



## INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología  
y Enfermería en Salud Mental

### **CASO CLÍNICO: MUJERES BIDEPENDIENTES ATRAÍDAS POR MALTRATADORES**

#### **CASE REPORT: BIDEPENDENT WOMEN ATTRACTED BY ABUSERS**

Pilar Blanco Zamora (1), Marta Ballesteros Fernández (2) Raquel Delgado Moya (3)

Leandro Palacios Ajuria (4), M<sup>a</sup> Cruz Rivas Reguero (5), Carlos Sirvent Ruiz (6)

[pbz@institutospiral.com](mailto:pbz@institutospiral.com)

Bidependencia, maltrato, adicción, relaciones de pareja

Bidependence, abuse, addiction, relationships

#### **RESUMEN**

Se expone y analiza el caso de dos mujeres que caen una y otra vez en relaciones de pareja presididas por todo tipo de maltrato, en forma de hostigamiento, conductas vejatorias, menosprecio e incluso agresión física. La primera es una joven de 22 años que ha sufrido maltrato continuado con tres parejas sucesivas con las que mantuvo relaciones de al menos un año de duración. La segunda tiene 28 años y sufrió maltratos prolongados (varios años) con dos parejas, manteniendo además relaciones más breves (3 a 6 meses) con otras dos parejas también maltratadoras. Es un patrón que se repite en buen número de mujeres adictas bidependientes y conviene tener en cuenta a la hora de realizar el tratamiento porque lo que pudiera parecer un mero accidente es en realidad una tendencia, ya que dichas mujeres buscan en el maltratador una concatenación de estímulos, pseudoprotección, sumisión y otros elementos que conducen a la reiteración. DISCUSIÓN: En todos los centros que tratan mujeres adictas se encuentran casos similares a los aquí representados. En nuestro centro residencial femenino hemos creado un subprograma de reafirmación del ego y reatribución externa e interna de cualidades para prevenir que se vean abocadas a caer en brazos de un maltratador.

#### **ABSTRACT**

The case of two women who fall again and again in couple relationships presided over by all types of abuse, in the form of harassment, abusive behavior, contempt and even physical aggression, is exposed and analyzed. The first is a 22-year-old girl who has suffered continued abuse with three successive partners with whom she had relationships

## **CASO CLÍNICO: MUJERES BIDEPENDIENTES ATRAÍDAS POR MALTRATADORES**

of at least one year. The second is 28 years old and suffered prolonged abuse (several years) with two couples, also maintaining shorter relationships (3 to 6 months) with two other abusive couples. It is a pattern that is repeated in a good number of bidependent addicted women and should be taken into account when performing the treatment because what might seem like a mere accident is actually a trend, since these women look in the abuser for a concatenation of stimuli, pseudoprotection, submission and other elements that lead to repetition. **DISCUSSION:** Cases similar to those represented here are found in all centers that treat addicted women. In our female residential center, we have created a subprogram of ego reaffirmation and external and internal retribution of qualities to prevent them from being forced to fall into the arms of an abuser.

### **INTRODUCCIÓN**

Existe una palabra que define la dependencia emocional de una persona adicta: "bidependencia", la cual equivale etimológicamente a doble dependencia. Se puede describir como un hábito acomodaticio donde la relación de la persona drogodependiente con el sujeto del que depende se asemeja a la que mantenía con la sustancia, permutando el objeto droga por el objeto persona. Así, existe una necesidad imperiosa del otro, una reiterada búsqueda de estimulación y sensaciones fuertes, y al mismo tiempo un acomodamiento situacional, evitando responsabilidades y anulando o disolviendo su personalidad en la persona de la que se depende a la par que se tiene una falsa intimidad que no comprende nadie más que el bidependiente y quizá su pareja con un apego a la vez estrecho, frágil y recurrente. Este patrón de comportamiento se deriva del primariamente adictivo y presenta los mismos criterios de dependencia que para cualquier sustancia o comportamiento adictivo. Es un constructo completamente diferente (incluso antagónico en muchos aspectos) a la codependencia (Sirvent, 2000).

Son sobradamente conocidos los binomios adicción- violencia y dependencia emocional- violencia. Puesto que la bidependencia describe la dependencia emocional de una persona adicta, la presencia de la violencia está garantizada. Asimismo, la relación entre dependencia emocional y violencia en la pareja ha sido estudiada como elemento perpetuador de relaciones violentas (Amor y Echeburúa, 2010; Petruccelli et als, 2014; Murphy et als, 1994). Martín y Moral (2019) señalan que la lógica de estos estudios se enmarca en que el dependiente emocional es una persona vulnerable emocionalmente que se encuentra eclipsado por el sujeto del que depende como consecuencia de un cúmulo de ilusiones, atribuciones, procesos hedónicos y expectativas infundadas. Precisamente esta idea de perdonar todo, junto con las características ya descritas, convierten al dependiente emocional en una potencial víctima de violencia por parte de su pareja y quizá también en un potencial agresor.

## **CASO CLÍNICO: MUJERES BIDEPENDIENTES ATRAÍDAS POR MALTRATADORES**

La violencia es bidireccional en parejas en las que se da maltrato, en las cuales serían agresor y víctima ambos miembros, habiéndose observado que las mujeres cometen el abuso psicológico con más frecuencia que los hombres, los cuales en mayor medida suelen efectuar violencia física o sexual (Batiza, 2017). Hay correlación entre el abuso psicológico, la regulación emocional y la dependencia emocional, pudiéndose distinguir entre la agresión reactiva y la proactiva, asociándose la agresión proactiva a la dependencia emocional (Petruccelli, 2014). Además, el abuso psicológico y las dificultades en regulación emocional serían predictoras de la dependencia emocional (Momeñe et al., 2017). Las consecuencias a largo plazo más frecuentes son la disminución de la autoestima, y la sintomatología ansioso-depresiva (Temple et al., 2016).

Los casos que presentamos son muestras vivas de lo que los estudios al respecto señalan y por lo descarnado de ambos casos, denotativos del drama en que se sumergen las mujeres bidependientes sufridoras de maltrato, que además suponen un gran porcentaje del total de mujeres adictas.

### **CASO nº1; Luisa**

Edad, 22 años. Ingresa para realizar tratamiento de desintoxicación-deshabitación secundario dependencia de cocaína y alcohol como drogas principales (CIE-10 F10.24 y F14.24) y abuso de cannabis (CIE-10 F12.1). También porta diagnóstico concomitante de TEPT (trastorno por estrés postraumático secundario a violencia de género (CIE-10 F43.1).

Entre sus antecedentes figura una Infancia y adolescencia normalizada hasta los 17 años, edad en la que comienza su primera relación de pareja (fallecido en 2019) con el que empieza a consumir cannabis de forma habitual y con el que desarrolla una relación dependiente y tóxica en la que sufre maltrato psicológico. En 2018 sus padres deciden enviarla a otra ciudad donde reside la familia de origen para intentar alejarla del pernicioso entorno en el que se encontraba. Allí inicia una nueva relación de pareja de la que sufre malos tratos físicos y psicológicos. El deterioro psicológico, social y familiar y la relación de maltrato en la que estaba inmersa determina que su familia la traiga de regreso a la ciudad de origen donde lleva una vida caótica, con múltiples relaciones presididas por consumo descontrolado los malos hábitos alimentarios y los sucesivos episodios de violencia que sufrió en relaciones cortas presididas por el consumo de sustancia. Al final llegó a deambular por ambientes marginales hasta que su familia pudo ingresarla en el centro terapéutico residencial femenino.

No constan antecedentes familiares psicopatológicos ni de consumo de sustancias, ni antecedentes médicos o somáticos relevantes

## **CASO CLÍNICO: MUJERES BIDEPENDIENTES ATRAÍDAS POR MALTRATADORES**

Al ingreso presenta una intensa labilidad emocional con predominio del ánimo bajo, ritmo de sueño-vigilia alterado y elevada ansiedad. Se observa además irritabilidad, impulsividad y un talante pasivo-agresivo y defensivo en la relación interpersonal con pesadillas, sueño inquieto y no reparador y rumiaciones sobre el maltrato recibido, así como una baja autoestima, con autoinculpación y notable inseguridad. Es plenamente consciente de su problema adictivo y de los malos tratos recibidos y muestra una motivación para el cambio con locus de control ambiguo, planteando el tratamiento como una forma de resarcir el daño familiar causado.

Las pruebas psicométricas realizadas al inicio del tratamiento arrojan puntuaciones elevadas en: impulsividad (+++), sentimientos adversos (+++), ansiedad, angustia e intranquilidad (++), toxicofilia (++), inestabilidad anímica (++), insomnio (++) y ligeras en depresión (+). En el momento actual se observa mejora en las puntuaciones de ansiedad (+), impulsividad (+), toxicofilia (+) e irritabilidad (+), habiendo desaparecido el resto de síntomas evaluados.

Respecto a la exploración psicométrica general, presenta puntuaciones elevadas en el inventario de autoengaño y mixtificación (IAM-40) en la subescala mecanismos de negación la cual con el tiempo se normaliza. Igual ocurre con la escala de depresión de Beck, la escala de autoestima de Rosenberg y el cuestionario de ansiedad STAI. El inventario de personalidad SCL-90R, el URICA, el inventario de t. de alimentación EDI y la escala de ansiedad de Hamilton no aportan datos relevantes. Sin embargo la escala de asertividad de Rathus muestra una constante positividad en los sucesivos controles sobre todo en las subescalas de manifestaciones personales y espontaneidad: La escala de impulsividad de Barratt dio resultados elevados al principio, manteniéndose positivo a lo largo de todo el tratamiento aunque con menor intensidad. El inventario de personalidad IPDSM-5 mantiene la subescala afecto negativo en valores altos todo el tratamiento.

**EVOLUCIÓN:** Muestra una evolución favorable y ascendente, con mayor conciencia del problema, lo que ha incidido en una sensación de control sobre su propia vida y acciones y subsiguientemente redundado en la mejora de su autoestima y autoconcepto. La intervención psicoterapéutica y los progresivos ajustes psicofarmacológicos han permitido alcanzar una estabilidad anímica que en la actualidad se mantiene sin necesidad de soporte farmacológico alguno. Sigue manteniendo el talante hedonista e impulsivo, por lo que la intervención terapéutica se está centrando en trabajar su capacidad de autoexigencia, constancia y la asunción de normas y límites externos, observándose importantes avances en todas las áreas. En la actualidad gestiona sus emociones de forma más madura y eficaz, abandonando el comportamiento pueril y caprichoso inicial.

## **CASO CLÍNICO: MUJERES BIDEPENDIENTES ATRAÍDAS POR MALTRATADORES**

Asimismo se muestra más receptiva y reflexiva a la hora de analizar sus conductas, actitudes y emociones rompiendo con el razonamiento emocional anterior ("Es así porque lo siento así"), buscando soluciones prácticas, abriéndose al apoyo y la opinión externa y responsabilizándose de sus actuaciones. Observamos aún dificultades a la hora de poner límites a los demás por miedo al rechazo lo que le lleva a acumular tensión y frustración hasta que finalmente se ve desbordada, por lo que también nos parece importante seguir trabajando este aspecto. A lo largo del tratamiento fueron necesarios múltiples ajustes farmacológicos que incidieron sobre el estado de ánimo, la irritabilidad, la impulsividad y los trastornos de sueño especialmente las pesadillas y sueños recurrentes en torno al maltrato recibido.

En opinión del equipo técnico que le atiende, en la última etapa, el consumo de drogas le sirvió para sostener relaciones de pareja tremendamente disfuncionales, dependientes y perniciosas en un intento de mantener el equilibrio y la homeostasis en la relación y en su autoimagen. El maltrato y el consumo se retroalimentaban en una espiral autodestructiva y lesiva. La abstinencia de tóxicos ha permitido trabajar su autonomía, su identidad personal y su autoestima e incidir en la necesidad de cambios a la hora de gestionar sus emociones y relaciones afectivas.

### **CASO nº2; Ana**

Edad, 28 años- Ingresó para realizar tratamiento de deshabitación secundario a dependencia cocaínica (CIE10 F14.24). Porta diagnóstico asociado de trastorno de Inestabilidad de la personalidad (CIE-10 F60.3).

Entre sus antecedentes personales y familiares, recuerda una infancia "complicada" marcada por el bullying sufrido en el colegio ("los compañeros se metían conmigo y no me dejaban jugar con ellos...empecé a mostrarme agresiva y a sentirme mejor"). Comienza a beber a los 17, en un contexto lúdico y de forma no problemática. Cuando tiene 18 años, su mejor amiga (que sufría abuso sexual paterno) se suicida. A dicha edad comienza una nueva relación de pareja con un chico (Pedro) conocido a través de Facebook que se presenta en su ciudad (venía de otra C. Autónoma lejana) diciendo : "aquí estoy, vengo por ti". Relación intensa que con el tiempo deriva hacia el maltrato físico, psicológico y abuso sexual reiterado. ("Volví a la infancia...a callarme todo, a no contar lo que me pasaba...") A los 19 años se independiza del domicilio familiar por problemas en la relación con los padres. ("Ellos no entendían mi comportamiento, eran muy críticos conmigo y no me apoyaban")

## CASO CLÍNICO: MUJERES BIDEPENDIENTES ATRAÍDAS POR MALTRATADORES

A los 27 años comienza tratamiento psiquiátrico por depresión. Se sentía cansada física y emocionalmente. En esa época prueba la cocaína ("el efecto fue más positivo (que el del escitalopram que tenía prescrito)...era lo único que me hacía sentir bien"). Deja la medicación y comienza a consumir cocaína de forma habitual hasta llegar a un consumo medio de 2 gr. esnifados diariamente.

Consigue estabilizarse e inicia una relación con un amigo (Rubén) de la pequeña ciudad en la que vive que dura unos meses. Para mejor independizarse se marcha a vivir a las Islas Baleares donde monta un negocio que le va bien. De repente un día se presenta Rubén diciendo que se queda a vivir allí, trabajando de soldador. Es decir, se repite el patrón de un chico que lo deja todo y viene desde lejos a vivir con ella. Él es consumidor de ketamina y presenta una grave celotipia que le lleva a propinarla palizas por motivos nimios como sonreír a un amigo en la calle, llegando a encerrarla en casa, sometiéndola a maltrato físico y psicológico de magnitud peor aún que el primer caso de Pedro. Retorna a Asturias y comienza tratamiento ambulatorio en un centro de adicciones del que es expulsada por mantener una relación con otro usuario ("me enamoré de un chico y me echaron"). Tras la expulsión comienza a vivir con ese chico retomando la pauta de consumo anterior. A las 3 semanas de convivencia él sufre una sobredosis y ella hace un intento de suicidio, ambos acaban en el hospital. Desde allí Ana se pone en contacto con sus padres a los que pide ayuda y rompe la relación. Lleva dos intentos de suicidio. Señala que desde los 27 años siempre ha tenido pensamientos suicidas (con y sin tratamiento psiquiátrico).

Es hija única. Su madre padece una afección oncológica. No constan antecedentes psiquiátricos ni de consumo en la F.O. Padres totalmente desbordados por la problemática de Ana, apoyan el tratamiento y siguen escrupulosamente las indicaciones del equipo que la atiende. Red social consumidora. Parejas maltratadoras y consumidoras de tóxicos. No denuncias por VG anteriores ni actuales.

Nada médico a destacar ni alergias conocidas.

Al ingreso refiere sensación de ansiedad, angustia e intensa tristeza y apatía que alterna con momentos de euforia y alegría inopinada. Presenta una autoimagen pobre e inestable, con sentimientos crónicos de vacío. Inestabilidad en las metas y planes de futuro, capacidad disminuida para reconocer los sentimientos y necesidades del otro asociada a hipersensibilidad interpersonal, con tendencia a sentirse menospreciada o ninguneada. Presenta un patrón de relaciones inestables, intensas, complicadas y tóxicas, marcadas por la desconfianza y la falta de empatía estableciendo vínculos patológicos y autodestructivos en los que oscila entre la idealización, la necesidad de estimulación y la autoanulación.

## **CASO CLÍNICO: MUJERES BIDEPENDIENTES ATRAÍDAS POR MALTRATADORES**

Muestra cambios de humor frecuentes, alterándose y reaccionando de forma desproporcionada ante acontecimientos cotidianos y circunstancias externas, con incremento desmedido de la ansiedad, la tristeza y la angustia. Acting-out con actuación repentina e irreflexiva y comportamiento autolesivo en virtud de la angustia emocional, con un importante componente histriónico en un intento de mantener la atención del otro. Falta de preocupación por las consecuencias con actitudes potencialmente peligrosas y sentimientos de enojo, rabia, frustración y vacío persistentes y frecuentes.

Las pruebas psicométricas realizadas al ingreso arrojan puntuaciones elevadas en: impulsividad (+++), ansiedad, angustia e intranquilidad (+++), depresión (+++), desvitalización (+++) toxicofilia (++) y sentimientos adversos (++) y anhedonia (++) y ligeros en pensamientos de muerte (+). En las últimas pruebas realizadas se observa mejora en las puntuaciones de ansiedad (+), impulsividad (++) , depresión (++) , desvitalización (++) . Destaca la desaparición de pensamientos de muerte (-) y sentimientos adversos (-) y la importante disminución de la ansiedad percibida (pasando de síntomas graves a ligeros). Se mantienen estables las puntuaciones en toxicofilia (++) y anhedonia (++) . Esto se explica, en opinión del equipo, en que ambos factores sustentan un rasgo caracterial y central de su personalidad que es el hedonismo y la búsqueda de estimulación por lo que es comprensible que dado el todavía corto tiempo de tratamiento apenas haya modificación en ambos factores.

En lo relativo a la exploración psicométrica general, presenta una puntuación elevada en el Inventario de dependencias sentimentales (IRIDS-100) y en el inventario de autoengaño y mixtificación (IAM), subescala manipulación. Alta puntuación en el cuestionario VPA de variables predictoras de abandono, lo que se refrenda con las constantes peticiones de alta. Puntuación moderadamente alta en las escalas de depresión de Beck y Hamilton, la escala de autoestima de Rosenberg y el cuestionario de ansiedad STAI. El inventario de personalidad SCL-90-R muestra puntuación elevada en las subescalas de depresión, ansiedad y somatización. Negativo el inventario de t. de alimentación EDI y máxima puntuación en la escala de ansiedad de Hamilton. En la escala de asertividad de Rathus obtiene puntuaciones elevadas en las subescalas de manifestaciones personales, manifestación de opiniones, confrontación y espontaneidad. La escala de impulsividad de Barratt es elevada, sobre todo las subescalas cognitiva y motora. El cuestionario de confianza para consumir drogas presenta puntuaciones muy elevadas en todas las subescalas. El inventario de personalidad IPDSM-5 muestra puntuación alta en desinhibición y afecto negativo La escala de experiencias de disociación (DES) muestra una persistente puntuación elevada en amnesia disociativa.

## **CASO CLÍNICO: MUJERES BIDEPENDIENTES ATRAÍDAS POR MALTRATADORES**

**EVOLUCIÓN:** Tras unos primeros días marcados por la euforia y la alegría inopinada – relacionada con la estimulación de lo novedoso y la huida de los problemas exteriores- comienza a presentar comportamientos histriónicos y disruptivos con intensa carga de angustia, pensamientos autolesivos, irritabilidad, tristeza y apatía mostrando una conducta pueril e infantilizada, con demanda explícita de abandono e idealización de la situación familiar. Ante las constantes peticiones de alta voluntaria, sus padres se mantienen firmes en la decisión de no permitirle la entrada en casa hasta que curse alta terapéutica por lo que, ante la falta de alternativa, decide quedarse. Persiste la angustia e inestabilidad manteniendo una visión negativa de todo aquello que implica tratamiento. Escasa conciencia del problema, locus de control externo proyectando la responsabilidad de su situación en personas o acontecimientos externos y buscando la solución mágica e inmediata en la medicación. Utiliza el TLP como forma de identificación y presentación y relación con el entorno incluso en situaciones de crisis (“no sé si lo sabes pero yo soy TLP”). Intensa labilidad emocional y acting-out cargados de histrionismo (ej. tirarse de los pelos, darse cabezazos contra la pared, verbalizar su deseo de lanzarse a la carretera) que buscan por un lado la canalización de la angustia y la frustración a través de dolor físico y por otro lado mantener la atención del entorno, observándose nulas estrategias de gestión emocional e introspección, lo que dificultan la anticipación de estas situaciones. Su forma de manejar la sensación de vacío y su incapacidad para “sentir de forma adecuada”, la desvía hacia la búsqueda de estimulación (que ella misma reconoce) a través de la relación erotizada y sexualizada con los demás, con los varones a través del sexo y con las mujeres creando una relación de dependencia-sumisión con una compañera de claro perfil sociopático y marginal –en opinión del equipo- similares a las mantenidas con sus parejas consumidoras y maltratadoras-. Todas estas relaciones apuntan, por un lado, a una necesidad de estimulación intensa y constante para llenar el vacío interior y –por otro- a un desdibujamiento de la frontera entre los afectos y la sexualidad con una hipersexualización donde busca la atención/afecto, además de una falta de autoestima en la aprobación y la autoafirmación manteniendo relaciones tóxicas que luego le dejan vacía y angustiada. La huida hacia delante como estrategia de afrontamiento y la incapacidad para llenar ese vacío interior le llevan a ampliar el umbral de estimulación lo que unido al patológico vínculo de dependencia-anulación creada con la compañera por la que estaba completamente anulada le lleva a introducir y consumir alcohol dentro del centro. Esta situación sirve de punto de inflexión para que ella entienda realmente por primera vez la necesidad de realizar un tratamiento que suponga un cambio profundo en su forma de vincularse y relacionarse con el entorno y que vaya más allá de la medicación y de la abstinencia de drogas. Asimismo, todas estas situaciones han permitido, a través del manejo de la relación terapéutica, ejemplificar un vínculo más saludable con los terapeutas que la atienden, distinto a todos los mantenidos hasta el momento.



## **CASO CLÍNICO: MUJERES BIDEPENDIENTES ATRAÍDAS POR MALTRATADORES**

En la actualidad en tratamiento con clonazepam 1 mg. /8h; lorazepam 1 mg. /8h; olanzapina 2.5 mg., paroxetina 20 mg: bupropion 150 mg. / desayuno y flurazepam 30 mg. / noche

### **DISCUSIÓN**

El denominador común de estas dos pacientes es el binomio bidependencia- maltrato. Ambas inician relaciones virtualmente peligrosas que con el tiempo aprenden a identificar anticipando "lo que va a ocurrir". Pero por circunstancias diversas no solo no resuelven, sino que parece que es a ese tipo de hombre y no otro al que buscan. Son "felices en la desdicha", porque –aunque no viene recogido en la historia clínica- al parecer estos maltratadores les hiperestimulan, facilitando unos (pseudo) beneficios secundarios en forma de falsa protección y seguridad, y sobre todo unos códigos de entendimiento en el que no hacen falta ni palabras. A veces incluso el hipererotismo inducido por drogas y la sensación de "estar solos frente al mundo" hace que el nexo de unión sea fuerte a pesar del maltrato. Este y otros considerandos son los que se deben tener en cuenta a la hora de manejar pacientes con este problema. No basta con el refuerzo del yo, de la autoestima y autoconcepto, con incrementar la asertividad. Es necesario un aprendizaje vital reexperimentando el placer de manera que se aprenda a encontrar satisfacción en vínculos menos estimulativos pero más seguros y respetuosos, compatibilizando independencia de criterio con interrelación saludable, incluso -¿por qué no?- sanamente interdependiente.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Amor, P., y Echeburúa, E. (2010). Claves psicosociales para la permanencia de la víctima en una relación de maltrato. *Clínica Contemporánea*, 1(2), 97-104. <https://dx.doi.org/10.5093/cc2010v1n2a3>
2. Batiza, F. J. (2017). La violencia de pareja: Un enemigo silencioso. *Archivos de Criminología, Seguridad Privada y Criminalística*, 18, 144151. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/450108>
3. Martín, B. y Moral, M. V. (2019). Relación entre dependencia emocional y maltrato psicológico en forma de victimización y agresión en jóvenes. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 10 (2), 75-89. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2019.02.027>
4. Momeñe, J., Jáuregui, P., y Estévez, A. (2017). El papel predictor del abuso psicológico y la regulación emocional en la dependencia emocional. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 25(1), 65-78.
5. Murphy, C. M., Meyer, S.-L., & O'Leary, K. D. (1994). Dependency characteristics of partner assaultive men. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(4), 729-735. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.103.4.729>

## **CASO CLÍNICO: MUJERES BIDEPENDIENTES ATRAÍDAS POR MALTRATADORES**

6. Petruccelli, F., Diotaiuti, P., Verrastro, V., Petruccelli, I., Federico, R., Martinotti, G., Fossati, A., Di Giannantonio, M., y Janiri, L. (2014). Affective dependence and aggression: An Exploratory study. *Biomed Research International*, 1-11.
7. Sirvent, C. (2000) Las dependencias relacionales dependencia emocional, codependencia y bidependencia. Libro I Symposium Adicción en la Mujer. Instituto de la Mujer. Madrid. España
8. Temple, J. R., Choi, H. J., Elmquist, J., Hecht, M., Miller-Day, M., Stuart, G. L., Brem, M., y Wolford-Clevenger, C. (2016). Psychological abuse, mental health, and acceptance of dating violence among adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 59(2), 197-202. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.03.034>