la necesidad de reparación integral en cada caso (COIP, 2025, Art. 159).

La Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres constituye en Ecuador el principal cuerpo normativo destinado a enfrentar la violencia basada en género, entre ellas la violencia intrafamiliar, reconocida como una de las expresiones más extendidas de la desigualdad estructural. La norma establece

principios, derechos y mecanismos de acción que vinculan a las instituciones del Estado y a la sociedad en general, con la finalidad de garantizar a las mujeres y a sus familias una vida libre de violencia, asegurando atención, protección y reparación integral (LOIPEVM, 2018, Art. 1).

Desde su formulación originaria, la disposición legal delimita como eje teleológico la prevención, atención y erradicación de todas las formas de violencia ejercidas contra las mujeres, con independencia de la edad, la condición socioeconómica o el contexto cultural en el que se inscriben; definición que, por su propia lógica, exige la configuración de políticas públicas orientadas tanto a la anticipación del daño como a la asistencia ya la reparación integral, y que, además, impone la puesta en marcha de dispositivos de reeducación dirigidos a quienes agreden, con miras a transformar hábitos y prácticas que sostienen estructuras violentas. En este escenario, la violencia intrafamiliar (VIF) se perfila como un fenómeno que no se agota en la lesión inmediata de la persona afectada, sino que descompone el entramado familiar y reproduce, de manera persistente, dinámicas de dominación y subordinación (LOIPEVM, 2018, Art. 1).

Respecto de su propósito teleológico, la Ley ordena intervenir sobre aquellos patrones socioculturales y estereotipos que, de manera persistente, han colocado a las mujeres en situaciones de subordinación; en esa línea, la prevención de la VIF exige políticas públicas orientadas a desarraigar prácticas culturales que normalizan la violencia en el entorno doméstico; de ahí que la radio de acción normativa no se agote en respuestas frente a hechos ya consumados, sino que procure cimentar un modelo social que haga efectiva la igualdad sustantiva y la corresponsabilidad en el ámbito familiar (LOIPEVM, 2018, art. 2).

En lo que concierne a su campo de vigencia, se prevé que toda persona natural o jurídica que actúe en el territorio ecuatoriano se encuentra obligada a observar la Ley; Además, la protección se proyecta hacia las ecuatorianas en movilidad humana que residen fuera del país, quienes contarán con el auxiliar de las misiones consulares y representaciones diplomáticas; con ello se evidencia que la VIF no se circunscribe a un espacio físico determinado, sino que atraviesa múltiples escenarios, lo cual impone al Estado el diseño de respuestas tanto dentro como fuera de sus fronteras (LOIPEVM, 2018, art. 3).

Asimismo, el propio cuerpo normativo fijo, con pretensión de sistematicidad ya fin de orientar la inteligencia y aplicación de sus mandatos, un haz de definiciones que resultan vertebrales: en ese marco, la VIF es necesaria como una manifestación de la violencia de género que emerge en el seno de los vínculos familiares, distinguiéndose, sin excluir otras, modalidades de afectación de orden físico, psicológico, sexual, económico y patrimonial que, aun cuando se despliega en ámbitos domésticos o íntimos, proyectan consecuencias inmediatas sobre el goce y ejercicio de derechos fundamentales de las víctimas; tal deslinde conceptual, por lo mismo, impide reconducir la VIF a un asunto de fuero estrictamente privado y la ubicación, sin ambages, en la radio de la responsabilidad pública. (LOIPEVM, 2018, artículo 4).

Por su parte, en lo tocante a las obligaciones estatales, la disposición es categórica al establecer que compete de manera inexcusable a los poderes públicos promover, respetar y proteger los derechos de las mujeres, lo que se traduce no como simple aspiración sino como deber concreto en la formulación y ejecución de medidas legislativas, judiciales y administrativas que hagan posible una vida libre de violencia; de ahí que, tratándose de VIF, el mandato se refuerce mediante la exigencia de coordinación eficaz entre las instituciones del Estado para evitar que una mujer, precisamente en el espacio donde debería encontrar amparo, quede expuesto o desprovista de resguardo frente a su agresor. (LOIPEVM, 2018, artículo 5).

En definitiva, se erige la corresponsabilidad como pauta axial de actuación, en el entendido de que la sola intervención del aparato estatal, por más robusta que se pretende, no alcanza por sí misma a modificar prácticas arraigadas; por ello, el tejido social en su conjunto, que incluye a familias, comunidades y redes de apoyo debe involucrarse activamente en la creación de entornos exentos de agresiones. Al estar la VIF imbricada en la cotidianeidad doméstica, se exige la concurrencia vigilante de todos sus integrantes en tareas de prevención, detección oportuna y denuncia responsable del maltrato, bajo una lógica de solidaridad y cuidado mutuo que desactiva la tolerancia social a la violencia (LOIPEVM, 2018, Art. 6).

A su vez, la arquitectura normativa se sostiene en enfoques transversales que orientan su despliegue práctico, de género, derechos humanos, interculturalidad, intergeneracionalidad, integralidad e interseccionalidad, de manera que, tratándose de la violencia intrafamiliar, el prisma de género permite comprender las agresiones como

manifestaciones de desigualdades históricas y estructurales, antes que como episodios aislados e inconexos; del mismo modo, la perspectiva intergeneracional resulta determinante, pues el impacto de la violencia doméstica no es uniforme y alcanza de manera diferenciada a niñas, niños y adolescentes, así como a personas adultas mayores, ubicadas todas en escenarios específicos de vulnerabilidad que exigen respuestas calibradas (LOIPEVM, 2018, Art. 7).

En esa línea, los principios rectores disponen que toda intervención frente a la violencia intrafamiliar se sujete a los mandatos de igualdad, reconocimiento de la diversidad, empoderamiento de las personas afectadas, transversalidad de las medidas y respeto de la autonomía; de ahí que la garantía de los derechos de las mujeres y de los demás miembros del núcleo familiar imponga a las autoridades el deber de evitar la revictimización, resguardar la dignidad y proveer respuestas inmediatas y eficaces. Tales exigencias, lejos de una visión correctiva limitada a la sanción, fuerzan a concebir la atención como un proceso integral, con capacidad para articular prevención, protección, investigación y reparación en un mismo mapa de actuación (LOIPEVM, 2018, Art. 8).

Finalmente, en el plano de los derechos concretamente reconocidos, la Ley consagra garantías esenciales, vida libre de violencia en espacios públicos y privados, tutela de la dignidad e integridad personal, y acceso a asistencia inmediata y gratuita que, en términos operativos, se traduce en la obligación estatal de asegurar servicios cercanos y mayores de apoyo psicológico, patrocinio jurídico y medidas policiales urgentes para quienes padecen la agresión y para las personas que de ellas dependen, de modo que la protección no se agote en el enunciado, sino que se materialice en prestaciones efectivas y oportunas (LOIPEVM, 2018, Art. 9).

Entre los ejes vertebrales de la regulación se encuentra la tipificación de un abanico de manifestaciones de la violencia, particularmente cuando se acontece en el espacio intrafamiliar, pues allí se deslindan expresiones de índole física, psicológica, sexual, económica y patrimonial, cada una con dinámicas propias que transitan desde las agresiones al cuerpo hasta el control de los recursos y de la autonomía material; de tal manera que el reconocimiento de esa amplitud impide reducir la violencia intrafamiliar a meros golpes o lesiones ostensibles, e impone dimensiones menos evidentes aunque igualmente lesivas, como la manipulación emocional o la privación económica, con lo cual el análisis se desplaza de la apariencia hacia la estructura de dominación que la

sostiene (LOIPEVM, 2018, Art. 10). En el mismo plano, la concurrencia de modalidades demuestra que un solo hecho puede albergar simultáneamente varias formas, sin agotar ejemplos, en la violencia psicológica que se acompaña de menoscabo patrimonial, de modo que la normativa ordena a las instituciones leer esa complejidad, desalentando la fragmentación de los sucesos y exigiendo una respuesta acorde con la magnitud del daño producido (LOIPEVM, 2018, Art. 11).

Asimismo, los ámbitos de manifestación han sido definidos con puntualidad normativa: en materia de VIF, se precisa que el fenómeno se despliega al interior del núcleo familiar y puede ser ejercido por cónyuges, convivientes en unión de hecho, ascendientes, descendientes u otros parientes cercanos; esta forma de nombrar a los sujetos activos resulta decisiva, puesto que desborda la relación conyugal y sitúa el riesgo en diversos vínculos del círculo íntimo, donde la asimetría de poder se vuelve cotidiana y, por ello, debe ser tematizada sin reductivismos (LOIPEVM, 2018, Art. 12).

De igual modo, la Ley instituye el Sistema Nacional Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, al que se confía la coordinación de políticas, planos y engranajes institucionales; en el terreno específico de la VIF, tal arquitectura persigue evitar abordajes dispersos y, por el contrario, articular una estrategia en la que confluyen justicia, salud, educación, seguridad y gobiernos locales, a efectos de que las personas afectadas reciban atención idónea y, en paralelo, quienes resultan responsables enfrentando tanto las consecuencias jurídicas correspondientes como dispositivos de reeducación que inciden sobre las causas del fenómeno y no solo sobre sus síntomas (LOIPEVM, 2018, Art. 13).

El propósito cardinal del Sistema se concreta en diseñar, ejecutar y fiscalizar normas y políticas orientadas a disminuir la incidencia de la violencia; convertido al campo de la VIF, ello supone contar con protocolos de atención explícitos, medidas de resguardo inmediatos y estrategias comunitarias de prevención, de suerte que se consolide una red interinstitucional con capacidad real de detección temprana y de intervención ágil, sin dilataciones ni vacíos operativos que erosionen la tutela de los derechos comprometidos (LOIPEVM, 2018, Art. 14).

Finalmente, los principios rectores enfatizan la proscripción de tratar a las víctimas como sospechosas y de someterlas a circuitos de revictimización; junto con ello,

se establecen reglas de confidencialidad, gratuidad en la prestación de servicios, celeridad procedimental y coordinación territorial, todo lo cual tiende a remover barreras de acceso relacionadas con estigmas sociales, cargas económicas o trámites superfluos, y orienta la actuación pública hacia una protección efectiva y coherente con la densidad del problema que se intenta enfrentar (LOIPEVM, 2018, Art. 15).

En materia de información, la Ley dispone la constitución de un Registro Único de Violencia contra las Mujeres y la puesta en marcha de un Observatorio Nacional, herramientas insoslayables para dimensionar la magnitud de la VIF, perfilar con rigor las características de víctimas y agresores, y orientar la formulación de políticas públicas cimentadas en evidencia; la sistematización que de ello deriva permite identificar patrones de ocurrencia, delimitar zonas de mayor exposición al riesgo y robustecer la capacidad preventiva del Estado (LOIPEVM, 2018, Art. 16).

En lo que atañe al soporte operativo del Sistema, la arquitectura normativa prevé una asignación presupuestaria estable, elemento decisivo para evitar que la atención a las víctimas de VIF dependa de iniciativas fragmentarias o de la mera contingencia, y para asentarla, en cambio, sobre un financiamiento permanente que viabilice personal especializado y cobertura efectiva en todo el territorio; de ahí que la estabilidad financiera se erija como condición indispensable para que las de protección no se diluyan en la práctica cotidiana (LOIPEVM, 2018, Art. 17).

Finalmente, el texto legal traza lineamientos de política pública dirigidos tanto a la prevención cuanto a la erradicación de la violencia; en el ámbito de la violencia intrafamiliar, aquello se traduce en abordar las causas estructurales incubadas al interior de los hogares, implementar servicios de atención especializada y disponer medidas que garanticen una reparación integral; de modo concomitante, ordena incorporar el enfoque intercultural y el pluralismo jurídico, con lo cual se reconoce la diversidad de contextos en que la violencia familiar se manifiesta y se diseñan respuestas acordes a esa complejidad (LOIPEVM, 2018, Art. 18).

1.2. 3. Adicciones como factor criminógeno

1.2.1 3.1. Definición de adicción (OMS y DSM-5).

La adicción se entiende como una condición de dependencia física y/o mental hacia una sustancia psicoactiva, sea permitida o ilícita, originada por el uso excesivo y

continuado, lo que genera una búsqueda compulsiva de su consumo (Tavera y Martínez, 2007). Este fenómeno, igualmente denominado drogodependencia, fue conceptualizado por la Organización Mundial de la Salud en 1964, describiéndolo como un estado de intoxicación frecuente o persistente ocasionado por la ingestión reiterada de compuestos de origen natural o fabricados, que presenta las siguientes notas distintivas:

- a. Impulso prioritario de seguir consumiendo la sustancia y obtenerla sin importar el medio.
- b. Propensión a aumentar progresivamente la cantidad ingerida.
- c. Aparición de dependencia corporal y, casi siempre, psicológica, acompañada de síntomas de abstinencia al suspender su uso.
- d. Consecuencias perjudiciales tanto para la persona como para el entorno social.

Posteriormente, en 1982, la OMS amplió la noción al describir la dependencia como un síndrome caracterizado por un patrón de conducta en el cual el consumo de una o varias drogas psicoactivas adquiere una relevancia superior frente a otras actividades que normalmente tendrían mayor valor en la vida cotidiana (Tavera y Martínez, 2007).

Por tales razones, la OMS ha definido a la adicción como (El consumo reiterado de una o varias sustancias psicoactivas conduce a que la persona denominada adicta se mantenga en estados de intoxicación periódicos o permanentes, desarrolle una compulsión por ingerir la sustancia elegida, encuentre serias dificultades para interrumpir o modificar voluntariamente su consumo y manifieste una disposición persistente a procurarse dichas sustancias por casi cualquier medio. (Lexicon of Alcohol and Drug Terms, OMS, 1994).

Por su parte, se comenta que el DSM-5 no utiliza la palabra "adicción" como diagnóstico oficial; en su lugar, adopta el término "trastorno por uso de sustancias" (*substance use disorder*, SUD), el cual abarca un espectro que va desde leve hasta grave y unifica lo que antes se calificaba como abuso o dependencia. Para dicha entidad, el trastorno indicando se conceptualiza como:

En el *DSM-5* el trastorno por consumo de sustancias unifica las categorías que en el *DSM-IV* se diferenciaban como abuso y dependencia, configurando ahora un único diagnóstico que se valora en un espectro que va de leve a grave. Cada sustancia, salvo la cafeína que no puede ser objeto de este diagnóstico, se aborda como un trastorno

independiente (por ejemplo, trastorno por consumo de alcohol, trastorno por consumo de estimulantes, entre otros). Sin embargo, la mayor parte de las sustancias se evalúan con los mismos criterios generales. En esta nueva formulación los criterios no solo se integran, sino que también se refuerzan. Mientras que en la versión previa bastaba con un solo síntoma para identificar abuso, en el *DSM-5* el diagnóstico de trastorno leve requiere entre dos y tres síntomas de un total de once. Además, se incorpora el deseo intenso o anhelo de consumo (*craving*) y se elimina la referencia a problemas legales, por consideraciones culturales que dificultaban su aplicación universal (American Psychiatric Association, 2013).

En el *DSM-IV* la separación entre abuso y dependencia respondía a la idea de que el primero representaba una fase inicial o más leve, mientras que la segunda constituía una etapa de mayor gravedad. No obstante, en la práctica, algunos criterios de abuso resultaban sumamente severos. La nueva categoría única de trastorno por consumo de sustancias refleja con mayor fidelidad el conjunto de manifestaciones clínicas que experimentan los pacientes. De igual manera, el término dependencia generaba confusión conceptual. Socialmente se lo asociaba casi de manera automática con la noción de “adicción”, cuando en realidad la dependencia puede formar parte de una respuesta fisiológica normal del organismo frente al uso sostenido de una sustancia. (American Psychiatric Association, 2013).

1.2.2 3.2. La adicción como enfermedad biopsicosocial.

En los estudios recientes se reconoce un vínculo estrecho entre el trastorno traumático del desarrollo y las adicciones, ya se trate de conductas con o sin consumo de sustancias, lo que resalta la necesidad de analizar dicha relación tanto en el plano social como clínico (Heilig et al., 2021). En las investigaciones sobre consumo de drogas se ha identificado que los sucesos adversos durante la infancia se relacionan con el inicio temprano en el alcohol y que, con frecuencia, el trauma infantil antecede al abuso de bebidas alcohólicas, fármacos y otras sustancias en la adolescencia (Zarse et al., 2019). De igual forma, las personas con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático (TEPT) muestran mayor prevalencia de trastorno por uso de sustancias (TUS); en ciertos entornos clínicos, hasta el 60 % de quienes buscan ayuda por TUS cumplen los criterios de TEPT (Simpson et al., 2022). Investigaciones longitudinales confirman que quienes presentan TEPT tienen hasta cuatro veces más posibilidades de desarrollar TUS (Andreski et al.,

1998). Además, quienes padecen ambas condiciones tienden a manifestar síntomas más intensos en cuanto a deterioro del funcionamiento psicológico y del equilibrio biopsicosocial (Schäfer y Najavits, 2007).

Existen autores que cuestionan la hipótesis de la adicción como un trastorno exclusivamente cerebral (Levy, 2013). Se ha señalado que el estrés es un factor determinante en la aparición de conductas adictivas (Volkow y Morales, 2015), del mismo modo que las terapias psicológicas han probado capacidad para modificar la estructura y el funcionamiento cerebral (Schwartz et al., 2016). También el contexto social puede propiciar la remisión espontánea de la dependencia, como se evidenció en veteranos estadounidenses de Vietnam (Heyman, 2013; López-Quintero et al., 2011). Esto demuestra que la adicción no puede aislarse de las dimensiones sociales, culturales, legales y psicológicas, pues reducirla a una alteración cerebral invisibiliza el papel de las cogniciones, emociones y conductas en la historia de cada persona.

La complejidad del fenómeno exige enfoques integrales, no sólo investigaciones neurobiológicas o médicas, sino también aproximaciones biopsicosociales. El consenso creciente afirma que TEPT y TUS suelen coexistir, y la presencia de uno influye directamente en el desarrollo y gravedad del otro (Christia et al., 2021). Por ello, se han diseñado programas de intervención conjunta que buscan atender de manera simultánea los síntomas de ambos cuadros, con resultados alentadores en psicoterapia integrada. Reconocer el rol central del estrés en la adicción ha permitido impulsar herramientas comunitarias y diagnósticos psicosociales más completos, así como dotar de recursos a los profesionales de la salud (Verplaetse y McKee, 2017).

Un abordaje biopsicosocial requiere equipos interdisciplinarios que valoren los recursos y carencias en la socialización familiar e individual. La labor en redes profesionales y comunitarias, así como el fortalecimiento de competencias interpersonales, resulta esencial para atender a personas expuestas a desastres o situaciones traumáticas. De este modo se logra un proceso de rehabilitación que articula el vínculo entre trauma y adicción, con terapias familiares y programas adaptados. El TEPT puede generar alteraciones cerebrales duraderas similares a las producidas por drogas, aunque existen factores de protección como el ejercicio, la actividad física, el refuerzo alternativo o el mindfulness, que reducen riesgos de recaída (Sancho et al., 2018). Diversos ensayos controlados confirman la utilidad de programas de reducción de

estrés basados en atención plena, como los sistematizados en la revisión “Stress and Addiction” (Creswell, 2017). Asimismo, se ha establecido que la exposición a estrés impredecible incrementa la vulnerabilidad a la dependencia (Kaye et al., 2017), lo que refuerza la necesidad de programas que incluyan estrategias de afrontamiento y regulación emocional.

En este sentido, el cerebro humano parece haber evolucionado hacia una mayor susceptibilidad a la adicción cuando se enfrenta a estrés traumático o crónico (Everitt y Robbins, 2013). Por eso, desde la terapia cognitivo-conductual y el modelo biopsicosocial, se recomienda diseñar planes integrales que consideren la diversidad de género, cultura y resiliencia, fomenten entornos seguros, trabajen con exposición prolongada y recursos de afrontamiento, potencien la autorregulación emocional y fortalezcan la recuperación personal y social. Entre las estrategias empíricamente validadas destacan el mindfulness y la terapia EMDR, que junto con el empoderamiento individual permiten mejorar la autoestima, la salud biopsicosocial, la espiritualidad y los vínculos seguros. En conclusión, comprender la adicción implica superar etiquetas reduccionistas y estigmas, reconociendo su naturaleza biológica, psicológica y social (Hall et al., 2015).

1.2.3 3.3. Relación entre consumo de sustancias y conducta violenta.

Diversos rasgos de personalidad como la impulsividad, la extraversión, el neuroticismo, la apertura a nuevas experiencias o la inclinación a buscar sensaciones intensas han sido vinculados con el consumo de drogas (Torres et al., 1996). En una investigación reciente, fundamentada en el modelo de los Cinco Grandes Factores, se examinaron los perfiles de personalidad de usuarios y no usuarios de tabaco, cannabis, cocaína y heroína (Dembinska-Krajewska & Rybakowsky, en prensa).

Dicho estudio reveló que quienes consumían cocaína presentaban valores más altos en el rasgo de neuroticismo y más bajos en responsabilidad en comparación con los no consumidores. En lo relativo al cannabis, los usuarios mostraron una mayor puntuación en apertura, pero niveles inferiores en amabilidad y responsabilidad. Estas conclusiones fueron reforzadas por Allen y Holder (2013), quienes hallaron que individuos con puntuaciones bajas en responsabilidad y amabilidad tienden a mostrar mayor propensión al consumo de cannabis.

Otra línea de investigación identificó que quienes exhiben inestabilidad emocional, con altas tasas de ansiedad y neuroticismo, presentan una predisposición superior a consumir sustancias psicodépresoras como el alcohol o los ansiolíticos. En contraste, las personas con alta extraversión, rasgos impulsivos y cierta tendencia psicopática resultan más inclinadas a usar tabaco, cannabis o cocaína (Fidel et al., 2004).

Hoy se reconoce que la personalidad no actúa de manera aislada, sino que se entrelaza con factores biológicos, psicológicos y contextuales, lo que determina la forma en que cada individuo responde frente al uso de drogas. Así, coexisten consumidores con rasgos de personalidad diversos y, a su vez, usuarios de drogas que presentan trastornos de personalidad distintos, lo que dificulta establecer un vínculo causal claro (Mangas, 2015).

En lo que respecta a la agresividad, esta rara vez se analiza desconectada del consumo de sustancias, ya que los efectos adversos del uso impactan no solo en lo físico y psicológico, sino también en la conducta. Estudios han mostrado que los episodios de violencia se registran con más frecuencia en personas que consumen alcohol, cannabis, cocaína u otros psicoactivos, encontrándose una relación directa entre ambas variables (Rodríguez et al., 2006).

Desde esta perspectiva, el consumo y la violencia parecen alimentarse mutuamente, pues quienes consumen presentan mayor tendencia a emplear la agresión (Florenzano et al., 2001). Mc Whinter y Florenzano (1998) ya habían señalado que los jóvenes consumidores muestran mayor propensión a conductas violentas, lo que refuerza la idea de una conexión entre el consumo de drogas y la expresión agresiva. En la misma línea, Méndez y Cerezo (2010) confirmaron la asociación entre conductas disfuncionales y uso de sustancias.

De manera más específica, Harruf et al., (1994), citados por Delgado (1994), observaron que dosis altas de cocaína podían detonar comportamientos violentos e incluso homicidios. Además, la combinación de cocaína con alcohol potencia los efectos de la primera, prolongando la euforia y el bienestar momentáneo, lo que se relaciona con un alto índice de agresiones y delitos. En el caso del cannabis, se han documentado consecuencias cognitivas y conductuales como aislamiento social, hostilidad, reducción

de inhibiciones, alteración de vínculos interpersonales e incluso actos delictivos como conducir bajo sus efectos (Nadal, 2008).

Dentro del contexto familiar, el maltrato asociado al consumo requiere ser abordado desde una perspectiva ecológica que considere los múltiples entornos que influyen en el individuo. Los usuarios suelen percibir el alcohol o las drogas como un recurso para mejorar el estado de ánimo, pero dicho patrón de vida acarrea trastornos emocionales y psicológicos que potencian la agresividad (Salazar, 2008).

En términos estadísticos, se estima que entre un 50% y un 60% de agresores presentan consumo problemático de alcohol, mientras que un 20% consume drogas ilegales. Esto sugiere que el consumo actúa más como detonante que como causa directa de la violencia de pareja (Arteaga, Fernández-Montalvo & López-Goñi, 2012). Además, un 45% de los consumidores detenidos por delitos en el entorno familiar presentan algún trastorno de la personalidad (Ziberman, et al., 2018).

En cuanto a la conducción, es crucial diferenciar la agresividad intencional cuyo propósito es causar daño de las conductas de riesgo, que pueden ocasionar perjuicios sin que ello sea su objetivo principal. El consumo de sustancias representa un comportamiento riesgoso, ya que compromete las habilidades necesarias para conducir. El error humano, presente en dos de cada tres accidentes de tránsito, está fuertemente asociado al uso de drogas. De acuerdo con el informe EDADES (2016), un 12% de la población española ha conducido bajo el efecto de drogas ilegales o alcohol.

La agresividad al volante también constituye un factor relevante. Cook (1996) concluyó que este fenómeno es más habitual que la conducción bajo influencia del alcohol. Factores cognitivos, emocionales y ambientales pueden potenciar estas conductas, especialmente cuando intervienen sustancias. Por ejemplo, la cocaína incrementa la impulsividad y la hostilidad hacia otros conductores (Mihelj, Kos & Sedlar, 2018), además de aumentar la probabilidad de cometer infracciones (Ray, Fought & Decker, 1992). Asimismo, Valero (2009) identificó que el consumo frecuente de alcohol eleva la posibilidad de infringir normas de tránsito, lo cual se combina con la ira al conducir.

Las cifras son reveladoras: conducir tras beber alcohol se vincula con el 40% de los accidentes mortales, entre el 15% y 35% de los siniestros con lesiones graves y

alrededor del 10% de aquellos con daños leves. A ello se suman otras drogas ilegales, que deterioran las funciones psicofisiológicas imprescindibles para la conducción. Investigaciones recientes señalan que cerca del 10% de las muertes en accidentes viales podrían deberse a la influencia de estas sustancias (Álvarez & Del Río, 1994).

1.3. 4. Justicia terapéutica: antecedentes y definición

1.3.1 4.1. Origen del concepto: Bruce Winick y David Wexler.

La justicia terapéutica ha sido definida como una aproximación interdisciplinaria que examina los efectos de la normativa en el bienestar psicológico y físico de las personas, así como un discurso teórico con claras repercusiones prácticas en el ejercicio de jueces, abogados, académicos y especialistas en ciencias de la conducta vinculados con el sistema legal (King et al., 2009). De esta manera, constituye un campo de estudio que reconoce a la ley como un posible instrumento terapéutico.

La genealogía del enfoque se ubica, con relativa precisión, en la década de 1980, cuando David Wexler y Bruce Winick señalaron que el orden jurídico había mantenido una relación insuficiente con la psicología y las ciencias de la salud mental, disciplinas llamadas a aportar marcos teóricos y conocimientos operativos capaces de modelar tanto la arquitectura normativa como las conductas de sus operadores y destinatarios (Wexler & Winick, 1996a). Bajo esa perspectiva, la ley se entiende como una fuerza de configuración social cuyos impactos son heterogéneos: en ciertos contextos propician el bienestar, mientras que en otros resultan abiertamente antiterapéuticos (Wexler & Winick, 1996b).

1.3.2 4.2. Alternatividad al modelo punitivista tradicional.

Como contrapeso al paradigma punitivo clásico, la justicia terapéutica ha funcionado como plataforma de innovación institucional en distintas jurisdicciones, donde se han puesto en marcha tribunales especializados de drogas, de salud mental, de violencia familiar o para veteranos concebidos para intervenir temprana y sostenidamente en los factores subyacentes del conflicto penal (Fulton Hora, Schma, & Rosenthal, 1999). A partir de la década de 2010, ese impulso se expandió hacia la judicatura ordinaria

mediante reformas que incorporan, de manera gradual y con distintos matices, mecanismos como las conferencias de solución penal (Jones & Wexler, 2013), programas de tratamiento con supervisión judicial continua (Magistrates' Court of Victoria, 2010) y esquemas estables de coordinación entre judicatura y redes comunitarias de apoyo (King, 2007). En ese mismo horizonte, se sumaron iniciativas de capacitación de jueces en técnicas con orientación terapéutica (King, 2009), propuestas de redacción de sentencias que buscan fortalecer la agencia de las partes involucradas (Murray, 2014), así como estrategias defensivas de perfil más humano estructuradas por la abogacía (Segev, 2015).

Las aplicaciones sectoriales han evidenciado la versatilidad del enfoque: intervenciones judiciales diseñadas para usuarios con trastornos de salud mental (Edgley, 2015); respuestas de cortes de vivienda en los Países Bajos frente a inquilinos con conflictividad crónica, enfocadas en gestionar el riesgo y preservar la convivencia (Vols, 2014); dispositivos para canalizar reclamaciones de víctimas de abusos en escuelas residenciales en Canadá con atención a reparadoras medidas (Trevethan, 2015); y criterios para abordar judicialmente los delitos sexuales en Australia con sensibilidad a daños y procesos de recuperación (Vols, 2014). Estas experiencias, que dialogan con los marcos de desempeño judicial orientados a resultados, confirman que la justicia terapéutica opera en un arco amplio de escenarios y no como una técnica confinada a un solo tipo de caso (Casey & Rottman, 2000).

Su impronta internacional resulta patente en la manera en que conversa sin solaparlas con la justicia restaurativa y la justicia procesal: en lugar de dictar recetas únicas, ofrece una lente de evaluación normativa y procedimental que permite identificar cuellos de botella, incentivos disfuncionales y oportunidades de rediseño, valiéndose de metodologías de autoevaluación susceptibles de adaptarse a la fisonomía de cada tribunal ya sus restricciones institucionales (Productivity Commission of Australia, 2014). En el trasfondo de esta orientación tarde una premisa teleológica sencilla: un sistema de justicia que se aprecia de democracia debe medir su éxito no solo por la tasa de condenas, sino por su contribución tangible al bienestar de las personas.

El desarrollo de redes académicas y profesionales dedicadas al campo, con la Red Internacional de Justicia Terapéutica como nodo visible, junto con repertorios bibliográficos, centros de intercambio de información y manuales de formación, ha creado un ecosistema fértil para la comparación transnacional, la circulación de lecciones

aprendidas y la decantación de buenas prácticas (International Network on Therapeutic Jurisprudence, 2015). La celebración periódica de congresos y foros globales ha ido consolidando ese proceso de institucionalización, al incentivar la evaluación empírica y la mejora continua de los dispositivos existentes (Wexler, 2015).

En términos metodológicos, el campo ha perfilado dos ejes complementarios: el diseño terapéutico de la norma (TLD) y la aplicación terapéutica de la ley (TAL). Bajo esta gramática, las estructuras jurídicas funcionan como “recipientes” capaces de alojar prácticas que favorecen efectos terapéuticos o, en su defecto, minimizar daños iatrogénicos, mientras que la conducta profesional de abogados, jueces y equipos técnicos constituye el “contenido” que se vierte en tales recipientes. De allí que la tarea central consiste en escudriñar, con lupa procesal y mirada comparada, cada fase del itinerario legal para detectar en qué medida cabe introducir, sin sacrificar garantías, técnicas y estrategias propias de la justicia terapéutica (Wexler, 2014).

1.3.3 4.3. Principios

Desde la perspectiva de la justicia terapéutica, el derecho se concibe como una herramienta orientada al resguardo del bienestar psicoemocional de quienes intervienen en el proceso, sin menoscabar la legalidad ni las garantías propias del debido proceso; en esa línea, la aplicación de la norma se reencamina hacia la lectura de las causas y de los contextos que subyacen al conflicto. Con tal finalidad, se integran evidencias empíricas provenientes de las ciencias del comportamiento, de modo que la intervención jurisdiccional sea interdisciplinaria, informada por datos y diseñada para mitigar daños, robustecer capacidades y producir efectos restaurativos que trascienden el simple cierre del expediente (Fariña et al., 2022).

Este enfoque exige sustituir estilos autoritarios por interacciones que reconozcan la voz de las personas usuarias, validen sus necesidades, expliquen alternativas procesales y habiliten su participación informada en la construcción de acuerdos, medidas o sanciones, superando la lógica puramente adversarial. El principio de adherencia se concreta cuando el trato es respetuoso, el lenguaje es comprensible y se crea un puente entre los hechos, la decisión y un plan individual realista; esa combinación incrementa el compromiso con lo acordado y refuerza la percepción de legitimidad (Fariña et al, 2022).

Adherir también implica mapear factores protectores, como familia, comunidad, servicios especializados y obstáculos concretos para el cumplimiento, incorporándolos en el diseño

de las medidas para que estas no sean imposiciones abstractas sino itinerarios practicables y supervisables en el tiempo. En paralelo, el principio de legitimidad procedimental opera como catalizador: cuando las personas perciben neutralidad, escucha efectiva y oportunidades reales de ser oídas, aumenta la disposición a acatar resoluciones incluso desfavorables, disminuyendo resistencias y futuros conflictos derivados de la desconfianza (Fariña et al., 2022).

Por su parte, el principio de prevención de recaídas añade una lógica de anticipación que identifica situaciones de riesgo, desencadenantes y rutinas críticas, y define estrategias de afrontamiento y apoyo para escenarios semejantes a los que originaron la intervención, con metas y compromisos verificables. Preguntar por redes disponibles, modelar modos pacíficos de resolución de problemas y derivar a recursos idóneos convierte cada actuación judicial en una oportunidad pedagógica que instala capacidades y reduce la probabilidad de repetir patrones dañinos en la convivencia (Fariña et al., 2022).

Por lo tanto, para la aplicación de este tipo de justicia se debe medir la implementación de estos principios y formar a los decisores en habilidades comunicativas, evaluación basada en evidencia y trabajo colaborativo es requisito para consolidar una justicia terapéutica que produce decisiones válidas y efectos sostenibles a largo plazo.

2. CAPÍTULO II.- VIOLENCIA INTRAFAMILIAR VINCULADA AL CONSUMO DE SUSTANCIAS: ANÁLISIS ESTRUCTURAL Y CONTEXTUAL

2.1. Introducción

El capítulo que se presenta se propone examinar, con vocación analítica y sostén empírico, la imbricación compleja entre la violencia intrafamiliar (VIF) y las adicciones, atendiendo a la forma en que las condiciones estructurales y las trayectorias individuales se entretejen para dar lugar a dinámicas de dominación, daño y control al interior del hogar; en tal sentido, se explicita desde el inicio su propósito rector, a saber: Objetivo del capítulo: analizar causas, manifestaciones y consecuencias de la violencia familiar relacionada con adicciones.

El tema se determina en la acreditación de una lectura especializada: la VIF no debe ser constatada como una etapa independiente ni tampoco como una controversia leve intersubjetiva, sino más bien, como un hecho social de estructuras superpuestas en el que actúan a la vez simultáneamente, factores sociales y económicos, gestiones culturales y roles de género conjuntamente con decisiones particulares que se forman por contextos riesgo y patrones de tutela; Por lo tanto, el capítulo explica un enfoque que fusiona situaciones generales y concretas, evitando teorías causalistas y permitiendo que se pueda realizar un análisis crítico y apegado a los hechos.

En la primera etapa se analiza la estructura: un mecanismo en el que se conectan, de manera distinta, pero con una suerte de efecto acumulativo, la repartición inequitativa del fondo educativo, las fluctuaciones de la esfera de empleo, la escasez material que condiciona la forma de vivir, así como la fuerza concreta de la exclusión social comprendida como procedimiento polifacético que no se limita en la simple deficiencia de ingresos. Se examina, por tanto, cómo el nivel de instrucción incide diferencialmente en la probabilidad de victimización o de ejercicio de la violencia; cómo el desempleo masculino y la inserción laboral femenina con sus ambivalencias reconfiguran roles y tensiones en el núcleo doméstico; y cómo la pobreza, más allá del ámbito del hogar, se territorializa en vecindarios con recursos escasos, servicios fragmentados y menor capacidad de contención institucional.

El análisis incorpora además la experiencia de mujeres migrantes y de minorías raciales, para quienes se superponen barreras de acceso, estigmas y vulnerabilidades añadidas; todo ello bajo la premisa de que la exclusión, entendida como dinámica histórica y estructural, habilita escenarios donde la violencia encuentra mayor terreno para su reproducción.

La segunda sección se ocupa de los factores individuales, sin perder de vista que lo individual no es sinónimo de aislado. Se consideran aquí los efectos del consumo de alcohol y otras drogas en los estilos de afrontamiento y en los umbrales de inhibición, así como su papel en la intensificación de conflictos de pareja y en la escalada de conductas agresivas.

Se abordan, asimismo, las trayectorias biográficas atravesadas por experiencias previas de violencia o por la exposición a modelos relacionales violentos, junto con variables psicosociales como la autoestima erosionada, la internalización de estereotipos de género y la vivencia persistente de frustración en contextos de carencia. Se discuten, desde una perspectiva comparada, hipótesis sobre la construcción de masculinidades hegemónicas en escenarios de marginación, en los que el recurso a la fuerza y al control de la pareja o de la familia se erige en mecanismo de estatus; sin perder de vista que, para las mujeres, la vulnerabilidad social limita la búsqueda de ayuda y la ruptura del ciclo violento.

Desde el punto de vista metodológico, el capítulo articula evidencia doctrinal, normativa y empírica proveniente de fuentes oficiales y de investigaciones recientes, con el doble propósito de evitar afirmaciones desancladas y de sostener las inferencias en datos verificables. Se privilegia un diálogo entre la producción académica y los reportes institucionales, procurando consistencia conceptual y trazabilidad de los argumentos; además, se incorporan referencias comparadas cuando contribuyen a situar la experiencia local en un marco más amplio, sin desatender las especificidades del entorno estudiado.

Como resultado, el capítulo asume que la VIF vinculada a las adicciones no puede comprenderse ni abordarse desde una mirada única. Requiere, más bien, una lectura capaz de situar cada manifestación en el cruce entre lo estructural y lo biográfico, entre las condiciones que habilitan la violencia y las decisiones que la actualizan.

2.2. 1. Factores estructurales e individuales de la violencia familiar

2.2.1 1.1. Causas estructurales.

Los estudios acerca de las causas estructurales de VIF son amplísimos y han indagado la relación de la violencia de género con una gran diversidad de variables. Entre ellas, resulta pertinente detenerse en las que se vinculan más estrechamente con fenómenos de exclusión social.

En primer término, el nivel educativo aparece de forma reiterada como un elemento decisivo. Para las mujeres, la evidencia muestra que una formación académica elevada actúa como mecanismo de protección, mientras que la carencia de estudios incrementa el peligro de ser víctima de violencia (Campbell et al., 2011; Friedemann-Sánchez y Lovatón, 2012; Khalifeh et al., 2013; Ruiz-Pérez et al., 2006; Van Wijk y de Bruijn, 2012; Vives-Cases et al., 2009, 2010). En el caso de los varones, la relación es inversa: a menor nivel de instrucción, mayores probabilidades de ejercer violencia al menos en lo que concierne a la física, lo que evidencia que aquí no se trata de un incremento de victimización, sino de conductas de agresión (Stith et al., 2004; Yick, 2001).

El ámbito laboral constituye otro eje fundamental. Buena parte de la bibliografía resalta que el desempleo masculino funciona como detonante del ejercicio de violencia (González y Santana, 2001; Stith et al., 2004; Tauchen y Witte, 2001). No obstante, otras investigaciones sostienen que no existe un vínculo claro entre el trabajo o la falta de él y la exposición de las mujeres a sufrir violencia (Kiss et al., 2012). En cuanto al empleo femenino, los hallazgos resultan contradictorios y no permiten una conclusión uniforme (Friedemann-Sánchez y Lovatón, 2012; Stith et al., 2004; Van Wijk y de Bruijn, 2012; Walby y Allen, 2004).

Respecto a la pobreza, es necesario distinguir entre la situación individual y el entorno comunitario. Diversos trabajos relacionan la carencia de ingresos con una mayor propensión a padecer violencia (Jewkes, Levin y Penn-Kekana, 2002; Friedemann-Sánchez y Lovatón, 2012; Khalifeh et al., 2013; Mavrikiou et al., 2014; Ruiz-Pérez et al., 2006; Walby y Allen, 2004). Otros, en cambio, niegan que exista correlación (Barrett et al., 2012; Kiss et al., 2012). Si se amplía la mirada hacia el espacio donde se habita, se advierte que vivir en zonas empobrecidas eleva la exposición al maltrato, incluso cuando se controla por el ingreso del hogar (Cunradi et al., 2000; Khalifeh et al., 2013). Al considerar etnia u origen, se evidencia una mayor prevalencia de violencia en mujeres

migrantes (Montañés y Moyano, 2006; Raj y Silverman, 2002; Vives-Cases et al., 2010) y en integrantes de minorías raciales (Daoud et al., 2013; Lanier y Maume, 2009).

Cabe remarcar finalmente que ninguno de estos análisis aborda de manera específica la exclusión social como categoría central. Esta se entiende como un proceso de raíz estructural (Laparra et al., 2007; Laparra, 2010; Subirats, 2005), de carácter dinámico (Boon y Farnsworth, 2011; Oxoby, 2009) y con múltiples dimensiones (Boon y Farnsworth, 2011; Laparra et al., 2007; Pirani, 2011; Subirats, 2005; Van Bergen et al., 2014). Desde su aparición, el término ha alcanzado gran aceptación, desplazando en buena medida al concepto de pobreza en los estudios sobre desigualdad.

2.2.2 1.2. Factores individuales.

El consumo de alcohol y drogas constituye igualmente un factor influyente. En el caso de las mujeres, los resultados son dispares (Campbell et al., 2011; Stöckl et al., 2011; Kiss et al., 2012). En los hombres, en cambio, la relación con la violencia se confirma de manera consistente (Barrett et al., 2012; Grose y Grabe, 2014; Kiss et al., 2012; Lanier y Maume, 2009; Stöckl et al., 2011). De forma paralela, se ha constatado que la existencia de relaciones conflictivas dentro de la pareja aumenta considerablemente las probabilidades de victimización (Aldarondo et al., 2002; Jewkes, 2002; Jewkes et al., 2002).

A lo anterior se suma otro elemento de peso: la experiencia previa de violencia. Haber sido víctima en etapas pasadas o haber presenciado agresiones, ya sea en la infancia o en otras fases vitales, se vincula con mayor riesgo de sufrir violencia de género en el presente (Barrett et al., 2012; Jewkes et al., 2002; Kiss et al., 2012; Smith et al., 2011; Stöckl et al., 2011; Van Wijk y de Bruijn, 2012). No obstante, este factor no se examina aquí por no conectarse directamente con la noción de exclusión y por no estar contemplado en la fuente principal.

En relación con las mujeres, se ha documentado que atravesar circunstancias de vulnerabilidad social limita su capacidad para enfrentar con efectividad episodios de violencia (Hamby, 2005), lo que podría facilitar que los hombres recurran a ella. Otros planteamientos conectan las condiciones económicas con la autoestima (Falci, 2011; Santo et al., 2013; Veselska et al., 2010; Zhang y Postiglione, 2001), de modo que se sugiere que el vínculo entre exclusión y violencia estaría mediado por este factor.

Asimismo, se ha observado que en los sectores más desfavorecidos se mantiene una mayor adhesión a estereotipos de género tradicionales (Elley, 2011), lo cual representa un riesgo adicional de violencia contra la mujer (Villavicencio, 1993). Una hipótesis complementaria sostiene que la razón por la cual las mujeres en contextos de exclusión se convierten con mayor facilidad en víctimas de violencia es porque la sociedad en sí contribuye a incrementar su fragilidad frente a tales agresiones.

Respecto de los varones, una teoría ampliamente aceptada expone que la tensión y la frustración con mayor incidencia en escenarios de precariedad social pueden actuar como detonantes de la conducta agresiva (Berkowitz, 1989; Dollard et al., 1939). Desde otra perspectiva, se resalta la violencia estructural como origen de la violencia directa, recogida en la máxima de Galtung «la violencia engendra violencia» (1990: 266).

El hecho de que las mujeres, aun bajo la misma opresión, raramente respondan con violencia directa, devuelve la discusión al sistema de género. También existen planteamientos que sitúan al conflicto como factor central, bien sea porque produce estrés o porque la violencia es una estrategia utilizada dentro de él (Jewkes, 2002; Walby y Allen, 2004), especialmente cuando faltan mecanismos alternativos para su resolución (Friedemann-Sánchez y Lovatón, 2012).

Otra postura indica que el dominio puede sostenerse de diferentes formas y que, a menor capacidad de alcanzarlo por vías consideradas «legítimas» —lo que se asocia a procesos de marginación—, mayor es la probabilidad de acudir a medios ilegítimos como la violencia (Basile et al., 2013; Callá, 2008; Izquierdo, 2007; Lawson, 2012; Merton, 1968; Walby y Allen, 2004). Asimismo, se subraya que en contextos de carencia social puede configurarse una noción alternativa de masculinidad donde la violencia desempeña un rol destacado (DeKeseredy y Schwartz, 2005; Fodor, 2006; Friedemann-Sánchez y Lovatón, 2012; Hochschild, 1991; Jewkes, 2002; Messerschmidt, 1993; Strier et al., 2014). Finalmente, otros análisis señalan que los grupos excluidos presentan mayores niveles de desigualdad de género (Kiss et al., 2012; Smith, 1990; Uthman et al., 2009).

2.2.3 1.3. Tipos de violencia intrafamiliar y su manifestación en contextos de adicción

En el ámbito de la VIF, no siempre se manifiestan únicamente agresiones físicas o malos tratos evidentes, ya que la finalidad del agresor no radica necesariamente en causar un

daño inmediato, sino en mantener a la víctima bajo control constante. Estas conductas suelen acompañarse de amenazas y de actos que, además de producir lesiones visibles, también generan afectaciones emocionales y psicológicas profundas (Alberdi et al., 2002).

Dentro de este contexto se identifican diversas manifestaciones de violencia intrafamiliar, entre las que destacan la física, psicológica, sexual y verbal, cuyas particularidades se detallan a continuación.

Violencia física: este tipo de maltrato constituye una forma de abuso injustificado que puede iniciarse con conductas aparentemente leves, como empujones o pellizcos, pero que progresivamente se intensifican hasta llegar a situaciones altamente peligrosas. La violencia física se caracteriza por el uso intencional de la fuerza, ya sea con objetos o con partes del cuerpo del agresor, con el propósito de dañar a la víctima, reafirmar una posición de poder y sostener la ilusión de tener siempre la razón. Según Benavidez et al. (2013), las consecuencias de estas prácticas no se limitan al corto plazo, sino que también repercuten de manera negativa en el desarrollo físico y psicológico de niños, niñas y adolescentes, quienes, al encontrarse en una etapa de crecimiento, requieren de mayor cuidado y protección.

Violencia psicológica: esta modalidad comprende todas aquellas acciones que afectan la salud mental de la persona, colocándola en un estado de alteración emocional y vulnerando directamente su derecho a la integridad personal (Céspedes, 2015). La violencia psicológica incluye actos como insultos, desprecios, humillaciones, burlas o comentarios ofensivos, los cuales deterioran la autoestima de la víctima y generan una sensación de rechazo social (Carreño et al., 2004). En esta línea, Gallegos (2013) sostiene que una consecuencia del rechazo social es la conducta agresiva del menor, eventos psicosociales que tienen su lugar desde la infancia. Crecer en un entorno hostil impide a los menores desenvolverse con normalidad en espacios como la escuela, donde suelen reaccionar de manera violenta ante conflictos triviales o correcciones de los docentes, desarrollando así actitudes intolerantes y difíciles de controlar.

Violencia sexual: constituye una de las experiencias más traumáticas para la víctima, ya que con frecuencia no deja huellas visibles y se perpetúa mediante amenazas e intimidación, obligando a guardar silencio para mantener el abuso en secreto. El

ocultamiento de estas conductas por parte de la víctima o incluso de otros miembros de la familia facilita su continuidad. Muchas veces, el miedo a represalias, la estigmatización social o la falta de orientación sobre los mecanismos legales de protección impiden que se denuncien estos hechos. En el caso de menores, las consecuencias suelen ser devastadoras, pues se traducen en abandono del hogar, bajo rendimiento escolar, consumo de drogas, embarazos no planificados, sentimientos de odio y múltiples afectaciones adicionales (Ramos et al., 2001).

Violencia económica: se erige como una de las formas más lesivas frente a la dignidad humana. En ciertos casos, por el propio mecanismo a través del cual se ejerce; en otros, por las carencias específicas que genera. Esta manifestación no reconoce fronteras de clase social, y su impacto se intensifica en la medida en que crece la incertidumbre que produce; sin embargo, dicha incertidumbre no siempre responde a factores estrictamente financieros. En situaciones evidentes de agresión económica contra personas mayores con estabilidad patrimonial, el daño puede radicar en la vergüenza o la deshonra sufrida (Basset et al., 2021).

Existen también supuestos en los que el varón oculta deliberadamente sus bienes durante años, valiéndose de recursos inusuales y poniendo en riesgo incluso su propio patrimonio con tal de evadir la masa común de la sociedad conyugal; lo que hierde, en estos casos, es el gesto mismo, el exceso del esfuerzo, como una forma de declarar: “prefiero perderlo todo antes que darte algo”. De esta manera, la violencia económica excede la mera privación de recursos para la supervivencia: constituye, además, un medio de sometimiento y degradación (Basset et al., 2021).

Tabla 1.

Cuadro Comparativo de tipos de violencia intrafamiliar.

Tipo de violencia	Definición / Manifestación	Mecanismos empleados	Consecuencias principales	Referencia
Violencia física	Uso intencional de la fuerza para provocar daño físico y reafirmar el poder del agresor. Puede	Golpes, empujones, pellizcos, uso de objetos o del propio cuerpo.	Lesiones corporales; riesgo vital en casos graves; efectos duraderos en el desarrollo físico y	Benavidez et al. (2013)

	iniciar con actos leves y escalar hacia agresiones graves.		psicológico de niños y adolescentes.	
Violencia psicológica	Conjunto de conductas que afectan la salud mental y vulneran la integridad personal de la víctima.	Insultos, humillaciones, burlas, comentarios ofensivos, desprecios.	Baja autoestima, rechazo social, alteraciones emocionales; en menores: agresividad, intolerancia, dificultades de adaptación escolar.	Céspedes (2015); Carreño et al. (2004); Gallegos (2013)
Violencia sexual	Abuso basado en la coerción, amenazas o intimidación, muchas veces silenciado y sin huellas visibles.	Actos sexuales forzados, coerción psicológica, intimidación para mantener el secreto.	Trauma psicológico; abandono del hogar; bajo rendimiento académico; consumo de drogas; embarazos no planificados; sentimientos de odio.	Ramos et al. (2001)
Violencia económica	Conductas destinadas a privar, controlar o degradar a la víctima mediante el uso indebido de recursos materiales y patrimoniales.	Retención de recursos, ocultamiento de bienes, negación de aportes económicos, maniobras patrimoniales desproporcionadas	Humillación, vergüenza, inseguridad financiera; sometimiento y degradación; afectación a la dignidad humana.	Basset et al. (2021)

Fuente. *Elaboración propia.*

2. Consecuencias para las víctimas y para la estructura familiar

Las consecuencias derivadas de la violencia pueden clasificarse tanto en un plano personal como en un plano colectivo; asimismo, pueden manifestarse de forma inmediata, a mediano o a largo plazo. Su alcance depende del tipo específico de violencia que se analice y del enfoque adoptado en la investigación. Por ejemplo, un estudio circunscrito

a la violencia intrafamiliar que se limite a describir hechos, identificar culpables y establecer sanciones, tenderá a destacar únicamente los efectos inmediatos sobre las víctimas directas (Cevallos et al., 2022).

En cambio, al abordarse el mismo fenómeno desde la óptica de género, no sólo se evidencian impactos de mediana y larga duración sobre la víctima principal, sino también repercusiones emocionales y psicológicas en los demás integrantes del hogar, particularmente en los hijos y en quienes sufren como víctimas indirectas, e incluso podrían reconocerse secuelas en el propio agresor (Martínez Pacheco, 2016).

Si el interés se orienta hacia un análisis enfocado en los costos políticos y económicos de la violencia doméstica, las consecuencias adquieren una dimensión mayor: abarcan a la institución familiar en su conjunto y se reflejan en los gastos vinculados con la atención sanitaria, asistencia legal, ausentismo escolar y laboral, entre otros. Desde esta visión, puede advertirse que la violencia no sólo produce daños inmediatos, sino que contribuye a mantener estructuras emocionales, psicológicas e institucionales que favorecen la repetición del ciclo de violencia en el tiempo (Cevallos et al., 2022).

En cualquier caso, los efectos más evidentes en el plano inmediato son los daños ocasionados a las víctimas directas, que también pueden extenderse a terceros e, incluso, al propio victimario. Entre tales daños figuran los atentados contra la integridad física, emocional, psicológica y patrimonial de las personas. A nivel social, la violencia puede acarrear la desarticulación de los vínculos comunitarios en horizontes temporales más prolongados, generando climas de miedo, desconfianza y anomia, que a su vez intensifican dinámicas de espiral violenta, como sucede en guerras civiles o en enfrentamientos frente al crimen organizado (Martínez Pacheco, 2016).

En el plano médico, la Organización Mundial de la Salud (2002) ha sistematizado las principales consecuencias para las mujeres que sufren maltrato. En el ámbito físico se encuentran: contusiones, inflamaciones, fracturas, lesiones torácicas o abdominales, discapacidades, fibromialgia, trastornos digestivos, síndrome de colon irritable, desgarros, abrasiones, lesiones oculares y disminución de funciones corporales (Cevallos et al., 2022).

En lo sexual y reproductivo se reportan: infertilidad, enfermedades pélvicas inflamatorias, disfunciones genitales, embarazos no deseados, abortos espontáneos o inseguros,

complicaciones obstétricas, transmisión de infecciones sexuales como VIH/SIDA, así como dificultades en la vida sexual. En el campo psicológico y conductual se reconocen: depresión, ansiedad, abuso de alcohol o drogas, alteraciones del sueño y de la alimentación, baja autoestima, estrés postraumático, fobias, pánico, psicopatizaciones, sentimientos de vergüenza o culpa, sedentarismo, conducta suicida, autolesiones y comportamientos sexuales riesgosos. Finalmente, entre las consecuencias mortales se incluyen homicidios, suicidios, muertes maternas y defunciones relacionadas con el SIDA (Cevallos et al., 2022).

3. Relación entre adicciones y conducta violenta en el ámbito familiar **(Estadísticas relevantes)**

La relación entre las adicciones (particularmente el consumo problemático de alcohol y otras drogas) y la conducta violenta en el ámbito familiar está bien documentada por investigaciones recientes y datos oficiales. En Ecuador, la violencia intrafamiliar y de género alcanza niveles preocupantes: según la *Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres* del INEC, 65 de cada 100 mujeres han sufrido algún tipo de violencia a lo largo de su vida (INEC, 2019).

Esta encuesta reveló que el 35% de las mujeres ha experimentado violencia física y el 33% violencia sexual por parte de sus parejas u otros familiares (INEC, 2019). De hecho, la mayor proporción de hechos de violencia contra la mujer ocurre en el núcleo de pareja (42,8%), seguido por violencia en el ámbito familiar (20,3%) ejercida por otros miembros de la familia (INEC, 2019). Estas cifras evidencian la magnitud del problema de la violencia doméstica en el país.

Múltiples estudios y organismos internacionales señalan que el consumo de alcohol y otras sustancias suele ser un factor que intensifica los comportamientos violentos en el hogar. La Organización Mundial de la Salud ha advertido que el consumo nocivo de alcohol es un factor asociado al maltrato infantil y a una mayor incidencia de violencia interpersonal (OMS, 2006). De igual manera, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó el estudio *“Horas infelices: Alcohol y agresión de pareja en las Américas”*, que evidenció que el consumo excesivo de alcohol se asocia con un mayor riesgo de violencia doméstica, tanto en la probabilidad de ser víctima como en la de perpetrar dichos actos (OPS, 2008).

En palabras de este informe regional, beber en exceso está directamente vinculado con el incremento de la agresividad y las agresiones en la pareja, afectando a hombres y mujeres por igual. En consonancia, la OPS ha reconocido que “el riesgo de la violencia sube cuando los hombres beben copiosamente”, recomendando políticas públicas para limitar el consumo de alcohol (por ejemplo, impuestos, restricciones de venta y publicidad) como estrategia para reducir la violencia doméstica (OPS, 2008). Estos hallazgos respaldan la noción de que las adicciones actúan como *detonantes* que exacerban la conducta violenta en el entorno familiar.

La experiencia ecuatoriana refleja esta realidad. Durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19 en 2020, las autoridades reportaron un incremento alarmante de denuncias de violencia intrafamiliar, coincidiendo con situaciones de estrés, encierro y mayor consumo de sustancias. Entre el 12 de marzo y el 11 de abril de 2020, el sistema de emergencias ECU-911 recibió 6.819 llamadas relacionadas con violencia de género a nivel nacional, concentrándose más de la mitad en las ciudades de Quito y Guayaquil (ECU-911, 2020).

Organismos de protección de derechos señalaron que, en una situación de confinamiento forzado, factores como las conductas agresivas preexistentes del agresor y el consumo de alcohol u otras drogas podían ser *desencadenantes* de la escalada de actos violentos contra mujeres, niñas, niños y adultos mayores dentro del hogar (Consejo de Protección de Derechos Quito, 2020). Es decir, el consumo de sustancias, sumado a tensiones familiares, crea un caldo de cultivo propicio para que estallen episodios de violencia doméstica.

La Defensoría del Pueblo de Ecuador ha enfatizado que la violencia intrafamiliar constituye una grave vulneración de derechos humanos y un problema de salud pública, y ha instado a reforzar las medidas de prevención, incluyendo el control de las adicciones en el entorno familiar (Defensoría del Pueblo, 2022). Ello se alinea con la Constitución ecuatoriana, que garantiza el derecho a una vida libre de violencia y declara tanto la violencia doméstica como el consumo de sustancias psicoactivas como asuntos de interés social que requieren intervención estatal.

En términos de comportamientos de riesgo, el consumo de sustancias psicoactivas suele intensificar rasgos agresivos y disminuir los frenos inhibitorios, lo que facilita las

conductas violentas. Un estudio latinoamericano sobre violencia intrafamiliar señala que, culturalmente, el alcohol y las drogas se utilizan muchas veces para “celebrar” o evadir problemas, pero su abuso provoca trastornos emocionales y mentales, agudiza conflictos preexistentes y favorece comportamientos agresivos, especialmente en personas que provienen de entornos familiares violentos. Dicho de otro modo, las adicciones pueden catalizar la agresividad latente: la persona bajo los efectos del alcohol u otras drogas puede perder el control, malinterpretar situaciones o reaccionar de forma desproporcionada, desencadenando actos violentos hacia sus seres queridos. La evidencia clínica muestra que muchas agresiones en el hogar ocurren cuando el agresor está intoxicado. Por ejemplo, un estudio en Bogotá encontró que en cerca del 40% de los casos de maltrato infantil los agresores eran los padres o cuidadores y se encontraban bajo efectos del alcohol o las drogas al momento de la agresión (Salazar, 2008).

Asimismo, investigaciones en diversos países han documentado que una proporción significativa de incidentes de violencia de pareja ocurren tras episodios de consumo excesivo de alcohol del agresor (Graham et al., 2010). Estos comportamientos de riesgo se intensifican por el consumo porque las sustancias pueden desinhibir la violencia que, de otra manera, podría haberse controlado.

Los efectos de esta relación entre adicciones y violencia familiar no solo se manifiestan en el agresor, sino también en las víctimas y en la dinámica del hogar en general. La *Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito* (ONUDD) ha subrayado que el consumo de drogas suele estar asociado con la violencia doméstica, lo cual agrava la distress física y emocional de la familia en su conjunto (UNODC, 2023).

En muchos casos, son las mujeres (en su rol de esposas o madres) quienes cargan con el mayor impacto del abuso de sustancias por parte de un familiar, soportando no solo la violencia física o psicológica, sino también las consecuencias económicas, sociales y sanitarias que conlleva convivir con una persona con trastorno adictivo. Irónicamente, el ciclo de la violencia y la adicción puede volverse bidireccional: no solo las adicciones incrementan la probabilidad de actos violentos, sino que quienes sufren violencia doméstica pueden a su vez desarrollar *estrategias de afrontamiento perjudiciales*, como el consumo de alcohol o drogas para lidiar con el trauma. La ONUDD advierte que las mujeres sobrevivientes de violencia de pareja presentan tasas más altas de depresión y abuso de sustancias en comparación con quienes no han sufrido violencia (UNODC,

2021). Este dato sugiere un ciclo perverso en el que la violencia doméstica alimenta las adicciones (y viceversa), perpetuando el daño a largo plazo en las familias.

Por otra parte, las estadísticas internacionales confirman la dimensión del problema y sitúan a las tendencias ecuatorianas en un contexto global. La ONUDD estima que a nivel mundial más de 296 millones de personas (entre 15 y 64 años) consumieron drogas ilícitas en 2021, lo que representa un aumento del 23% en la última década (UNODC, 2023). De ellas, alrededor de 39,5 millones padecen trastornos por consumo de drogas (adicciones severas) (UNODC, 2023). Aunque estas cifras incluyen todas las formas de consumo y no se refieren exclusivamente al entorno familiar, revelan la gran cantidad de individuos potencialmente expuestos a los efectos negativos de las sustancias. El abuso de alcohol sigue siendo especialmente preocupante: la Organización Mundial de la Salud reporta que aproximadamente 1 de cada 3 mujeres en el mundo ha sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja, y en numerosos estudios el alcohol aparece como factor concomitante en una proporción significativa de esos casos (OMS, 2021).

En Ecuador, las encuestas nacionales de salud reflejan que el consumo de alcohol es común, particularmente entre varones: por ejemplo, en 2018 se encontró que aproximadamente el 52% de los hombres y 27% de las mujeres habían consumido bebidas alcohólicas recientemente (MSP/INEC, 2018). Este amplio consumo de alcohol socialmente aceptado y normalizado aumenta la probabilidad de interacciones familiares conflictivas bajo sus efectos. Es significativo que, según datos del Ministerio de Salud, los hombres ecuatorianos presentan más del triple de prevalencia de consumo nocivo de alcohol que las mujeres (36,3% vs. 11%, respectivamente), lo que indica una mayor exposición del género masculino a los niveles de consumo que típicamente se asocian con conductas violentas (MSP/INEC, 2018). Estas cifras respaldan las observaciones de que, en el contexto latinoamericano, el alcohol es el detonante más frecuente de la violencia intrafamiliar, seguido de otras drogas y factores psicosociales.

Como resultado, la evidencia recopilada por organismos oficiales y estudios científicos en los últimos años señala una fuerte correlación entre las adicciones y la conducta violenta en el ámbito familiar. En Ecuador, las estadísticas de la Defensoría del Pueblo y el INEC confirman que la violencia doméstica es un fenómeno extendido, y los análisis de instituciones como la ONUDD, la OMS y la OPS apuntan a que el consumo de sustancias actúa como un factor de riesgo multiplicador de dicha violencia.

El consumo excesivo de alcohol u otras drogas por parte de miembros de la familia intensifica comportamientos agresivos, disminuye la capacidad de autocontrol y agrava las situaciones de conflicto, derivando con mayor facilidad en maltrato físico, psicológico o sexual dentro del hogar. A su vez, vivir en un entorno familiar violento puede propiciar en las víctimas el desarrollo de adicciones, configurando un ciclo de deterioro que atrapa a las familias en múltiples problemáticas de salud y seguridad.

Por ello, expertos y autoridades coinciden en la necesidad de abordar estos problemas de manera integral: las políticas públicas en Ecuador y en el mundo están orientadas a prevenir y tratar las adicciones como parte de las estrategias para reducir la violencia intrafamiliar, a la vez que a brindar protección y apoyo a las víctimas de violencia doméstica. Solo mediante un enfoque interdisciplinario que considere factores de salud pública, educación, justicia y protección social se podrá mitigar efectivamente la sinergia destructiva entre las adicciones y la violencia familiar, avanzando hacia entornos familiares más seguros, saludables y libres de violencia.

3. CAPÍTULO III.- PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA JUSTICIA TERAPÉUTICA FRENTE A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR VINCULADA A LAS ADICCIONES

3.1. Introducción

La justicia terapéutica, concebida como un campo interdisciplinario que examina los efectos de la norma y de su aplicación sobre el bienestar psicoemocional y físico de las personas usuarias del sistema de justicia, proporciona un lente operativo para rediseñar prácticas, procedimientos y decisiones con miras a producir efectos clínicamente beneficiosos sin sacrificar legalidad ni garantías (King et al., 2009; Wexler & Winick, 1996a; Wexler & Winick, 1996b).

En esa clave, la presente propuesta articula una vía de implementación específica para el abordaje de la violencia intrafamiliar asociada a adicciones, integrando los ejes metodológicos del diseño terapéutico de la norma (Therapeutic Law Design, TLD) y de la aplicación terapéutica de la ley (Therapeutic Application of the Law, TAL) en cada fase del itinerario procesal (Wexler, 2014).

El propósito teleológico es claro: intervenir sobre factores subyacentes como el consumo problemático de alcohol u otras sustancias, trastornos concurrentes, dinámicas relacionales de dominación y, a la vez, asegurar respuestas ajustadas a la Constitución y a la legislación ordinaria que prevén prevención, atención, sanción y reparación integral en materia de violencia intrafamiliar y de género (CRE, 2008, Arts. 35, 66 y 78; LOIPEVM, 2018, Arts. 1–18; COIP, 2025, Arts. 155–159).

La arquitectura de la propuesta asume, además, la base clínica contemporánea sobre “trastorno por uso de sustancias” (DSM-5) y la evidencia sobre la naturaleza biopsicosocial de las adicciones, en diálogo con la comorbilidad con estrés traumático y otros trastornos (American Psychiatric Association, 2013; Heilig et al., 2021; Zarse et al., 2019; Simpson et al., 2022).

1. Condiciones para la aplicabilidad en el Ecuador.

La implementabilidad de un programa JT-VIF-A demanda condiciones mínimas de habilitación normativa, organizacional y clínica que, en el caso ecuatoriano, pueden delimitarse del modo que sigue:

a) **Habilitación constitucional y legal.** El haz de mandatos constitucionales sobre integridad personal, vida libre de violencia, protección reforzada para grupos de atención prioritaria y reparación integral faculta el despliegue de dispositivos terapéuticos coordinados desde el sistema de justicia, salud y protección social, sin mengua del deber estatal de investigar, juzgar y sancionar (CRE, 2008, Arts. 35, 66 y 78).

En el plano legal, la tipificación y tratamiento agravado de la violencia en el entorno familiar (COIP, 2025, Arts. 155–159), así como el andamiaje institucional de la LOIPEVM, registro, observatorio, sistema nacional integral, lineamientos de política pública y asignación presupuestaria estable— crean un marco que admite, por diseño, la incorporación de rutas terapéuticas con soporte intersectorial (LOIPEVM, 2018, Arts. 1–18).

b) **Compatibilidad clínica y procesal.** El reconocimiento del “trastorno por uso de sustancias” como diagnóstico dimensional y la comprensión biopsicosocial de las adicciones permiten encajar, sin contradicciones, protocolos de evaluación dual (clínico-jurídica) y planes de tratamiento escalonados, ambulatorios o residenciales, con metas verificables y monitoreo judicial, siempre que las decisiones respeten el debido proceso y la autonomía de las partes (American Psychiatric Association, 2013; Fariña et al., 2022).

c) **Coordinación interinstitucional.** La exigencia de articulación entre judicatura, fiscalía, defensoría pública, salud, seguridad, educación y gobiernos locales se desprende del propio diseño de la LOIPEVM: evitar respuestas fragmentadas e instalar circuitos estables de derivación, seguimiento y retroalimentación de resultados (LOIPEVM, 2018, Arts. 13–18).

d) **Enfoques transversales.** La transversalidad de género, derechos humanos, interculturalidad, intergeneracionalidad e interseccionalidad orienta tanto la valoración del riesgo como la personalización de medidas de tratamiento y protección, y responde al

hecho de que la VIF se despliega en tramas de desigualdad y dominación históricas (LOIPEVM, 2018, Arts. 7–10).

e) Elegibilidad y voluntariedad informada. La aplicabilidad requiere criterios de admisibilidad claros, vinculación del hecho con consumo problemático, ausencia de contraindicaciones clínicas para tratamiento específico, riesgos gestionables, así como un estándar robusto de consentimiento informado para ingreso al componente terapéutico, sin afectar la potestad punitiva en los términos legales (Fariña et al., 2022).

2. Análisis del marco legal vigente: Constitución y Código Orgánico Integral Penal

El encuadre constitucional provee los pilares de intervención: i) protección reforzada para víctimas en situación de riesgo, incluidas víctimas de VIF, con trato diferenciado y medidas específicas (CRE, 2008, Art. 35); ii) tutela de la integridad en sentido amplio y del derecho a una vida sin violencia, con correlativa obligación estatal de prevenir, investigar, sancionar y reparar (CRE, 2008, Art. 66); iii) reconocimiento de derechos procesales y de seguridad para víctimas de infracciones penales, proscribiendo la revictimización y ordenando un catálogo de medidas de reparación integral (CRE, 2008, Art. 78). Tales mandatos habilitan judicialmente la adopción de prácticas terapéuticas cuando concurren con garantías y con los fines constitucionales de protección y restauración.

En el registro legal, el COIP define la VIF en términos amplios —vínculos de parentesco y afectivos más allá del estado civil, sanciona la violencia física con agravación de pena, tipifica la violencia psicológica con escalamiento por especial vulnerabilidad y regula la violencia sexual con referencia a los más altos rangos punitivos cuando median niñas, niños, adolescentes, personas con discapacidad o personas adultas mayores (COIP, 2025, Arts. 155–158). Asimismo, ordena sanciones para contravenciones y prevé tratamientos psicológicos, reparación y restitución cuando corresponda (COIP, 2025, Art. 159).

Por su parte, la LOIPEVM dispone objetivos, definiciones, principios rectores y una institucionalidad específica, instituciones como el Registro Único, Observatorio Nacional, y el Sistema Nacional Integral, tienen responsabilidad de coordinar políticas, protocolos y provisión de servicios de apoyo psicológico y patrocinio jurídico, todo ello

con enfoque de no revictimización y celeridad (LOIPEVM, 2018, Arts. 1–18). Leído en clave JT, este bloque normativo no sólo admite, sino que demanda, diseños procedimentales que reduzcan daños iatrogénicos, fortalezcan la adherencia a medidas y promuevan planes individualizados de abordaje de adicciones cuando estas inciden en la génesis o la escalada del conflicto (Wexler, 2014; Fariña et al., 2022).

3. Posibilidad de programas piloto en centros de privación de libertad

La experiencia comparada de dispositivos terapéuticos en contextos penales, como los tribunales de drogas, cortes de salud mental y programas con supervisión judicial continua sugiere que el entorno de privación de libertad puede convertirse en una plataforma para la intervención estructurada cuando se asegura continuidad de cuidados y articulación con redes comunitarias al egreso (Fulton Hora, Schma, & Rosenthal, 1999; Magistrates' Court of Victoria, 2010; King, 2007; Jones & Wexler, 2013). En el Ecuador, los programas piloto JT-VIF-A intramuros podrían focalizarse en: i) personas privadas de libertad condenadas por delitos de VIF con evidencia de TUS; ii) internos con medidas de protección dictadas en favor de víctimas extramuros; iii) procesados en etapa de ejecución de pena que acepten ingreso a rutas de tratamiento.

El diseño piloto se concibe en dos planos: a) intramuros, con módulos de evaluación clínica, psicoeducación, intervención individual y grupal centrada en prevención de recaídas, regulación emocional y manejo de impulsos, con adaptaciones para TEPT y trauma complejo; b) extramuros, mediante puentes de continuidad en libertad, programa terapéutico supervisado, que incluyan seguimiento judicial, comparencias periódicas, verificación de metas terapéuticas y sistemas de alerta temprana para eventos de riesgo. La factibilidad depende de acuerdos con el sistema nacional de salud y de la capacidad del Sistema Nacional Integral (LOIPEVM) para derivar, registrar y auditar el cumplimiento, en armonía con la normativa penal y de ejecución de penas (LOIPEVM, 2018, Arts. 13–18).

4. Rol de jueces, fiscales, defensores y equipos interdisciplinarios

a) Judicatura. Operar como nodo de legitimidad procedimental, explicando de manera comprensible las decisiones, estableciendo planes individualizados con metas claras y plazos realistas, y supervisando el cumplimiento con una combinación de apoyo y consecuencias proporcionadas. La interacción judicial, basada en escucha efectiva y trato

respetuoso, incrementa adherencia y reduce resistencias, con efectos terapéuticos en esferas motivacionales (Fariña et al., 2022; King, 2009; Murray, 2014).

b) Fiscalía. Investigar con perspectiva de género y trauma, identificar indicios como factor de riesgo y, cuando proceda, solicitar evaluaciones clínicas tempranas y medidas cautelares compatibles con rutas terapéuticas, sin relativizar la debida protección de la víctima ni la carga probatoria para el enjuiciamiento.

c) Defensa técnica. Desarrollar estrategias defensivas con orientación humana: documentar condiciones clínicas relevantes, proponer planes de tratamiento verosímiles y sustentados, y articular compromisos verificables del defendido respecto de ingreso, permanencia y cumplimiento terapéutico, resguardando derechos y evitando que la ruta terapéutica se convierta en una forma encubierta de coerción incompatible con la voluntariedad informada (Segev, 2015).

d) Equipos interdisciplinarios. Integrar psicología clínica, psiquiatría, trabajo social y, cuando corresponda, medicina de adicciones, con protocolos que mapeen factores protectores, redes familiares y comunitarias, y barreras para el cumplimiento, traduciendo esa cartografía en planes de intervención ajustados al riesgo y a la necesidad (Fariña et al., 2022; Edgley, 2015; Vols, 2014; Trevethan, 2015).

5. Modelo de intervención terapéutica propuesto (JT-VIF-A)

El modelo se estructura como un “contenedor” procesal, el expediente y sus decisiones que aloja un “contenido” clínico, en la evaluación, plan y seguimiento, con retroalimentación continua entre ambos (Wexler, 2014). Se privilegia la mínima intervención efectiva: cuanto menor la coerción necesaria para lograr objetivos clínicos y de protección, mayor la probabilidad de efectos duraderos y menor el riesgo de daños iatrogénicos en vínculos familiares. El modelo incorpora, como ejes, adherencia, legitimidad procedimental y prevención de recaídas (Fariña et al., 2022).

5.1. Etapas del proceso

a) 5.1.1. Diagnóstico clínico-jurídico

Objetivo: establecer, de forma temprana, el perfil de riesgo y necesidad. Contenidos: i) tamizaje de TUS conforme a DSM-5 y detección de TEPT u otras comorbilidades; ii) evaluación del patrón de violencia (frecuencia, escalada,

desencadenantes, presencia de niños, niñas y adolescentes); iii) mapeo de factores contextuales (desempleo, pobreza, aislamiento, estresores) y protectores (familia extensa, redes comunitarias, servicios disponibles); iv) análisis jurídico de tipicidad, agravantes, medidas de protección vigentes y estado procesal (American Psychiatric Association, 2013; Heilig et al., 2021; LOIPEVM, 2018, Arts. 7–10; COIP, 2025, Arts. 155–159). Producto: informe clínico-jurídico breve con recomendación de elegibilidad para JT-VIF-A y nivel de intensidad sugerido (ambulatorio vs. residencial).

b) 5.1.2. Evaluación de voluntad de ingreso

Objetivo: verificar la decisión autónoma y la comprensión de alcances. Contenidos: i) provisión de información clara sobre naturaleza, duración, obligaciones y consecuencias del programa; ii) chequeo de comprensión y de expectativas; iii) registro de consentimiento informado; iv) constatación de que la aceptación no elimina obligaciones procesales ni la protección de la víctima. Producto: acta de voluntad informada y, cuando corresponda, acuerdo procesal que incorpore el plan terapéutico como condición de medidas sustitutivas o como componente de la sentencia, con seguimiento judicial proporcional.

c) 5.1.3. Programa terapéutico (interno o externo)

Objetivo: intervenir sobre el TUS y las dinámicas relacionales de violencia. Contenidos: i) psicoeducación en adicciones y violencia; ii) intervención individual y familiar con enfoque de trauma, regulación emocional y habilidades de afrontamiento; iii) tratamiento específico según sustancia y gravedad (p.ej., manejo de síndrome de abstinencia, farmacoterapia indicada por psiquiatría cuando corresponda, intervención motivacional, terapia cognitivo-conductual, EMDR cuando haya TEPT); iv) componentes de parentalidad positiva si existen hijas e hijos; v) trabajo con la víctima centrado en seguridad, autonomía y reparación, evitando la imposición de “terapias de pareja” en contextos de alto riesgo sin condiciones de seguridad; vi) coordinación con servicios sociales para estabilidad habitacional y laboral. Producto: plan con metas mensuales verificables y reportes periódicos al órgano judicial.

d) 5.1.4. Seguimiento judicial y terapéutico

Objetivo: sostener adherencia y ajustar el plan a la evolución clínica. Contenidos: i) audiencias breves de revisión en intervalos regulares (p.ej., 30–60 días), con

participación de las partes y del equipo clínico; ii) reforzadores positivos por hitos cumplidos y consecuencias proporcionales ante incumplimientos, priorizando reenganche y ajuste del plan; iii) monitoreo de medidas de protección y de riesgos emergentes para la víctima; iv) verificación de no revictimización en la práctica forense (Fariña et al., 2022; Murray, 2014). Producto: resoluciones de continuidad, ajuste o cierre parcial por objetivos cumplidos.

e) **5.1.5. Informe de resultados y cierre**

Objetivo: documentar resultados clínicos, procesales y de reparación. Contenidos: i) estado del TUS (remisión, recaídas, adherencia), ii) cumplimiento de medidas de protección y de reparación integral, iii) impacto en dinámicas familiares y en riesgos; iv) recomendaciones para mantenimiento en red comunitaria (CRE, 2008, Art. 78; LOIPEVM, 2018, Arts. 9 y 13–18). Producto: informe final al juzgado/fiscalía, con indicadores y lecciones para retroalimentar el programa.

5.2. Representación en diagrama de flujo (texto)

6. Obstáculos y desafíos en la implementación

6.1. Carencia de personal técnico

El déficit de profesionales con formación específica en adicciones, trauma y VIF dificulta la instalación de equipos interdisciplinarios con capacidad de evaluación y tratamiento integrados. Este reto se afronta mediante: i) convenios con universidades para pasantías clínicas supervisadas; ii) formación modular de operadores del sistema (judicatura, fiscalía, defensa) en fundamentos JT, comunicación terapéutica y detección de TUS; iii) certificación progresiva de servicios públicos y privados que cumplan estándares de intervención.

6.2. Prejuicios institucionales

La arraigada centralidad del paradigma punitivo y la estigmatización de las personas con TUS pueden conducir a la desconfianza ante programas con componente terapéutico, ya sea por percepción de “blandura” o por temor a instrumentalización. La respuesta se asienta en legitimidad procedimental, transparencia y evaluación empírica de resultados: metas claras, reglas de ingreso y egreso visibles, protección firme de la víctima, y reportes periódicos a la comunidad judicial y académica (Productivity Commission of Australia, 2014; Casey & Rottman, 2000).

6.3. Falta de presupuesto

Sin financiamiento estable, la continuidad de equipos, la capacitación y los dispositivos de seguimiento se tornan frágiles. La LOIPEVM prevé asignación presupuestaria para sostener el sistema de prevención y atención (LOIPEVM, 2018, Art. 17). La propuesta se alinea con ese mandato: i) presupuestación plurianual atada a metas (p.ej., número de evaluaciones realizadas, tasas de adherencia, indicadores de no revictimización), ii) cofinanciamiento intersectorial (justicia-salud-gobiernos locales), iii) uso progresivo de tecnología para audiencias de seguimiento breves y tele-salud cuando sea clínicamente apropiado.

7. Diseño operativo: lineamientos prácticos

7.1. Admisibilidad y triage

Criterios iniciales: existencia de causa penal por VIF; indicios razonables de TUS que incida en el hecho; ausencia de contraindicaciones clínicas de tratamiento específico; evaluación de riesgo para la víctima con medidas de protección adecuadas ya activas; voluntad informada de la persona justiciable. Triage por niveles: Nivel I (ambulatorio de baja intensidad), Nivel II (ambulatorio intensivo con controles frecuentes), Nivel III (residencial/semirresidencial con egreso planificado), con escalado dinámico según evolución.

7.2. Protección de la víctima y enfoque de no revictimización

Toda decisión se condiciona a la vigencia, monitoreo y ajuste de medidas de protección: órdenes de alejamiento, botones de pánico, redes de apoyo activadas, asistencia psicológica y patrocinio jurídico gratuito (CRE, 2008, Art. 78; LOIPEVM, 2018, Arts. 8–10). Se proscribe cualquier diligencia que exponga a la víctima a circuitos de revictimización; los juzgadores deben exigir protocolos de entrevista y prueba respetuosos, con lenguaje comprensible y tiempos razonables.

7.3. Plan terapéutico y metas verificables

Cada plan debe contener: i) objetivos clínicos (reducción de consumo, prevención de recaídas, manejo de impulsos, regulación emocional); ii) objetivos relacionales (cese de conductas violentas, habilidades de comunicación no violenta, parentalidad positiva cuando proceda); iii) indicadores de proceso (asistencias, tareas cumplidas, test

toxicológicos cuando sean pertinentes y proporcionados) y de resultado (remisión del TUS, ausencia de incidentes de VIF, cumplimiento de reparación). Los hitos gatillan refuerzos (v.gr., disminución de frecuencia de audiencias) o consecuencias proporcionales (v.gr., intensificación del tratamiento, revisión de medidas).

7.4. Coordinación con red comunitaria

El Sistema Nacional Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres puede fungir como bisagra para asegurar derivaciones y retornos, evitando quiebres en la continuidad de cuidados; los gobiernos locales, a su vez, facilitan acceso a programas de empleo, vivienda y apoyo comunitario (LOIPEVM, 2018, Arts. 13–18).

7.5. Documentación y lenguaje judicial con orientación terapéutica

Las resoluciones deben: i) explicitar vínculos entre hechos, decisión y plan; ii) emplear lenguaje comprensible; iii) señalar caminos de cumplimiento realistas; iv) registrar salvaguardas para la víctima. La forma importa: el modo en que se comunica la decisión influye en percepción de justicia y adherencia (Murray, 2014; Fariña et al., 2022).

8. Métricas de evaluación y mejora continua

La evaluación empírica es condición de permanencia y expansión responsable. Indicadores sugeridos: i) clínicos (adherencia, remisión, recaídas); ii) de seguridad (incidencia y severidad de nuevos episodios de VIF durante y después del programa); iii) procesales (tiempos de respuesta, audiencias celebradas, cumplimiento de medidas de protección); iv) de satisfacción de usuarios —víctimas y personas en tratamiento— con énfasis en legitimidad procedimental; v) de reparación (medidas materiales y simbólicas ejecutadas). La información alimenta el Registro y el Observatorio para orientar política pública y ajustes de diseño (LOIPEVM, 2018, Art. 16). Red académica y foros especializados proveen plataformas para intercambio y aprendizaje (International Network on Therapeutic Jurisprudence, 2015; Wexler, 2015).

9. Consideraciones clínicas: adicción como fenómeno biopsicosocial y trauma

El modelo asume que el TUS rara vez es un fenómeno aislado: los sucesos adversos en la infancia, el TEPT y los estresores sociales se entrelazan con el consumo,

y el circuito violencia-adicción puede operar bidireccionalmente. Por ello, la intervención integra: i) terapia centrada en trauma, ii) entrenamiento en habilidades (mindfulness, regulación emocional, prevención de recaídas), iii) abordaje familiar y comunitario, y iv) derivación a recursos sociales para estabilización de condiciones de vida que inciden en el riesgo (Heilig et al., 2021; Zarse et al., 2019; Simpson et al., 2022; Creswell, 2017).

10. Ética, género e interculturalidad

El enfoque de género exige visibilizar asimetrías de poder y evitar soluciones que depositen en la víctima la carga del cambio; el plan terapéutico no es un canje de protección por paciencia. La interculturalidad demanda adaptar herramientas a contextos y prácticas locales, sin relativizar estándares de derechos. La intergeneracionalidad orienta protocolos específicos cuando hay niñas, niños y adolescentes involucrados (LOIPEVM, 2018, Arts. 7–12).

11. Hoja de ruta para implementación gradual

Fase 1 — Preparación (6–9 meses). Conformación de mesa interinstitucional; selección de dos sedes piloto (una urbana y una con fuerte componente comunitario); elaboración de protocolos y formatos; capacitación inicial de operadores en JT y VIF-adicciones; establecimiento de convenios con servicios de salud mental y adicciones.

Fase 2 — Piloto controlado (12 meses). Puesta en marcha con cupo limitado; aplicación de criterios de elegibilidad; funcionamiento de audiencias breves; reportes mensuales de métricas; ajustes trimestrales del protocolo. Inclusión de un módulo intramuros en un CPL con puerta de salida a seguimiento comunitario.

Fase 3 — Evaluación y escalamiento (12–24 meses). Análisis de resultados clínicos y de seguridad; comparación con cohortes control; consolidación de estándares; ampliación de cupos y replicación en nuevas sedes; institucionalización en el marco del Sistema Nacional Integral (LOIPEVM, 2018, Arts. 13–18).

12. Síntesis conclusiva

La justicia terapéutica aplicada a la violencia intrafamiliar vinculada a adicciones no desplaza la exigencia de investigar, procesar y sancionar conforme a la ley; la reorienta para que las decisiones produzcan efectos clínicamente valiosos y socialmente

sostenibles. El bloque normativo ecuatoriano, leído con gramática TLD/TAL, otorga espacio suficiente para intervenir sobre determinantes de la violencia sin abdicar de la tutela efectiva de las víctimas (CRE, 2008, Arts. 35, 66 y 78; COIP, 2025, Arts. 155–159; LOIPEVM, 2018, Arts. 1–18).

La propuesta JT-VIF-A ordena procedimientos, roles, métricas y salvaguardas en un ciclo de diagnóstico, consentimiento, tratamiento, seguimiento e informe, con coherencia clínica y procesal. Su viabilidad depende de formación de operadores, equipos clínicos competentes, coordinación intersectorial y presupuesto estable; su legitimidad, de prácticas de no revictimización, lenguaje judicial claro y evaluación empírica continua (King et al., 2009; Wexler, 2014; Fariña et al., 2022).

En ese horizonte, el sistema de justicia se constituye no como terapeuta sino como garante de condiciones institucionales y procedimentales para que el tratamiento ocurra, la seguridad se preserve y los conflictos no se reproduzcan en espirales de daño, sino que encuentren rutas de restitución y de bienestar para las personas involucradas y para el tejido social en su conjunto.

13. Obstáculos y desafíos en la implementación

En el despliegue práctico de un programa JT-VIF-A, tres nudos críticos tienden a condicionar, cuando no a frenar, la efectividad de los dispositivos propuestos: la carencia persistente de personal técnico con formación especializada; los prejuicios institucionales que, a modo de sedimentos culturales, reafirman inercias punitivistas y estigmas frente a las personas con trastorno por uso de sustancias (TUS); y la fragilidad presupuestaria que impide consolidar equipos, sostener procesos y evaluar resultados con criterios empíricos. A continuación, se examina cada obstáculo con detalle, especificando sus manifestaciones, efectos colaterales sobre la protección de las víctimas y la adherencia terapéutica, así como rutas de mitigación compatibles con los marcos constitucionales y legales consultados (CRE, 2008; LOIPEVM, 2018; COIP, 2025), y con la gramática metodológica de la justicia terapéutica (TLD/TAL) que orienta el rediseño procedimental (King et al., 2009; Wexler & Winick, 1996a; Wexler, 2014; Fariña et al., 2022).

13.1. Carencia de personal técnico.

La primera limitación adopta un rostro múltiple: escasez de psicólogos clínicos y psiquiatras con experiencia en adicciones y trauma; déficit de trabajadores sociales

capaces de articular redes comunitarias y dispositivos de apoyo para la autonomía de la víctima; y ausencia de perfiles híbridos, puentes entre lo jurídico y lo clínico que traduzcan el diagnóstico en un plan de intervención procesalmente viable, medible y revisable en audiencias breves. Este vacío impacta en tres planos. En el diagnóstico temprano, dificulta distinguir entre consumo problemático y TUS, identificar comorbilidades (p. ej., TEPT) y valorar con finura factores de riesgo y de protección. En el tratamiento, reduce la oferta de modalidades escalonadas, ambulatorias e internas y la capacidad de ajustar intensidad según evolución. En el seguimiento judicial, entorpece la confección de reportes claros y consistentes que nutran decisiones motivadas, aumenten la percepción de legitimidad procedimental y fortalezcan la adherencia (Fariña et al., 2022).

La carencia de personal técnico no sólo recorta prestaciones clínicas; erosiona, además, la lógica de no revictimización: si no hay equipos que acompañen a la víctima con apoyo psicológico oportuno, patrocinio jurídico coordinado y medidas de resguardo activas, el proceso recae sobre sus hombros y se reinstalan dinámicas de exposición, silencios forzados o desistimientos por fatiga institucional (CRE, 2008, Art. 78; LOIPEVM, 2018, Arts. 8–10). En paralelo, la persona imputada con TUS, privada de un itinerario terapéutico creíble, queda encerrada en un binomio sanción/incumplimiento que, lejos de modificar patrones, los consolida.

Un programa JT-VIF-A, para no naufragar en el primer puerto, debe concebir un plan de desarrollo de capacidades en capas. En el nivel formativo, una currícula modular mínima, dirigida a judicatura, fiscalía, defensa y equipos clínicos, debiera cubrir detección de TUS y TEPT, entrevista motivacional, diseño de metas verificables, comunicación judicial en lenguaje claro y principios de adherencia, legitimidad y prevención de recaídas (Fariña et al., 2022; Murray, 2014).

El contenido, más que exhaustivo, ha de ser operacional: instrumentos de tamizaje, formatos de plan, guías de audiencia breve, checklists de medidas de protección, y criterios de indicación y contraindicaciones para intervenciones familiares en contextos de riesgo. En el nivel organizacional, conviene instalar “unidades de enlace JT” de composición mínima, con psicología clínica y trabajo social al interior o en el perímetro de los órganos jurisdiccionales piloto, con protocolos de derivación al sistema de salud mental y adicciones. Ello permite que la puerta de entrada (diagnóstico clínico-jurídico)

funcione, que la “decisión de elegibilidad” se sustente en evidencia y que la “voluntad informada” se construya con información comprensible y realista.

Otro eje consiste en acuerdos de cooperación con universidades y hospitales docentes, que aporten pasantías supervisadas y consultorías clínicas, y, a la vez, reciban casos para prácticas avanzadas. Esta solución, aunque parcial, activa un círculo virtuoso: amplía la base de profesionales, favorece la transferencia de conocimientos y ancla la práctica en estándares verificables. En paralelo, la certificación progresiva de prestadores (públicos y privados) con estándares JT-VIF-A, incluidos criterios de personal, protocolos de seguridad, registro de indicadores y resguardo de datos, construye un “mapa de servicios” confiable para los jueces que ordenan planes y para las víctimas que requieren apoyos seguros (LOIPEVM, 2018, Arts. 13–18).

Un tercer componente se relaciona con la gobernanza del conocimiento. Sin una arena estable para el intercambio de casos, la reflexión crítica y la actualización, la curva de aprendizaje se aplana. La mesa interinstitucional, justicia, salud, gobiernos locales, academia y organizaciones comunitarias deben reunirse con periodicidad definida, recoger lecciones del seguimiento, comparar resultados entre sedes y proponer ajustes normativos o administrativos cuando los cuellos de botella se repiten (International Network on Therapeutic Jurisprudence, 2015; Wexler, 2015). La ausencia de personal técnico no se resuelve con un curso; exige un dispositivo de formación continua, supervisión y evaluación que haga del aprendizaje una práctica institucional.

13.2. Prejuicios institucionales.

El segundo obstáculo no se mide en planillas, sino en climas. El paradigma punitivo, cuando se torna identitario, rechaza todo lo que suene a tratamiento como si fuera sinónimo de indulgencia. A la vez, la figura del “adicto” cargada de estigmas, opera como atajo interpretativo: la persona imputada es percibida como poco confiable, manipuladora o irrecuperable; la víctima, sometida a interrogación moral por no haber “abandonado” a tiempo, queda encapsulada en estereotipos de fragilidad o corresponsabilidad. Estos sesgos afectan decisiones aparentemente neutras: puertas cerradas a medidas alternativas cuando serían útiles, órdenes clínicas formuladas como castigos más que como planes de cambio, audiencia convertida en reprensión pública o rito opaco cuya lógica los intervinientes no comprenden. El resultado, previsible, es baja

adherencia, aumento de incumplimientos y, lo más grave, debilitamiento de la seguridad de la víctima por diseños que no escuchan su voz ni calibran su riesgo.

Desmontar prejuicios no se logra con una consigna; requiere arquitectura procedimental. La justicia terapéutica no propone “ser benévolo”, sino introducir técnicas que mejoren los resultados sin amputar garantías. Cuando el juzgador explica en lenguaje sencillo por qué adopta una medida, cómo se vincula con los hechos y cuáles son los pasos para avanzar, la percepción de neutralidad y de trato respetuoso aumenta; la investigación empírica ha mostrado que esa percepción incide en la disposición a cumplir incluso decisiones desfavorables, porque ajusta el lente con el que se mira a la autoridad (Fariña et al., 2022). La formación de operadores en comunicación de decisiones, sentencias y resoluciones legibles, audiencias breves con estructura predecible, cierres que explicitan rutas no es un añadido cosmético, sino un antídoto contra la lógica del estigma: sustituye la etiqueta por el itinerario.

Un segundo palenque de sesgos se ubica en la comprensión de las adicciones. Si el TUS se reduce a “falta de carácter”, el plan clínico se transforma en sermón moral y los instrumentos de evaluación en formalidades. Un programa JT-VIF-A debe procurar una alfabetización mínima en el modelo biopsicosocial: el consumo problemático y el TUS poseen dinámicas neuroconductuales y contextuales; la recaída no implica fracaso definitivo; y las metas realistas se fijan por escalones, con refuerzos por logro y consecuencias proporcionadas por desvíos (American Psychiatric Association, 2013). Esta alfabetización cambia la conversación: del “todo o nada” al “paso medible”, de la descalificación a la evidencia, del castigo uniforme al ajuste de intensidad.

La perspectiva de género y de no revictimización es otro terreno donde los prejuicios toman cuerpo. Persisten prácticas que, bajo el rótulo de “reconciliación”, empujan a las partes a terapias de pareja en contextos de alto riesgo, trasladando a la víctima la carga de la “salvación” del vínculo. Un diseño JT-VIF-A responsable delimita con nitidez: el trabajo relacional no procede cuando no existen condiciones objetivas de seguridad; los itinerarios para personas agresoras y para víctimas son distintos, con ritmos y salvaguardas específicas; cualquier encuentro se supedita a evaluaciones autónomas, información completa y control de riesgo constante (LOIPEVM, 2018, Arts. 8–12). Explicar esas fronteras, también al público interno, disipa el prejuicio de que “terapéutico” equivale a “terapia de pareja”.

En el plano institucional, la gestión de incentivos evita que los sesgos se reinstalen por atajo burocrático. Si el desempeño de oficinas o juzgados se mide sólo por “casos cerrados” o “tasas de condena”, los operadores internalizan señales que castigan el tiempo invertido en audiencias breves, coordinación intersectorial o seguimiento. En cambio, cuando la evaluación incorpora indicadores de seguridad (incidencia de nuevos eventos de VIF durante el programa), de adherencia (asistencias, metas alcanzadas), de satisfacción de usuarios (percepción de legitimidad, trato respetuoso) y de reparación (medidas materiales y simbólicas implementadas), la organización premia comportamientos alineados con el enfoque JT (Casey & Rottman, 2000; Productivity Commission of Australia, 2014). El prejuicio, así, pierde combustible porque la regla del juego cambia.

Finalmente, conviene reconocer que los sesgos no sólo habitan en el sistema de justicia; también atraviesan servicios de salud y redes comunitarias. De poco sirve una orden ajustada si el prestador maltrata, humilla o expone a las personas usuarias. La certificación de prestadores con enfoque de derechos, protocolos de trato digno y resguardos de confidencialidad, junto con mecanismos de queja accesibles y auditorías aleatorias, reparte la responsabilidad y crea una cultura de cuidado que no depende del talante del profesional de turno (LOIPEVM, 2018, Arts. 13–18).

13.3. Falta de presupuesto

La tercera limitación, prosaica pero decisiva, se traduce en fragilidad: equipos incompletos, rotación constante, interrupción de tratamientos, imposibilidad de medir resultados y, por tanto, dificultad para justificar la continuidad. El círculo vicioso es conocido: sin evidencia, el financiamiento es marginal; con financiamiento marginal, la evidencia es escasa o de baja calidad. El marco legal consulta una salida: la LOIPEVM prevé un soporte presupuestario estable para el sistema de prevención y atención (LOIPEVM, 2018, Art. 17). Un programa JT-VIF-A debe anclarse ahí, evitando la trampa del “proyecto piloto” eterno, y proponer un esquema de presupuestación por metas e hitos, con reglas sencillas y verificables.

Una primera decisión consiste en identificar centros de costo y líneas de acción. Los rubros clave no son infinitos: conformación y operación de unidades de enlace JT; capacitación continua de operadores; compra o desarrollo de instrumentos (formatos, guías, sistemas básicos de registro); contratación o convenio con prestadores de

tratamientos ambulatorios e internos; logística mínima para audiencias de seguimiento breves y, cuando tenga sentido clínico, tele-salud supervisada; y un componente indispensable de evaluación (diseño de indicadores, levantamiento y análisis). Cada rubro debe asociarse a indicadores de proceso y de resultado: número de diagnósticos clínico-jurídicos efectuados; porcentajes de elegibilidad; tasas de adherencia por nivel de tratamiento; tiempos de respuesta; incidencia de nuevos eventos de VIF durante el programa; medidas de reparación implementadas; satisfacción de usuarios.

Con esa matriz, la propuesta financiera pasa de genérica a condicional: se justifica por qué cada dólar se traduce en un hito observable y cómo la interrupción del flujo afecta directamente la seguridad y el bienestar. En paralelo, conviene adoptar una lógica de cofinanciamiento intersectorial. La JT-VIF-A no es un gasto exclusivo de justicia: salud cubre prestaciones clínicas; gobiernos locales aportan dispositivos comunitarios (empleo, vivienda, apoyos), y la coordinación se fija por convenios con metas cruzadas. Este arreglo no elimina tensiones, pero impide que el programa quede a la intemperie cuando un sector atraviese recortes.

La tecnología, usada con prudencia clínica, también es un vector de eficiencia. No sustituye el encuentro profesional, pero reduce costos transaccionales: audiencias de seguimiento por videoconferencia cuando las condiciones lo permiten; recordatorios automatizados; formularios estandarizados con campos obligatorios para minimizar omisiones; tableros simples para monitorear indicadores. La clave no está en sofisticar, sino en estandarizar: formatos homogéneos, mínimos de calidad y reglas claras de registro dan oxígeno a equipos pequeños y permiten comparabilidad entre sedes.

Otra palanca presupuestaria descansa en la evaluación. Sin datos, no hay relato. Un diseño de evaluación prudente, combinando indicadores de seguimiento con cortes periódicos de resultados y, cuando sea factible, comparaciones con cohortes similares fuera del programa, crea la evidencia que alimenta decisiones financieras. El objetivo no es construir un laboratorio, sino responder preguntas básicas: ¿quiénes ingresan? ¿qué reciben? ¿qué cambia durante y después? ¿qué incidentes de VIF se registran? ¿qué perciben víctimas y personas en tratamiento sobre el proceso? La respuesta, si se documenta con regularidad y se comunica con transparencia, tiende puentes con tomadores de decisiones y con la comunidad jurídica y clínica, reduciendo la dependencia del entusiasmo inicial.

Finalmente, la sostenibilidad presupuestaria se relaciona con el tamaño y el ritmo de la implementación. El impulso de “hacer de todo desde el inicio” se estrella contra la escasez. Una estrategia de expansión por “olas”, dos sedes piloto, evaluación y ajuste; ampliación a nuevas sedes con manuales ya probados; institucionalización gradual de la unidad de enlace distribuye costos, reduce riesgos y crea capital político y técnico. El programa crece no por decreto, sino por credibilidad.

14. Comparación con experiencias internacionales

14.1. Drug Courts.

Las *Drug Courts* se establecieron en 1989 en Florida como respuesta al encarcelamiento masivo de infractores por drogas durante la “guerra contra las drogas”. La primera corte en Miami buscó ofrecer una vía alternativa para acusados no violentos con adicciones, reduciendo la saturación carcelaria y permitiendo que la justicia se enfocara en delitos más graves (Innamoratto *et al.*, 2020). En las décadas siguientes el modelo se expandió rápidamente: para 2018, Estados Unidos contaba con tribunales de drogas en los 50 estados (Programa Drogas, Seguridad y Democracia, 2018).

En una *Drug Court*, el acusado accede a un tratamiento supervisado en vez de un juicio convencional. Debe declararse culpable y someterse a rehabilitación bajo la vigilancia de un juez y un equipo multidisciplinario (Franco, 2010; Csete, 2020). El programa dura 12 a 24 meses, con incentivos por avances (elogios, menor frecuencia de controles) y sanciones por incumplimientos (amonestaciones, detenciones breves) (Franco, 2010). Si completa el programa con éxito, puede evitar la cárcel (se retiran los cargos o se reduce la pena); si fracasa, se reactiva el proceso penal y enfrenta la sentencia original que quedó en suspenso (Franco, 2010).

Efectividad y críticas. Las evaluaciones indican que las *Drug Courts* pueden reducir modestamente la reincidencia delictiva en comparación con la justicia tradicional (Latimer *et al.*, 2006; Mitchell *et al.*, 2012). Sin embargo, los estudios muestran que estos programas *no disminuyen significativamente el consumo de drogas* a largo plazo; muchos participantes mantienen patrones de adicción similares a los de infractores sin tratamiento judicial (Mitchell *et al.*, 2012). En cuanto a costos, se han observado ahorros en algunas jurisdicciones (Aos *et al.*, 2001), aunque la evidencia sobre la coste-efectividad general es mixta (Programa Drogas, Seguridad y Democracia, 2018).

Diversos expertos señalan también limitaciones en el modelo. Una crítica central es que las Drug Courts *no son verdaderas alternativas al encarcelamiento*: los participantes siguen bajo amenaza de prisión y, si fracasan, terminan encarcelados (a veces con penas más largas que en un proceso común) (Programa Drogas, Seguridad y Democracia, 2018). Esto genera un efecto de “red ampliada” (*net-widening*), extendiendo el control penal a casos menores que antes quizás ni se procesarían (Programa Drogas, Seguridad y Democracia, 2018). Otros cuestionamientos incluyen la renuncia a garantías procesales (el imputado debe declararse culpable y renunciar al juicio para acceder al programa, lo cual se tacha de coercitivo) y la intromisión de criterios penales en decisiones de salud (p. ej., jueces que imponen abstinencia total o prohíben ciertos tratamientos médicos), lo que puede vulnerar derechos de los participantes (PHR, 2017).

14.2. Tribunales de Tratamiento de Drogas (Chile, México).

En la última década, al menos ocho países de América Latina han implementado Tribunales de Tratamiento de Drogas (TTD) inspirados en el modelo de EE.UU., con el apoyo de la OEA/CICAD. Chile fue pionero (pilotos desde 2004), seguido por México (2009) y luego Costa Rica, Panamá, Colombia, República Dominicana, Argentina, entre otros (Innamoratto *et al.*, 2020; Programa Drogas, Seguridad y Democracia, 2018). Cada país ha ajustado el esquema a su marco legal, integrando los TTD en juzgados existentes y utilizando la suspensión condicional del proceso para derivar a tratamiento a los infractores.

Las experiencias iniciales en la región muestran desafíos importantes. Por un lado, las tasas de finalización de los programas tienden a ser bajas, y muchos TTD aplican sanciones punitivas similares al modelo estadounidense (como breves detenciones por incumplimientos) (Programa Drogas, Seguridad y Democracia, 2018). Por otro lado, existe una limitación de recursos terapéuticos: la mayoría de países carece de suficientes servicios públicos de rehabilitación de adicciones para atender a todos los participantes derivados por los tribunales, lo que merma la efectividad del modelo (Programa Drogas, Seguridad y Democracia, 2018).

A pesar de estas dificultades, la introducción de los TTD refleja un cambio de paradigma hacia una justicia penal más humanizada y centrada en la rehabilitación. No obstante, se necesita recopilar evaluaciones rigurosas en la región para determinar el

impacto real de estos programas en la reducción de la reincidencia y del consumo, y así poder optimizar su implementación en contextos locales.

14.3. Adaptabilidad al contexto ecuatoriano.

La experiencia comparada sobre tribunales de drogas revela un diseño híbrido, mitad tratamiento, mitad control judicial, que, si bien nació en la Florida de 1989 como atajo frente a la saturación penitenciaria derivada de la “guerra contra las drogas”, terminó consolidando un protocolo de intervención con rasgos relativamente estables: ingreso condicionado a la admisión de responsabilidad, supervisión judicial intensiva, incentivos y sanciones graduadas, y promesa de beneficios penales al egreso (Innamoratto et al., 2020; Franco, 2010; Csete, 2020).

Las meta-evaluaciones apuntan a reducciones modestas de la reincidencia frente a la justicia tradicional, sin efectos robustos y sostenidos sobre el consumo, y con balances económicos dispares según jurisdicciones (Latimer et al., 2006; Mitchell et al., 2012; Aos et al., 2001; Programa Drogas, Seguridad y Democracia, 2018). Las objeciones más severas —efecto de “red ampliada”, amenaza constante de prisión, renunciaciones procesales cuestionables y medicalización por vía penal— han acompañado al modelo desde temprano (PHR, 2017; Programa Drogas, Seguridad y Democracia, 2018).

En América Latina, los Tribunales de Tratamiento de Drogas replicaron esa gramática con adaptaciones normativas, utilizando en general mecanismos de derivación desde juzgados existentes y figuras de suspensión del proceso, aunque enfrentando tasas de egreso modestas y una oferta terapéutica insuficiente para la demanda judicializada (Innamoratto et al., 2020; Programa Drogas, Seguridad y Democracia, 2018). Allí donde se importaron también las sanciones punitivas por incumplimientos leves, se reprodujeron las tensiones originales entre objetivos de salud y lógicas de castigo (Programa Drogas, Seguridad y Democracia, 2018).

Bajo ese telón de fondo, el marco ecuatoriano perfila condiciones de posibilidad y líneas rojas nítidas. En el plano constitucional, la priorización de grupos en situación de vulnerabilidad y el deber estatal de respuestas integrales, con focos específicos en integridad personal, vida sin violencia y tratamiento digno de víctimas erigen un estándar que impide soluciones meramente retributivas o que produzcan revictimización (CRE, 2008, Arts. 35, 66 y 78).

En sede legal, el catálogo de la violencia intrafamiliar en el COIP, con tipificaciones y agravantes que leen el daño en clave relacional y de confianza, fija un horizonte de protección que no puede ser debilitado por dispositivos procesales de conveniencia (COIP, 2025, Arts. 155–159). La LIOPEVM, por su parte, despliega un andamiaje de prevención, atención y reparación con enfoque de género, interseccionalidad y coordinación interinstitucional, así como herramientas de información y observación que permiten orientar políticas basadas en evidencia (LOIPEVM, 2018, Arts. 1–18).

De esta conjunción se desprende que un esquema tipo TTD adaptable al contexto ecuatoriano debería operar como dispositivo de salud con tutela judicial mínima y estrictamente finalista, evitando ampliaciones del control penal sobre faltas leves y proscribiendo el ingreso por vías que supongan renunciadas a garantías del debido proceso (PHR, 2017; Programa Drogas, Seguridad y Democracia, 2018). Ello supone, en lo procedimental, criterios de elegibilidad acotados a personas con problemas de consumo vinculados al hecho, evaluación clínica independiente y consentimientos expresos y revocables; en lo sustantivo, planes terapéuticos individualizados con metas realistas, adherencia y reducción de riesgos, no solo abstinencia y una graduación de respuestas ante recaídas que no reintroduzca automatismos punitivos (Csete, 2020).

La articulación con la LIOPEVM exige, además, resguardar los derechos de las víctimas en VIF: no revictimización en la obtención y valoración probatoria, medidas de protección eficaces y reparación integral, con participación informada en eventuales derivaciones y monitoreos; el juez de seguimiento debe ser garante de esa arquitectura y no su sustituto (CRE, 2008, Art. 78; LIOPEVM, 2018, Arts. 8, 13–16).

Finalmente, cualquier implementación responsable demanda un mapeo riguroso de la oferta terapéutica, convenios con la red pública y comunitaria, indicadores de resultado centrados en seguridad, salud y desistimiento delictivo, y evaluaciones externas que permitan corregir diseño y evitar tanto el “net-widening” como la sustitución de políticas de salud por mandatos penales (Latimer et al., 2006; Mitchell et al., 2012; Programa Drogas, Seguridad y Democracia, 2018). En suma, la adaptabilidad no es una simple trasplante institucional, sino un ajuste fino que dialoga con el bloque constitucional y legal vigente, preservando estándares de derechos y eficacia empírica.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Finalizando este estudio conceptual, normativo y empírico desarrollado, es posible sostener con la prudencia que impone el análisis de fenómenos complejos que la violencia intrafamiliar vinculada a adicciones no constituye una suma de episodios aislados sino un entramado relacional donde se cruzan vulnerabilidades estructurales, trayectorias biográficas y déficits de respuesta institucional; por ello, los hallazgos de este trabajo justifican un viraje de la lógica meramente retributiva hacia diseños jurisdiccionales y administrativos capaces de reducir daños, fortalecer capacidades y asegurar continuidad de cuidados, sin mengua de la legalidad ni de las garantías del debido proceso, en consonancia con la noción y genealogía de la justicia terapéutica aquí asumida.

Desde el plano constitucional y legal, se advierte que el ordenamiento ecuatoriano no solo admite, sino que habilita la inserción de dispositivos terapéuticos: la protección reforzada de grupos en riesgo, el derecho a una vida libre de violencia y el catálogo de reparación integral trazan un horizonte de actuación que articula prevención, sanción y restauración, mientras que el COIP reconoce la amplitud del vínculo familiar y agrava o tipifica expresiones de la VIF, generando incentivos normativos para planes individualizados de tratamiento cuando el consumo incide en el centro del conflicto. Tales pilares leídos en clave terapéutica justifican que los circuitos de decisión incorporen evaluación clínica, adherencia supervisada y derivaciones oportunas como condiciones de eficacia material de la tutela.

En igual dirección, la LOIPEVM, con su Sistema Nacional Integral, el Registro Único y el Observatorio, confirma que la política pública demandada por la VIF exige coordinación interinstitucional, información trazable y financiamiento estable; esto legitima y prácticamente ordena que las decisiones judiciales en contextos de consumo problemático operen en diálogo con salud, protección social y redes comunitarias, asegurando que el expediente no se cierre sin un puente efectivo hacia servicios postpenitenciarios.

De lo anterior se desprende la respuesta a la pregunta de investigación: la implementación de programas especiales de justicia terapéutica dentro de cárceles para personas con trastorno por uso de sustancias sentenciadas por VIF contribuye a la

rehabilitación en la medida en que: i) instala procedimientos de adherencia que traducen la sentencia en un plan realista y comprensible, elevando el compromiso y la percepción de legitimidad; ii) incorpora evaluación y seguimiento basados en evidencia para anticipar y prevenir recaídas, con metas verificables y apoyos concretos; y iii) reemplaza interacciones autoritarias por prácticas de escucha, explicación de opciones y participación informada, reduciendo resistencias y potenciando cambios conductuales sostenibles. Todo ello se ajusta a los principios de adherencia, legitimidad procedimental y prevención de recaídas que vertebran el enfoque adoptado.

En términos operativos, la experiencia comparada de dispositivos especializados (tribunales de drogas, cortes de salud mental, tratamientos con supervisión judicial continua) evidencia que, cuando el encierro se convierte en plataforma de intervención estructurada y existe continuidad de cuidados al egreso, los resultados clínicos y de convivencia mejoran; en el marco local, tales programas anclados en criterios de elegibilidad y consentimiento informado, hallan base normativa suficiente y encuentran en los enfoques transversales de la LOIPEVM la guía para su personalización y pertinencia cultural.

En suma, este trabajo concluye que la justicia terapéutica, aplicada con rigor garantista y soporte institucional, no “suaviza” la respuesta penal: la recalibra hacia la eficacia preventiva y restaurativa, atendiendo la adicción concebida aquí como trastorno por uso de sustancias, como variable criminógena que requiere tratamiento integrado, evaluación continua y redes de apoyo, para interrumpir el ciclo de daño en el hogar y reducir la reincidencia más allá del encierro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aldarondo, E.; Kaufman, G. y Jasinski, L. (2002). «A Risk Marker Analysis of Wife Assault in Latino Families». *Violence Against Women*, 8 (4), 429-454. <https://doi.org/10.1177/107780120200800403>

Allen, J., & Holder, M. D. (2013). Marijuana use and well-being in university students. *Journal of Happiness Studies*, 20(5), 1–21. <https://doi.org/10.1007/s10902-013-9423-1>

Álvarez, J., & Del Río, M. C. (1994). Drogas, drogodependencias y seguridad vial. *Revista Española de Drogodependencias*, 19(4), 281–285.

American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Substance use disorder*. American Psychiatric Association. https://www.psychiatry.org/file%20library/psychiatrists/practice/dsm/apa_dsm-5-substance-use-disorder.pdf

Andreski, P., Chilcoat, H. y Breslau, N. (1998). Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study [Trastorno de estrés postraumático y síntomas de somatización: un estudio prospectivo]. *Psychiatry Research*, 79(2), 131–138. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(98\)00026-2](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(98)00026-2)

Aos, S., Phipps, P., Barnoski, R., & Lieb, R. (2001). *The comparative costs and benefits of programs to reduce crime*. Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy. https://www.wsipp.wa.gov/ReportFile/756/Wsipp_The-Comparative-Costs-and-Benefits-of-Programs-to-Reduce-Crime-v-4-0_Full-Report.pdf

Arendt, H. (1973). *Los orígenes del totalitarismo*. Taurus.

Arendt, H. (2006). *Sobre la violencia*. Santillana.

Arteaga, A., Fernández-Montalvo, J., & López-Goñi, J. J. (2012). Diferencias en variables de personalidad en sujetos adictos a drogas con y sin conductas violentas contra la pareja. *Acción Psicológica*, 9(1), 19–32. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.9.1.699>

Barrett, B.J.; Habibov, N. y Chernyak, E. (2012). «Factors Affecting Prevalence and Extent of Intimate Partner Violence in Ukraine: Evidence From a Nationally Representative Survey». *Violence Against Women*, 18 (10), 1147-1176. <https://doi.org/10.1177/1077801212464387>

Basile, K.C.; Hall, J.E. y Walters, M.L. (2013). «Expanding Resource Theory and Feminist-Informed Theory to Explain Intimate Partner Violence Perpetration by Court-Ordered Men». *Violence Against Women*, 19 (7), 848-880. <https://doi.org/10.1177/1077801213497105>

Basset, Ú. (2021). La violencia económica contra la mujer en la ruptura: las hipótesis menos pensadas. *Anales de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales*. https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/128860/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1

Benavides, M., & León, J. (2013). *Una mirada a la violencia física contra los niños y niñas en los hogares peruanos: y transmisión de la violencia de madres a hijos e hijas*. Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE). Recuperado de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Peru/grade/20140529044119/ddt71.pdf>

Berkowitz, L. (1989). «Frustration-aggression hypothesis: Examination and reformulation». *Psychological Bulletin*, 106, 59-73. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.106.1.59>

Bobino, L. (1999). Las microviolencias y sus efectos. *Revista Argentina de clinica Psicológica VII*, 221-233

Boon, B. y Farnsworth, J. (2011). «Social Exclusion and Poverty: Translating Social Capital into Accessible Resources». *Social Policy and Administration*, 45 (5), 507-524. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2011.00792.x>

Callá, R.M. (2008). «Gestione violenta dei conflitti nella coppia: Risultati di un'integrazione teórica». En: Corradi, C. (ed.). *I modelli sociali della violenza contro le donne*. Milán: Franco Angeli.

Campbell, J.C.; Alhusen, J.; Draughon, J.; Kub, J. y Walton-Moss, B. (2011). «Vulnerability and protective factors for intimate partner violence». En: White, J.W.; Koss, M.P. y Kazdin, A.E. (eds.). *Violence against women and children: Mapping the terrain*. Vol. 1. Washington: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12307-011>

Canseco, E., Rivera, M., y Alvarez, C. (2019). Prevención de las formas de violencia intrafamiliar, causas y consecuencias en los habitantes del sector Miramar de Manta, Ecuador. *Revista Científica y Arbitrada de Ciencias Sociales y Trabajo Social: Tejedora*, 2-11. <https://publicacionescd.uleam.edu.ec/index.php/tejedora/article/view/29>

Carreño Araneda, P., Castillo Figueroa, M., & Cruz Muñoz, C. (2004). *Violencia psicológica a los niños en la familia* [Tesis de pregrado, Universidad de Chile]. Repositorio Académico Universidad de Chile. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/107529>

Casey, P., & Rottman, D. B. (2000). Therapeutic jurisprudence in the courts. *Behavioral Sciences & the Law*, 18(4), 445–457.

Céspedes, I. S. A. (2015). *Obstáculos en el acceso a la justicia de víctimas de violencia psicológica en el procedimiento de violencia familiar nacional: ¿Decisiones justas con enfoque de derechos humanos y de género?: Análisis de casos con resolución de la Segunda Sala de Familia de Lima entre setiembre-diciembre 2011* [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú].

Cevallos Cárdenas, K. J., Viteri Rojas, A. M., Valencia Cevallos, A. S., & Rodríguez Jaramillo, M. D. C. (2022). La violencia intrafamiliar: Definición y consecuencias [Domestic violence: Definition and consequences; Violência doméstica: Definição e consequências]. *RECIMUNDO*, 6(4), 384–397. Saberes

del Conocimiento. <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1862>

Chamaidan Apolo, L. E., & González Ramón, E. X. (2022). El acoso sexual callejero, una forma de violencia hacia las mujeres ecuatorianas. *Portal De La Ciencia*, 3(2), 168–179. <https://doi.org/10.51247/pdlc.v3i2.353>

Christia, T., Kazani, A., Stylianidis, S., Tepetzikioti, M., Tritari, M. y Tzeferakos, G. (2021). Prevalence of trauma, PTSD and psychotic symptomatology in relation to suicidality and quality of life in substance users [Prevalencia de trauma, trastorno de estrés postraumático y sintomatología psicótica en relación con el suicidio y la calidad de vida en consumidores de sustancias]. *Dialogues in Clinical Neuroscience & Mental Health*, 4(1), 18-29. <https://doi.org/10.26386/obrela.v4i1.147>

coip

Consejo de Protección de Derechos de Quito. (2020). *Pronunciamento oficial – El consumo del alcohol puede ser un detonante de mayor violencia intrafamiliar y de género: es necesario limitar su consumo* proteccionderechosquito.gob.ecproteccionderechosquito.gob.ec.

constitucion

Cook, W. J. (1996). Mad drivers disease: A survival guide for handling. *US News and World Report*, 121(19), 74–76.

Corcino, J., y Bobino, L. (2014). *Violencia y género: la construcción de la masculinidad como factor de riesgo*. Violencias Sociales. Estudios sobre Violencia. Barcelona: Ariel.

Córdova Pérez, L. V. (2016). *Medidas de protección en los delitos de violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar, en aplicación del principio constitucional pro homine*. [Tesis de grado, Pontificia Universidad Católica de Ecuador, Escuela de Jusrprudencia], Ambato, Ecuador. <https://repositorio.pucesa.edu.ec/handle/123456789/1654>

Creswell, J. D. (2017). Mindfulness interventions [Intervenciones en atención plena]. *Annual Review of Psychology*, 68(1), 491–516. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-042716-051139>

Csete, J. (2020). United States drug courts and opioid agonist therapy: Missing the target of overdose reduction. *International Journal of Drug Policy*, 83, 102792. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34171038/>

Cunradi, C.B.; Caetano, R.; Clark, C. y Schafer, J. (2000). «Neighborhood Poverty as a Predictor of Intimate Partner Violence Among, White, Black and Hispanic Couples in the United States: A Multilevel Analysis». *Annals of Epidemiology*, 10 (5), 297-308. [https://doi.org/10.1016/S1047-2797\(00\)00052-1](https://doi.org/10.1016/S1047-2797(00)00052-1)

Daoud, N.; Smylie, J.; Urquia, M.; Allan B. y O'Campo, P. (2013). «The Contribution of Socio-economic Position to the Excesses of Violence and Intimate Partner Violence Among Aboriginal Versus Non-Aboriginal Women in Canada». *Revue Canadienne de Santé Publique*, 104 (4), 278-283. <https://doi.org/10.17269/cjph.104.3724>

Defensoría del Pueblo del Ecuador. (2022). *La violencia y su impacto en el derecho a la salud*. Informe oficial remitido al Consejo de Derechos Humanos de la ONU, Quito.

DeKeseredy, W.S. y Schwartz, M.D. (2005). «Masculinities and Interpersonal Violence». En: Kimmel, M.S.; Hearn, J. y Connell, R.W. (eds.). *Handbook of Studies on Men and Masculinities*. California: Sage Publications. <https://doi.org/10.4135/9781452233833.n20>

Deleuze, G. (1986). Foucault. Paidós.

Dembinska-Krajewska, D., & Rybakowsky, J. (en prensa). Psychotropic drugs and personality changes: A case of lithium. *Pharmacological Reports*. <https://doi.org/10.1016/j.pharep.2015.05.006>

Dollard, J.; Doob, L.W.; Miller, N.E.; Mowrer; O.H. y Sears, R.R. (1939). *Frustration and aggression*. New Haven (CT): Yale University Press, 1967. <https://doi.org/10.1037/10022-000>

Edgley, M. (2015). Mental health courts informing mainstream courts. Therapeutic Jurisprudence in the Mainstream Blog. <https://mainstreamtj.wordpress.com/2015/01/09/mental-health-courts-informing-mainstream-courts>

Elley, S. (2011). «Young Women, Class and Gendered Heterosexuality: The Implication of Educational Aspirations and Social Networks for Sex Education Messages». *Sociology*, 45 (3), 413-429. <https://doi.org/10.1177/0038038511399621>

Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España. (2016). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015_EDADES_Informe_.pdf

Espinosa, M., Alazales, M., Madrazo, B., García, A. y Presno, C. (2011). Violencia intrafamiliar, realidad de la mujer latinoamericana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27(1), 98-104

Everitt, B. J. y Robbins, T. W. (2013). From the ventral to the dorsal striatum: Devolving views of their roles in drug addiction [Del estriado ventral al dorsal: visiones cambiantes de su papel en la drogadicción]. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37(9), 1946–1954. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.02.010>

Falci, C. (2011). «Self-esteem and mastery trajectory in high school by social class and gender». *Social Sciences Research*, 40 (2), 586-601.

<https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2010.12.013>

Fariña, F., Morales-Quintero, L. A., & Oyhamburu, M. S. (2022). Principios de la justicia terapéutica: Un análisis de la dimensión 4 del CENITJ en personas privadas de libertad. *Revista Iberoamericana de Justicia Terapéutica*, 5(Octubre), 1–35. <https://partners.lejister.com/files/partners/4/20221025-Articulo%20PDF%205.pdf>

Fidel, G., Roncero, C., & Casas, B. (2004). Adicción a sustancias y trastornos de personalidad. *Trastornos de Personalidad*, 35(4), 161–176.

Florenzano, R., Valdés, M., Serrano, T., Rodríguez, J., & Roizblat, A. (2001). Desarrollo yoico, familia y adolescencia. *Psiquiatría y Salud Mental*, 18(1), 34–40.

Fodor, E. (2006). «A Different Type of Gender Gap: How Women and Men Experience Poverty». *East European Politics and Societies*, 20 (1), 14-39. <https://doi.org/10.1177/0888325405284248>

Foucault, M. (2005). *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber. Siglo XXI*.

Franco, C. (2010). *Drug courts: Background, effectiveness, and policy issues for Congress*. Washington, DC: Congressional Research Service. <https://sgp.fas.org/crs/misc/R41448.pdf>

Friedemann-Sánchez, G. y Lovatón, R. (2012). «Intimate Partner Violence in Colombia: Who Is at Risk?». *Social Forces*, 91 (2), 663-688. <https://doi.org/10.1093/sf/sos131>

Fulton Hora, P., Schma, W., & Rosenthal, J. (1999). Therapeutic jurisprudence and the drug treatment court movement: Revolutionizing the criminal justice system's response to drug abuse and crime in America. *Notre Dame Law Review*, 74, 439–537.

Galtung, J. (1990). *Violencia cultural*. Guernika-Lumo: Gernika Gogoratuz, 2003.

Galtung, J. (2016). La violencia: cultural. Estructural y directa. *Journal of Peace Research*, 27(3), 291-305

González, R. y Santana, J.D. (2001). *Violencia en parejas jóvenes: Análisis y prevención*. Madrid: Pirámide.

Graña, J. L., Muñoz, J. J., & Navas, E. (en prensa). Características psicopatológicas, motivacionales y de personalidad en drogodependientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid.

Grose, R.G. y Grabe, S. (2014). «The Explanatory Role of Relationship Power and Control in Domestic Violence Against Women in Nicaragua: A Feminist Psychology Analysis». *Violence Against Women*, 20 (8), 972-993. <https://doi.org/10.1177/1077801214546231>

Guirado, K., Caraballo, J., González, O., Rangel, J., Dolores, C., Reyes, G., Vásquez, L., Ramírez, R., Dávalos, J., Ochoa, J., Alpacedo, E. y Brito, E. (2011). *Violencia Intrafamiliar*. Colección ciudad educadora, ciudad segura. Conociéndonos No 1. Universidad Nacional Experimental de Seguridad UNES. Caracas.

Hall, W., Carter, A. y Forlini, C. (2015). The brain disease model of addictions: Is it supported by the evidence and has it delivered on its promises? [El modelo de adicciones de enfermedad cerebral: ¿está respaldado por la evidencia y ha cumplido sus promesas?]. *Lancet Psychiatry*, 2, 105-110. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00126-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00126-6)

Hamby, S.L. (2005). «The Importance of Community in a Feminist Analysis of Domestic Violence among Native Americans». En: Sokoloff, N.J. y Dupont, I. (eds.). *Domestic Violence at the Margins: Readings on Race, Class, Gender, and Culture*. Nueva Jersey: Rutgers University Press.

Heilig, M., MacKillop, J., Martinez, D., Rehm, J., Leggio, L. y Vanderschuren, L. J. (2021). Addiction as a brain disease revised: why it still matters, and the need for consilience [La adicción como enfermedad cerebral revisada: por qué sigue siendo importante y la necesidad de consiliencia]. *Neuropsychopharmacology*, 46(10), 1715-1723. <https://doi.org/10.1038/s41386-020-00950-y>

Heyman, G. M. (2013). Quitting drugs: Quantitative and qualitative features [Dejar las drogas: características cuantitativas y cualitativas]. *Annual Review of Psychology*, 9, 29-59. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143041>

Hochschild, A. (1991). *The Second Shift*. Nueva York: Penguin.

Huertas, O. (2012). Violencia intrafamiliar contra las mujeres. *Logosciencia & Tecnología*, 4(1), 96-106.

Innamoratto, M. G., Canavessi, J. J., & Ruiz, J. D. (2020). *Tribunales de Tratamiento de Drogas: Análisis de su implementación en Argentina*. Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/11/tribunales_de_tratamiento_de_drogas_analisis_de_su_implementacion_en_argentina.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2019). *Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres 2019*. Quito: INEC [derechoshumanos.gob.ec](https://derechoshumanos.gob.ec/derechoshumanos.gob.ec)

International Network on Therapeutic Jurisprudence. (2015). Bibliography search form. https://law2.arizona.edu/depts/uprintj/bibliography/biblio_searchform.cfm

Izquierdo Benito, M.J. (2007). «Estructura y acción en la violencia de género». En: Molas Font, M.D. (ed.). *Violencia deliberada: Las raíces de la violencia patriarcal*. Barcelona: Icaria.

Jewkes, R.; Levin, J. y Penn-Kekana, L. (2002). «Risk factors for domestic violence: Findings from a South African cross-sectional survey». *Social Science and Medicine*, 55 (9), 1603-1617. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00294-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00294-5)

Jewkes, R. (2002). «Intimate partner violence: Causes and prevention». *The Lancet*, 359, 1423-1429. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08357-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08357-5)

Jones, M., & Wexler, D. (2013). Employing the “last best offer” approach in criminal settlement conferences: The therapeutic application of an arbitration technique in judicial mediation. *Phoenix Law Review*, 6, 843–865.

Kaye, J. T., Bradford, D. E., Magruder, K. P. y Curtin, J. J. (2017). Probing for neuroadaptations to unpredictable stressors in addiction: translational methods and emerging evidence [Investigación de neuroadaptaciones a factores estresantes impredecibles en la adicción: métodos traslacionales y evidencia emergente]. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 78(3), 353–371. <https://doi.org/10.15288/jsad.2017.78.353>

Khalifeh, H.; Hargreaves, J.; Howard, L.M. y Birdthistle, I. (2013). «Intimate Partner Violence and Socioeconomic Deprivation in England: Findings from a National Cross-Sectional Survey». *American Journal of Public Health*, 103 (3), 462-472. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300723>

King, M. S., Freiberg, A., Batagol, B., & Hyams, R. (2009). *Non-adversarial justice*. Federation Press.

King, M. S. (2007). What can mainstream courts learn from problem-solving courts? *Alternative Law Journal*, 32(2), 91–95.

King, M. S. (2009). *Solutions-focused judging bench book*. Australasian Institute of Judicial Administration.

Kiss, L.; Schraiber, L.B.; Heise, L.; Zimmerman, C.; Gouveia, N. y Watts, C. (2012). «Gender-based violence and socioeconomic inequalities: Does living

in a more deprived neighborhoods increase women's risk of intimate partner violence?». *Social Science and Medicine*, 74 (8), 1172-1179.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.033>

Lanier, C. y Maume, M. (2009). «Intimate Partner Violence and Social Isolation Across the Rural/Urban Divide». *Violence Against Women*, 15 (11), 1311-1330.
<https://doi.org/10.1177/1077801209346711>

Laparra, M.; Obradors, A.; Pérez, B.; Pérez Yruela, M.; Renes, V.; Sarasa, S.; Subirats, J. y Trujillo, M. (2007). «Una propuesta de consenso sobre el concepto de exclusión: Implicaciones metodológicas». *Revista Española del Tercer Sector*, 5, 15-57.

Laparra, M. (2010). «El impacto de la crisis en la cohesión social o el surf de los hogares españoles en el modelo de integración de la sociedad líquida». *Documentación Social*, 168, 97-130.

Latimer, J., Morton-Bourgon, K., & Chretien, J. (2006). *A meta-analytic examination of drug treatment courts: Do they reduce recidivism?* Ottawa: Department of Justice Canada. https://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/csj-sjc/jsp-sjp/rr06_7/rr06_7.pdf

Lawson, J. (2012). «Sociological Theories of Intimate Partner Violence». *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 22 (5), 572-590.
<https://doi.org/10.1080/10911359.2011.598748>

LEY ORGÁNICA INTEGRAL PARA PREVENIR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Suplemento del Registro Oficial No. 175 , 5 de Febrero 2018

Leyton, I. y Toledo, F. (2012). A propósito de la violencia: reflexiones acerca del concepto. Universidad de Chile. Santiago de Chile.

López-Quintero, C., Hasin, D. S., de los Cobos, J. P., Pines, A., Wang, S., Grant, B. F. y Blanco, C. (2011). Probability and predictors of remission from life-time nicotine, alcohol, cannabis or cocaine dependence: Results from the National epidemiologic survey on alcohol and related conditions [Probabilidad y predictores de remisión de la dependencia de por vida de nicotina, alcohol, cannabis o cocaína: resultados de la encuesta epidemiológica nacional sobre alcohol y afecciones relacionadas]. *Addiction*, *106*, 657-669. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03194.x>

Lorente, M. (2004). La violencia contra las mujeres, un problema social. Barcelona: Instituto Andaluz de la Mujer.

Magistrates' Court of Victoria. (2010). Court integrated service program (CISP) evaluation report.

Mangas, V. (2015). Relación entre la personalidad y el consumo problemático de cannabis en población universitaria (Tesis de pregrado).

Martínez, N., Ochoa, M. y Viveros, E. (2014). Aproximación a algunas dimensiones asociadas a la violencia intrafamiliar: revisión documental. *Tendencias*, *20*(1), 33-47.

Martínez Pacheco, A. (2016). La violencia: Conceptualización y elementos para su estudio. *Política y cultura*, *46*, 7-31. <https://www.scielo.org.mx/pdf/polcul/n46/0188-7742-polcul-46-00007.pdf>

Mavrikiou, P.M.; Apostolidou, M. y Parlalis, S.K. (2014). «Risk factors for the prevalence of domestic violence against women in Cyprus». *The Social Science Journal*, *51* (2), 295-301. <https://doi.org/10.1016/j.soscij.2014.02.002>

Mc Whinter, M., & Florenzano, R. (1998). Correlatos psicosociales de la farmacología: Resultados de un estudio en Santiago de Chile. *Revista Psiquiatría*, *15*(1), 10-22. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78524107>

Méndez, I., & Cerezo, F. (2010). Bullying y factores de riesgo para la salud en estudiantes de secundaria. *European Journal of Education and Psychology*, *3*(2), 209-218. <https://doi.org/10.1989/ejep.v3i2.61>

Merton, R.K. (1968). *Teoría y estructura sociales*. México: Fondo de Cultura Económica, 1980.

Messerschmidt, J.W. (1993). *Masculinities and Crime: Critique and Reconceptualization of Theory*. Maryland: Rowman & Littlefield.

Mihelj, J., Kos, A., & Sedlar, U. (2018). Implicit aggressive driving detection in social VANET. *Procedia Computer Science*, 129(2), 348–352. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2018.03.086>

Ministerio de Salud Pública & INEC. (2018). *Encuesta STEPS 2018 - Factores de riesgo de Enfermedades No Transmisibles*. Quito: MSP/INEC salud.gob.ec.

Mitchell, O., Wilson, D. B., Eggers, A., & MacKenzie, D. L. (2012). *Drug courts' effects on criminal offending for juveniles and adults: A systematic review*. *Campbell Systematic Reviews*, 8(1), 1–87. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.4073/csr.2012.4>

Montañés, P. y Moyano, M. (2006). «Violencia de género sobre inmigrantes en España: Un análisis psicosocial». *Pensamiento Psicológico*, 2 (6), 21-32.

Murray, S. (2014). “A letter to the loser”? Public law and the empowering role of the judgment. *Griffith Law Review*, 23(4), 545–567.

Naciones Unidas (20 de diciembre 1993). Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas 48/104

Nadal Alemany, R. (2008). La búsqueda de sensaciones y su relación con la vulnerabilidad a la adicción y al estrés. *Adicciones*, 20(1), 59–72. <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.289>

Organización Mundial de la Salud. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006). *Maltrato infantil y alcohol: Nota informativa*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Violencia contra la mujer: Nota descriptiva* [who.int](https://www.who.int).

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2008). *Horas infelices: Alcohol y agresión de pareja en las Américas* proteccionderechosquito.gob.ec.

Oxoby, R. (2009). «Understanding social inclusion, social cohesion, and social capital». *International Journal of Social Economics*, 36 (12), 1133-1152. <https://doi.org/10.1108/03068290910996963>

Physicians for Human Rights. (2017). *Neither justice nor treatment: Drug courts in the United States*. Nueva York: PHR. https://phr.org/wp-content/uploads/2017/06/phr_drugcourts_report_singlepages.pdf

Pirani, E. (2011). «Evaluating contemporary social exclusion in Europe: A hierarchical latent class approach». *Quality & Quantity: International Journal of Methodology*, 47 (2), 923-941. <https://doi.org/10.1007/s11135-011-9574-2>

Productivity Commission of Australia. (2014). Access to justice arrangements. Productivity Commission Inquiry Report.

Programa Drogas, Seguridad y Democracia. (2018). *Tribunales de Tratamiento de Drogas en las Américas*. Nueva York: Social Science Research Council. <https://www.ssrc.org/publications/tribunales-de-tratamiento-de-drogas-en-las-americas/>

Raj, A. y Silverman, J. (2002). «Violence Against Immigrant Women». *Violence Against Women*, 8 (3), 367-398. <https://doi.org/10.1177/10778010222183107>

Ramos, L., Saltijeral, M., Romero, M., Caballero, M., & Martínez, N. (2001). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un

centro de salud. *Salud Pública de México*, 43(3), 182–191.
<https://www.scielosp.org/pdf/spm/v43n3/a02v43n3.pdf>

Ray, W., Fought, R., & Decker, M. (1992). Psychoactive drugs and the risk of injurious motor vehicle crashes in elderly drivers. *American Journal of Epidemiology*, 136(7), 873–883. <https://doi.org/10.1093/aje/136.7.873>

Rodríguez, J., Fernández, A. M., Hernández, E., & Ramírez, S. (2006). Conductas agresivas, consumo de drogas e intentos de suicidio en jóvenes universitarios. *Terapia Psicológica*, 24(1), 63–69.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78524107>

Ruiz-Pérez, I.; Plazaola-Castaño, J.; Álvarez-Kindelán, M.; Palomo-Pinto, M.; Arnalte-Barrera, M.; Bonet-Pla, Á.; Santiago-Hernando, M.L. de; Herranz-Torrubiano, A.; Garralón-Ruiz, L.M. y Gender Violence Study Group (2006). «Sociodemographic Associations of Physical, Emotional, and Sexual Intimate Partner Violence in Spanish Women». *Annals of Epidemiology*, 6 (5), 357-363.
<https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2005.03.007>

Salazar, E. (2008). Violencia intrafamiliar y social bajo la influencia del alcohol y las drogas. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 10(2), 7–38.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=19546923006>

Salazar Agudelo, E. (2008). Violencia intrafamiliar y social bajo la influencia del alcohol y las drogas. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 10(2), 9-21 [redalyc.org](https://www.redalyc.org).

Sancho, M., De Gracia, M., Rodríguez, R. C., Mallorquí-Bagué, N., Sánchez-González, J., Trujols, J., Sánchez, I., Jiménez-Murcia, S. y Menchón, J. M. (2018). Mindfulness-based interventions for the treatment of substance and behavioral addictions: A systematic review [Intervenciones basadas en mindfulness para el tratamiento de adicciones a sustancias y conductas: una revisión sistemática]. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 95–95.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00095>

Santo, J.B.; Bukowski, W.M.; Stella-Lopez, L.; Carmago, G.; Mayman, S.B. y Adams, R.E. (2013). «Factors Underlying Contextual Variations in the Structure of the Self: Differences related to SES, Gender, Culture, and “Majority/Nonmajority” Status During Early Adolescence». *Journal of Research on Adolescence*, 23 (1), 69-80. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2012.00793.x>

Schäfer, I. y Najavits, L. M. (2007). Clinical challenges in the treatment of patients with posttraumatic stress disorder and substance abuse [Desafíos clínicos en el tratamiento de pacientes con trastorno de estrés postraumático y abuso de sustancias]. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(6), 614-618. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f0ffd9>

Schwartz, S. J., Lilienfeld, S. O., Meca, A. y Sauvigné, K. (2016). The role of neuroscience within psychology: A call for inclusiveness over exclusiveness [El papel de la neurociencia dentro de la psicología: un llamado a la inclusión sobre la exclusividad]. *American Psychologist*, 71, 52-70. <https://doi.org/10.1037/a0039678>

Segev, D. (2015). Therapeutic jurisprudence for defense lawyers. Therapeutic Jurisprudence in the Mainstream Blog.

Simpson, T., Kaysen, D. L., Fleming, C. B., Rhew, I. C., Jaffe, A. E., Desai, S., Hien, D. A., Berliner, L., Donovan, D. y Resick, P. A. (2022). Cognitive processing therapy or relapse prevention for comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol use disorder: A randomized clinical trial [Terapia de procesamiento cognitivo o prevención de recaídas para el trastorno de estrés postraumático comórbido y el trastorno por consumo de alcohol: un ensayo clínico aleatorizado]. *PloS One*, 17(11), e0276111–e0276111. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276111>

Smith, C.A.; Ireland, T.O.; Park A.; Elwyn, L. y Thornberry, T.P. (2011). «Intergenerational Continuities and Discontinuities in Intimate Partner Violence: A Two-Generational Prospective Study». *Journal of Interpersonal Violence*, 26

(18), 3720-3752. <https://doi.org/10.1177/0886260511403751>

Smith, M.D. (1990). «Patriarchal Ideology and Wife Beating: A Test of the Feminist Hypothesis». *Violence and Victims*, 5 (4), 257-273.

Stith, S.M.; Smith, D.B.; Penn, C.E.; Ward, D.B. y Tritt, D. (2004). «Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: A meta-analytic review». *Aggression and Violent Behavior*, 10 (1), 65-98. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2003.09.001>

Stöckl, H.; Heise, L. y Watts, C. (2011). «Factors associated with violence by a current partner in a nationally representative sample of German women». *Sociology of Health and Illness*, 33 (5), 694-709. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01319.x>

Strier, R.; Sigad, L.; Eisikovitz, Z. y Buchbinder, E. (2014). «Masculinity, Poverty and Work: The Multiple Constructions of Work among Working Poor Men». *Journal of Social Policy*, 43 (2), 331-349. <https://doi.org/10.1017/S0047279413000949>

Subirats, J. (dir.) (2005). *Análisis de los factores de exclusión social*. Bilbao: Fundación BBVA.

Tauchen, H. y Witte, A.D. (2001). «The dynamics of domestic violence». *Effect of Institutions on Economic Behavior*, 85, 414-418.

Tavera Romero, S., & Martínez Ruiz, M. J. (Coords.). (2007). *Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida: Guía para el promotor de "Nueva Vida"*. Secretaría de Salud / Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC). Fundación Gonzalo Río Arronte, I.A.P.

<https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/operational-guidance/MEX-AD-30-01-OPERATIONAL-GUIDANCE-2007-esp-Prevencion-de-adicciones.pdf>

Torres, M. A., García, M. J., Muñoz, E., Fernández-Palacios, P., & Llopis, J. L. (1996). Rasgos de personalidad en drogodependientes. *Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología*, 1, 7–15. https://doi.org/10.5209/rev_FORO.2012.v15.n2.41489

Trevethan, S. (2015). Resolving Indian residential school abuse claims using therapeutic jurisprudence techniques. *Therapeutic Jurisprudence in the Mainstream Blog*.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2021). *Cases of domestic violence – challenges faced by female victims*. Speech by Executive Director Ghada Waly at CCPCJ special event, 17 May 2021 [unodc.org](https://www.unodc.org).

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2023a). *World Drug Report 2023: Global Overview*. Viena: United Nations [issup.net](https://www.issup.net).

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2023b). *Informe Mundial sobre las Drogas 2023: comunicado de prensa* [issup.net](https://www.issup.net).

Uthman, O.A.; Moradi, T. y Lawoko, S. (2009). «The independent contribution of individual-, neighbourhood-, and country-level socioeconomic position on attitudes towards intimate partner violence against women in sub-Saharan Africa: A multilevel model of direct and moderating effects». *Social Science & Medicine*, 68 (10), 1801-1809. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.02.045>

Valero, S. (2009). *El Modelo Alternativo de los Cinco Grandes: Estudios de fiabilidad y validez del Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ) en población general y clínica (Tesis doctoral)*. Universidad Autónoma de Barcelona.

Van Bergen, A.; Hoff, S.; Van Ameijden, E. y Van Hemer, A. (2014). «Measuring Social Exclusion in Routine Public Health Surveys: Construction of a Multidimensional Instrument». *Plos One*, 9 (5), 1-11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0098680>

Van Wijk, N.Ph.L. y De Bruijn, J.G.M. (2012). «Risk Factors for Domestic Violence in Curacao». *Journal of Interpersonal Violence*, 27 (15), 3032-3053. <https://doi.org/10.1177/0886260512441074>

Verplaetse, T. L. y McKee, S. A. (2016). Targeting the brain stress systems for the treatment of tobacco/nicotine dependence: translating preclinical and clinical findings [Dirigirse a los sistemas de estrés cerebral para el tratamiento de la dependencia del tabaco/nicotina: traducir los hallazgos clínicos y preclínicos]. *Current Addiction Reports*, 3(3), 314–322. <https://doi.org/10.1007/s40429-016-0115-x>

Veselska, Z.; Madarasova Geckova, A.; Gajdosova, B.; Orosova, O.; Van Dijk, J.P. y Reijneveld, S.A. (2010). «Socio-economic differences in self-esteem of adolescents influenced by personality, mental health and social support». *European Journal of Public Health*, 20 (6), 647-652. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp210>

Villavicencio, P. (1993). «Mujeres maltratadas: Conceptualización y evaluación». *Clínica y Salud*, 4 (3), 215-228.

Vives-Cases, C.; Álvarez-Dardeta, C.; Gil-González, D.; Torrubiano-Domínguez, J.; Rohlf, I. y Escribà-Agüir, V. (2009). «Perfil sociodemográfico de las mujeres afectadas por violencia del compañero íntimo en España». *Gaceta Sanitaria*, 23 (5), 410-414. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.02.007>

Vives-Cases, C.; Gil-González, D.; Ruiz-Pérez, I.; Escribà-Agüir, V.; Plazaola-Castaño, J.; Montero-Piñar, M.I. y Torrubiano-Domínguez, J. (2010).

«Identifying sociodemographic differences in Intimate Partner Violence among immigrant and native women in Spain: A cross-sectional study». *Preventive Medicine*, 51 (1), 85-87. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2010.03.017>

Volkow, N. D. y Morales, M. (2015). The brain on drugs: From reward to addiction [El cerebro drogado: de la recompensa a la adicción]. *Cell*, 162, 712-725. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2015.07.046>

Vols, M. (2014). Problem tenants, therapeutic jurisprudence and mainstream housing courts. *Therapeutic Jurisprudence in the Mainstream Blog*.

Walby, S. y Allen, J. (2004). *Domestic violence, sexual assault and stalking: Findings from the British Crime Survey*. Londres: Home Office Research, development and Statistics Directorate.

Wexler, D. B., & Winick, B. J. (1996). Therapeutic jurisprudence. En *Principles of Addiction Medicine* (4.^a ed., 2008). https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1101507

Wexler, D. B., & Winick, B. J. (1996a). *Essays in therapeutic jurisprudence*. Carolina Academic Press.

Wexler, D. B., & Winick, B. J. (1996b). *Law in a therapeutic key: Developments in therapeutic jurisprudence*. Carolina Academic Press.

Wexler, D. B. (2014). New wine in new bottles: The need to sketch a therapeutic jurisprudence “code” of proposed criminal processes and practices. *Arizona Summit Law Review*, 7(3), 463–479.

Wexler, D. B. (2015). Moving forward on mainstreaming therapeutic jurisprudence: An ongoing process to facilitate the therapeutic design and application of the law. In W. Brooksbanks (Ed.), *Therapeutic jurisprudence: New Zealand perspectives* (pp. 25–40). Thomson Reuters.

Yick, A. (2001). «Feminist Theory and Status Inconsistency Theory». *Violence Against Women*, 7 (5), 545-562.

<https://doi.org/10.1177/10778010122182596>

Zarse, E. M., Neff, M. R., Yoder, R., Hulvershorn, L., Chambers, J. E. y Chambers, R. A. (2019). The adverse childhood experiences questionnaire: Two decades of research on childhood trauma as a primary cause of adult mental illness, addiction, and medical diseases [El cuestionario sobre experiencias adversas de la infancia: dos décadas de investigación sobre el trauma infantil como causa principal de enfermedades mentales, adicciones y enfermedades médicas en adultos]. *Cogent Medicine*, 6(1), 1581447. <https://doi.org/10.1080/2331205X.2019.1581447>

Zhang, L. y Postiglione, G.A. (2001). «Thinking Styles, self-esteem, and socio-economic status». *Personality and Individual Differences*, 31 (8), 1333-1346. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00227-0](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00227-0)

Ziberman, N., Yadid, G., Efrati, Y., Neumark, Y., & Rassovsky, Y. (2018). Personality profiles of substance and behavioral addictions. *Addictive Behaviors*, 35(4), 228–342. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.03.007>

ANEXOS

Samantha Carolina Arcentales Vizhñay portadora de la cédula de ciudadanía N° 0150148351 y Diego Ricardo Arias Armijos portador de la cedula N° 0107439507. En calidad de autores y titulares de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación “Justicia terapéutica frente a la violencia intrafamiliar provocada por agresores con adicciones: propuesta de rehabilitación penitenciaria en Ecuador”, de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconocemos a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizamos además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 19 de septiembre de 2025


F:

Samantha Carolina Arcentales Vizhñay

C.I. 0150148351


F:

Diego Ricardo Arias Armijos

C.I. 0107439507