

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos
Psicológicos I



**TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA
DOMÉSTICA: EVALUACIÓN DE
PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN**

**MEMORIA PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
POR Paulina Paz Rincón González**

Bajo la dirección del Doctor:
Francisco Javier Labrador Encinas
Madrid, 2003

ISBN: 84-669-2390-x

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Departamento de Personalidad, Evaluación y
Tratamientos Psicológicos I**



**TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN
MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA:
EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN**

TESIS DOCTORAL

PAULINA PAZ RINCÓN GONZÁLEZ

Director: Francisco Javier Labrador Encinas

Madrid, 2003

*Si temo
mis imaginaciones,
no es porque vengan de mi fantasía,
sino de la memoria.*

*Si me asusta
la muerte,
no es porque la presienta:
es porque la recuerdo.*

(Ángel González, Palabra sobre palabra)

*A Ana María, Azucena, Belén, Carolina, Charo, Conchi, Cristina, Daniela,
Dolores, Eva, Felisa, Francisca, Isabel, Juana, Laura, Leonor, Mari Carmen,
María José, María Isabel, María Luisa, María Teresa, Maribel, Marisa, Mercedes,
Miriam, Paloma, Pilar, Raquel, Reyes, Rosa, Sara, Silvia, Sonia, Susana, Teresa,
Tina, Toñi, Verónica, Violeta y Yolanda.*

A todas aquellas mujeres que viven con miedo y mueren en vida.

ÍNDICE DE CONTENIDO

INDICE DE CUADROS	xi
INDICE DE FIGURAS	xiii
INDICE DE TABLAS	xix
AGRADECIMIENTOS	xxiii
PARTE TEÓRICA.....	1
VIOLENCIA DOMÉSTICA	3
1. DEFINICIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA	5
1.1. DEFINICIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA.....	5
1.2. TIPOS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA	9
1.2.1. VIOLENCIA O MALTRATO FÍSICO.....	9
1.2.2. VIOLENCIA O MALTRATO SEXUAL.....	10
1.2.3. VIOLENCIA O MALTRATO PSICOLÓGICO	10
1.3. PATRÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MUJER.....	11
1.4. CONCEPTOS ERRÓNEOS ACERCA DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA	13
1.5. RESUMEN	16
2. EPIDEMIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA	17
2.1. CONSIDERACIONES CON RESPECTO A LA ESTIMACIÓN DE LA MAGNITUD DEL PROBLEMA	17
2.2. ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA DEL PROBLEMA	20
2.3. ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA DEL PROBLEMA EN ESPAÑA	21
2.3.1. ESTIMACIÓN A PARTIR DE ENCUESTAS	22
2.3.2. ESTIMACIÓN A PARTIR DE LAS DENUNCIAS.....	23
2.3.3. ESTIMACIÓN A PARTIR DE LAS MUERTES	25
2.4. RESUMEN	27
3. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA.....	29
3.1. CONSECUENCIAS EN LA SALUD FÍSICA	30
3.2. CONSECUENCIAS EN LA SALUD MENTAL	31
3.2.1. SÍNDROMES ESPECÍFICOS	31
Síndrome de la Mujer Maltratada.....	31
Síndrome de Adaptación Paradójica	32
3.2.2. DEPRESIÓN.....	34
3.2.3. TRASTORNOS DE ANSIEDAD	35
3.2.4. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEP).....	36
3.2.5. OTROS PROBLEMAS PSICOPATOLÓGICOS	38
Abuso o dependencia de sustancias.....	38
Baja autoestima	39
Cogniciones postraumáticas	40
Déficit en solución de problemas	40
Inadaptación.....	41
Suicidio o ideación suicida.....	42
3.3. RESUMEN	42

4. FACTORES Y MODELOS EXPLICATIVOS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA	45
4.1. FACTORES EXPLICATIVOS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA.....	45
4.1.1. FACTORES ASOCIADOS A LA PERPETRACIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA.....	46
Características demográficas	46
Características psicológicas.....	46
Psicopatología	46
Características de la relación.....	46
Otros factores de riesgo.....	47
4.1.2. FACTORES ASOCIADOS A LA VICTIMIZACIÓN EN VIOLENCIA DOMÉSTICA.....	47
Experiencia previa de violencia.....	47
Abuso de sustancias.....	48
Psicopatología	48
4.1.3. RESUMEN DE FACTORES EXPLICATIVOS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA	48
4.2. MODELOS EXPLICATIVOS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA.....	49
4.2.1. MODELO INTERACTIVO DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA	49
Contexto sociocultural.....	50
Vulnerabilidades.....	50
Factores de estrés.....	50
Recursos	51
4.2.2. MODELO DE LOS MECANISMOS PSICOLÓGICOS DE LA VIOLENCIA EN EL HOGAR	51
Actitud de hostilidad	52
Estado emocional de ira.....	52
Repertorio pobre de conductas y trastornos de personalidad.....	52
Factores precipitantes	53
Percepción de vulnerabilidad de la víctima	53
Reforzamiento de las conductas violentas previas.....	53
4.3. CONSIDERACIONES A LOS MODELOS.....	54
5. TRATAMIENTO DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA	55
5.1. INDICACIONES GENERALES DE TRATAMIENTO PARA MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA	55
5.2. PROPUESTAS ESPECÍFICAS DE TRATAMIENTO PARA MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA	58
5.3. CONSIDERACIONES ACERCA DE LAS PROPUESTAS TERAPÉUTICAS.....	64
5.3.1. OBJETIVOS QUE SE DEBE ABORDAR	64
5.3.2. COMPONENTES DE LOS PROGRAMAS	64
5.3.3. MODALIDAD DE INTERVENCIÓN: GRUPAL VERSUS INDIVIDUAL	65
5.4. CONSIDERACIONES FINALES	66
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	67
6. DEFINICIÓN Y CARACTERIZACIÓN DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	69
6.1. DEFINICIÓN DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO SEGÚN LAS CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS INTERNACIONALES.....	69
6.2. CONSIDERACIONES ACERCA DE LA ESTRUCTURA DE LOS SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....	73
6.3. RESUMEN Y CONSIDERACIONES FINALES	76

7. EPIDEMIOLOGÍA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	77
7.1. PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	77
7.2. FRECUENCIA DE EXPOSICIÓN A SUCESOS TRAUMÁTICOS	78
7.3. CURSO DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	79
7.4. COMORBILIDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y OTROS TRASTORNOS MENTALES	80
7.5. FACTORES DE RIESGO DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	81
7.6. RESUMEN	82
8. MODELOS EXPLICATIVOS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	83
8.1. TEORÍA DEL APRENDIZAJE	83
8.2. TEORÍA DEL PROCESAMIENTO EMOCIONAL	84
8.3. TEORÍA DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	85
8.4. TEORÍA DE LOS SISTEMAS REPRESENTACIONALES ESQUEMÁTICO, PROPOSICIONAL, ASOCIATIVO Y ANALÓGICO (SPAARS)	86
8.5. TEORÍA DE LA REPRESENTACIÓN DUAL	88
8.6. CONSIDERACIONES A LAS TEORÍAS	92
9. TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	95
9.1. CONSIDERACIONES ACERCA DE LA METODOLOGÍA EN LOS ESTUDIOS DE EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES	95
9.2. ESTUDIOS SOBRE TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	97
9.2.1. TERAPIA DE EXPOSICIÓN	99
9.2.2. TÉCNICAS PARA EL CONTROL DE LA ANSIEDAD	102
9.2.3. TERAPIA COGNITIVA	103
9.2.4. TERAPIAS MULTICOMPONENTES	103
9.2.5. TERAPIA DE REPROCESAMIENTO Y DESENSIBILIZACIÓN POR MOVIMIENTOS OCULARES	106
9.3. ESTUDIOS META-ANALÍTICOS ACERCA DE LA EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES EN EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	106
9.4. CONCLUSIONES ACERCA DE LOS ESTUDIOS SOBRE TRATAMIENTO	108
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA	111
10. PROPUESTA DE PROGRAMA DE TRATAMIENTO	113
10.1. CONSIDERACIONES PREVIAS	113
10.2. PROPUESTA DE PROGRAMA DE TRATAMIENTO	115
PARTE EMPÍRICA	119
11. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	121
11.1. INTRODUCCIÓN	121
11.2. OBJETIVOS	123
11.3. HIPÓTESIS	123

12. MÉTODO	127
12.1. DISEÑO.....	127
12.1.1. VARIABLE INDEPENDIENTE.....	127
12.1.2. VARIABLES DEPENDIENTES	128
Resultado de la intervención psicológica.....	128
Variables de adaptación y sintomatología concomitante	128
12.1.3. VARIABLES EXTRAÑAS O CONTAMINADORAS	129
Asignación de las participantes a los grupos experimentales	129
Terapeuta.....	129
Otras variables.....	129
12.2. PARTICIPANTES.....	130
12.3. MATERIALES E INSTRUMENTOS	131
12.3.1. ENTREVISTA	131
12.3.2. INSTRUMENTOS DE AUTOINFORME	132
Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta & Sarasua, 1997).....	132
Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979).....	133
Escala de Autoestima de Rosenberg (1965).....	133
Escala de Inadaptación (Echeburúa, Corral & Fernández–Montalvo, 2000).....	134
Inventario de Cogniciones Postraumáticas (Foa, Ehlers, Clark, Tolin & Orsillo, 1999)	134
12.3.3. MATERIAL UTILIZADO EN EL TRATAMIENTO	134
12.4. PROCEDIMIENTO.....	135
12.4.1. PRUEBA PILOTO DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO	135
12.4.2. CAPTACIÓN DE LAS PARTICIPANTES.....	136
12.4.3. EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO	136
12.4.4. TRATAMIENTO	137
12.4.5. EVALUACIÓN POSTRATAMIENTO	137
12.4.6. SEGUIMIENTOS	137
13. RESULTADOS.....	141
13.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....	141
13.1.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	141
Edad	141
Estado civil.....	141
Número de hijos	141
Clase social subjetiva	141
Nivel educacional	141
Ocupación actual	143
Fuente de derivación	143
13.1.2. VARIABLES DE HISTORIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA	143
Tipo de violencia doméstica.....	143
Duración de la violencia doméstica.....	143
Frecuencia de la violencia doméstica	145
Asistencia médica por lesiones.....	145
Denuncias.....	145
Salidas del hogar	145

Violencia a hijos.....	145
Experiencias anteriores de violencia doméstica	145
Apoyo familiar y social.....	146
13.1.3. VARIABLES DEPENDIENTES	148
Trastorno de estrés postraumático	148
Variables de adaptación y sintomatología concomitante.....	149
13.1.4. OTRAS VARIABLES	150
Consumo de sustancias adictivas.....	150
Diagnóstico de otros trastornos de ansiedad.....	151
13.1.5. EXPECTATIVAS ACERCA DEL TRATAMIENTO.....	151
13.2. EFICACIA DEL TRATAMIENTO.....	153
13.2.1. ESTUDIO DE LA HOMOGENEIDAD DE LOS GRUPOS	153
13.2.2. ESTUDIO DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO.....	154
Resultados grupo control de lista de espera.....	154
Resultado de la intervención psicológica	155
<i>Índice clínico</i>	155
<i>Adherencia al tratamiento</i>	166
Variables de adaptación y sintomatología concomitante.....	169
<i>Inventario de Depresión de Beck (BDI)</i>	170
<i>Escala de Autoestima de Rosenberg</i>	173
<i>Escala de Inadaptación</i>	177
<i>Inventario de Cogniciones Postraumáticas</i>	185
Autorregistro de síntomas de reexperimentación	189
13.2.3. ESTUDIO DE FACTORES PREDICTORES.....	190
13.2.4. EVALUACIÓN QUE LAS PARTICIPANTES HACEN DEL TRATAMIENTO	194
13.3. CONFIRMACIÓN DE HIPÓTESIS	197
13.3.1. HIPÓTESIS 1.....	197
13.3.2. HIPÓTESIS 2.....	198
13.3.3. HIPÓTESIS 3.....	198
13.3.4. HIPÓTESIS 4.....	199
13.3.5. HIPÓTESIS 5.....	200
14. DISCUSIÓN.....	201
14.1. RESPECTO DE LA METODOLOGÍA.....	201
14.2. RESPECTO DE LA MUESTRA.....	202
14.2.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	202
14.2.2. CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA.....	203
14.2.3. CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS.....	205
14.3. RESPECTO DEL TRATAMIENTO	208
14.3.1. EFICACIA DEL TRATAMIENTO	208
14.3.2. FACTORES PREDICTORES.....	215
14.3.3. EVALUACIÓN QUE LAS PARTICIPANTES HACEN DE LA INTERVENCIÓN	217
14.4. CONSIDERACIONES PERSONALES	218
14.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN Y DIRECTRICES FUTURAS	220
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	223

ANEXOS	237
ANEXO 1: PROTOCOLO DE EVALUACIÓN	239
FICHA DE ANTECEDENTES PERSONALES	241
ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA.....	243
ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....	245
ENTREVISTA ESTRUCTURADA VERSIÓN DSM-IV: TRASTORNOS DE ANSIEDAD	247
INSTRUMENTOS DE AUTOINFORME.....	261
ANEXO 2: PROTOCOLO DE TRATAMIENTO	267
MANUAL DE TRATAMIENTO: TERAPIA COGNITIVA + TERAPIA DE EXPOSICIÓN	269
MANUAL DE TRATAMIENTO: TERAPIA DE EXPOSICIÓN + TERAPIA COGNITIVA	287
MATERIAL EMPLEADO EN SESIONES	305

INDICE DE CUADROS

Cuadro 2.1. Ítems de la macroencuesta de violencia contra las mujeres (Instituto de la Mujer, 2000, 2003).....	23
Cuadro 6.1. Criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático en la CDI-10.....	72
Cuadro 12.1. Criterios de inclusión/exclusión de las participantes en el programa de tratamiento	137

INDICE DE FIGURAS

Figura 2.1. Evolución de denuncias por violencia doméstica desde 1998 a 2002	24
Figura 2.2. Mujeres muertas por violencia doméstica desde 1998 a 2002 – Cifras oficiales	26
Figura 2.3. Mujeres muertas por violencia doméstica desde 1998 a 2002 – Cifras de la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas	26
Figura 4.1. Modelo interactivo de la violencia doméstica	49
Figura 4.2. Desarrollo de la violencia conyugal.....	52
Figura 4.3. Secuencia del comportamiento violento	53
Figura 8.1. Arquitectura básica de la teoría SPAARS	87
Figura 8.2. Procesamiento cognitivo de estímulos relevantes que preceden un trauma	89
Figura 13.1. Distribución de la muestra: Edad.....	142
Figura 13.2. Distribución de la muestra: Estado civil	142
Figura 13.3. Distribución de la muestra: Número de hijos	142
Figura 13.4. Distribución de la muestra: Clase social subjetiva	142
Figura 13.5. Distribución de la muestra: Nivel educacional	142
Figura 13.6. Distribución de la muestra: Ocupación actual	142
Figura 13.7. Distribución de la muestra: Fuente de derivación.....	142
Figura 13.8. Tipo de violencia doméstica	146
Figura 13.9. Duración de la violencia	146
Figura 13.10. Frecuencia de la violencia en el último mes de relación	146
Figura 13.11. Porcentaje de la muestra que ha recibido asistencia médica por lesiones	146
Figura 13.12. Tipo de lesiones	146
Figura 13.13. Porcentaje de la muestra que ha denunciado la violencia doméstica.....	146
Figura 13.14. Porcentaje de la muestra que ha abandonado su hogar debido a la violencia.....	147
Figura 13.15. Duración de las salidas del hogar debido a la violencia doméstica	147
Figura 13.16. Lugar de refugio al abandonar el hogar debido a la violencia doméstica.....	147
Figura 13.17. Porcentaje de la muestra a la que la violencia ha afectado a sus hijos	147

Figura 13.18. Porcentaje de la muestra que ha padecido violencia en familia de origen.....	147
Figura 13.19. Porcentaje de la muestra que ha padecido violencia con pareja previa	147
Figura 13.20. Porcentaje de la muestra que cuenta con apoyo familiar	147
Figura 13.21. Porcentaje de la muestra que cuenta con apoyo social	147
Figura 13.22. Distribución de la muestra según diagnóstico BDI.....	150
Figura 13.23. Porcentaje de la muestra que presenta otros trastornos de ansiedad.....	151
Figura 13.24. Distribución de la muestra según expectativas, primera respuesta	151
Figura 13.25. Distribución de la muestra según expectativas, segunda respuesta	152
Figura 13.26. Distribución de la muestra según expectativas, tercera respuesta.....	152
Figura 13.27. Puntaje Escala de Gravedad de Síntomas del TEP (media y desviación típica (DT)): Intergrupo	157
Figura 13.28. Diagrama de error para los puntajes en la Escala de Gravedad de Síntomas del TEP: Intrasujeto	157
Figura 13.29. Puntaje subescala síntomas de reexperimentación (media y desviación típica (DT)): Intergrupo	158
Figura 13.30. Diagrama de error para los puntajes en la subescala de síntomas de reexperimentación: Intrasujeto	158
Figura 13.31. Puntaje subescala síntomas de evitación (media y desviación típica (DT)): Intergrupo	158
Figura 13.32. Diagrama de error para los puntajes en la subescala de síntomas de evitación: Intrasujeto	158
Figura 13.33. Puntaje subescala síntomas de aumento de activación (media y desviación típica (DT)): Intergrupo	158
Figura 13.34. Diagrama de error para los puntajes en la subescala de síntomas de aumento de activación: Intrasujeto.....	158
Figura 13.35. Resultado final: Comparaciones entre grupos y muestra total al postratamiento y Seguimiento de un mes. Muestra que acaba la terapia en modalidad grupal.....	160
Figura 13.36. Resultado final: Comparaciones entre grupos y muestra total al seguimiento de tres y seis meses. Muestra que acaba la terapia en modalidad grupal.	160
Figura 13.37. Resultado final: Comparaciones entre grupos y muestra total al postratamiento y seguimiento de un mes. Muestra que inició la terapia.	161

Figura 13.38. Resultado final: Comparaciones entre grupos y muestra total al seguimiento de tres y seis meses. Muestra que inició la terapia.....	162
Figura 13.39. Síntomas de reexperimentación: Comparaciones entre grupos y muestra total al postratamiento	163
Figura 13.40. Síntomas de reexperimentación: Comparaciones entre grupos y muestra total al seguimiento de un mes	163
Figura 13.41. Síntomas de reexperimentación: Comparaciones entre grupos y muestra total al seguimiento de tres meses	163
Figura 13.42. Síntomas de reexperimentación: Comparaciones entre grupos y muestra total al seguimiento de seis meses	163
Figura 13.43. Síntomas de evitación: Comparaciones entre grupos y muestra total al postratamiento	164
Figura 13.44. Síntomas de evitación: Comparaciones entre grupos y muestra total al seguimiento de un mes.....	164
Figura 13.45. Síntomas de evitación: Comparaciones entre grupos y muestra total al seguimiento de tres meses.....	164
Figura 13.46. Síntomas de evitación: Comparaciones entre grupos y muestra total al seguimiento de seis meses.....	164
Figura 13.47. Síntomas de aumento de activación: Comparaciones entre grupos y muestra total al postratamiento	165
Figura 13.48. Síntomas de aumento de activación: Comparaciones entre grupos y muestra total al seguimiento de un mes	165
Figura 13.49. Síntomas de aumento de activación: Comparaciones entre grupos y muestra total al seguimiento de tres meses	165
Figura 13.50. Síntomas de aumento de activación: Comparaciones entre grupos y muestra total al seguimiento de seis meses	165
Figura 13.51. Porcentajes de abandono para cada grupo experimental	167
Figura 13.52. Porcentaje de asistencia a sesiones: TC + TE.....	168
Figura 13.53. Porcentaje de asistencia a sesiones: TE + TC.....	168
Figura 13.54. Porcentaje de cumplimiento de tareas: TC + TE	169
Figura 13.55. Porcentaje de cumplimiento de tareas: TE + TC	169

Figura 13.56. Puntaje BDI (media y desviación típica (DT)): Intergrupo	170
Figura 13.57. Diagrama de error para los puntajes en el BDI: Intrasujeto.....	171
Figura 13.58. Diagnósticos de depresión según BDI, al pretratamiento, postratamiento y seguimientos: TC + TE.....	172
Figura 13.59. Diagnósticos de depresión según BDI, al pretratamiento, postratamiento y seguimientos: TE + TC.....	172
Figura 13.60. Diagnósticos de depresión según BDI, al pretratamiento, postratamiento y seguimientos: Muestra global.....	173
Figura 13.61. Puntaje Escala de Autoestima (media y desviación típica (DT)): Intergrupo.....	174
Figura 13.62. Diagrama de error para los puntajes en la Escala de Autoestima: Intrasujeto	174
Figura 13.63. Diagnóstico Escala de Autoestima: Comparaciones entre grupos y muestra total al postratamiento.	175
Figura 13.64. Diagnóstico Escala de Autoestima: Comparaciones entre grupos y muestra total al seguimiento de 1 mes.....	176
Figura 13.65. Diagnóstico Escala de Autoestima: Comparaciones entre grupos y muestra total al seguimiento de 3 meses.	176
Figura 13.66. Diagnóstico Escala de Autoestima: Comparaciones entre grupos y muestra total al seguimiento de 6 meses.	176
Figura 13.67. Puntaje Escala de Inadaptación: Sumatoria Escala Total (media y desviación típica (DT)). Intergrupo.....	180
Figura 13.68. Diagrama de error para los puntajes en la Escala de Inadaptación: Sumatoria Escala Total. Intrasujeto.....	180
Figura 13.69. Puntaje Escala Inadaptación: Trabajo–Estudios (media y desviación típica (DT)). Intergrupo	181
Figura 13.70. Diagrama de error para los puntajes en la Escala Inadaptación: Trabajo–Estudios. Intrasujeto	181
Figura 13.71. Puntaje Escala Inadaptación: Vida Social (media y desviación típica (DT)). Intergrupo	181
Figura 13.72. Diagrama de error para los puntajes en la Escala Inadaptación: Vida Social. Intrasujeto	181

Figura 13.73. Puntaje Escala Inadaptación: Tiempo Libre (media y desviación típica (DT)). Intergrupo	181
Figura 13.74. Diagrama de error para los puntajes en la Escala Inadaptación: Tiempo Libre. Intrasujeto	181
Figura 13.75. Puntaje Escala Inadaptación: Relación de Pareja (media y desviación típica (DT)). Intergrupo	182
Figura 13.76. Diagrama de error para los puntajes en la Escala Inadaptación: Relación de Pareja. Intrasujeto	182
Figura 13.77. Puntaje Escala Inadaptación: Vida Familiar (media y desviación típica (DT)). Intergrupo	182
Figura 13.78. Diagrama de error para los puntajes en la Escala Inadaptación: Vida Familiar. Intrasujeto	182
Figura 13.79. Puntaje Escala Inadaptación: Escala Global (media y desviación típica (DT)). Intergrupo	182
Figura 13.80. Diagrama de error para los puntajes en la Escala Inadaptación: Escala Global. Intrasujeto	182
Figura 13.81. Diagnóstico Escala Inadaptación: Comparaciones entre grupos y muestra total al postratamiento.	183
Figura 13.82. Diagnóstico Escala Inadaptación: Comparaciones entre grupos y muestra total al seguimiento de 1 mes.	184
Figura 13.83. Diagnóstico Escala Inadaptación: Comparaciones entre grupos y muestra total al seguimiento de 3 meses.	184
Figura 13.84. Diagnóstico Escala Inadaptación: Comparaciones entre grupos y muestra total al seguimiento de 6 meses.	184
Figura 13.85. Puntaje Inventario Cogniciones Postraumáticas: Escala Global (media y desviación típica (DT)). Intergrupo	187
Figura 13.86. Diagrama de error para los puntajes en el Inventario de Cogniciones Postraumáticas: Escala Global. Intrasujeto.....	187
Figura 13.87. Puntaje PTCI: Sí mismo (media y desviación típica (DT)). Intergrupo	188
Figura 13.88. Diagrama de error para los puntajes en el PTCI: Sí mismo. Intrasujeto.....	188
Figura 13.89. Puntaje PTCI: Mundo (media y desviación típica (DT)). Intergrupo	188

Figura 13.90. Diagrama de error para los puntajes en el PTCI: Mundo. Intrasujeto	188
Figura 13.91. Puntaje PTCI: Autopunición (media y desviación típica (DT)). Intergrupo.....	188
Figura 13.92. Diagrama de error para los puntajes en el PTCI: Autopunición. Intrasujeto	188
Figura 13.93. Número de síntomas de reexperimentación	189
Figura 13.94. Intensidad media de síntomas de reexperimentación.....	189
Figura 13.95. Cambio percibido por las participantes, sesión a sesión	195
Figura 13.96. Evaluación que hacen las participantes de la utilidad de las sesiones	196

INDICE DE TABLAS

Tabla 2.1. Estudios de prevalencia en Europa sobre violencia física en mujeres por parte de su pareja, 1982-1999	21
Tabla 3.1. Consecuencias de la violencia doméstica en la salud.....	30
Tabla 3.2. Relación entre violencia doméstica e ideación suicida	42
Tabla 5.1. Resumen de investigaciones de tratamiento en mujeres víctimas de violencia doméstica	62
Tabla 6.1. Criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático en el DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV y DSM-IV-TR	70
Tabla 7.1. Probabilidad de exposición a un suceso traumático en población general.....	78
Tabla 7.2. Resumen de factores de riesgo que predicen el trastorno de estrés postraumático	82
Tabla 9.1. Resumen de investigaciones de tratamiento en trastorno de estrés postraumático	97
Tabla 9.2. Resumen de resultados del meta-análisis de Van Etten & Taylor (1998).....	107
Tabla 9.3. Tamaños del efecto para cada variable del meta-análisis de Sherman (1998)	108
Tabla 12.1. Características sociodemográficas de la muestra	131
Tabla 12.2. Resumen del programa de tratamiento Terapia Cognitiva + Terapia de Exposición .	138
Tabla 12.3. Resumen del programa de tratamiento Terapia de Exposición + Terapia Cognitiva .	139
Tabla 13.1. Variables de la historia de violencia doméstica	144
Tabla 13.2. Medias y desviaciones típicas en la Escala de Gravedad de Síntomas del trastorno de estrés postraumático	148
Tabla 13.3. Frecuencia de los diferentes síntomas del trastorno de estrés postraumático (en %) .	149
Tabla 13.4. Medias y desviaciones típicas en los instrumentos de autoinforme	149
Tabla 13.5. Diagnóstico de trastornos de ansiedad distintos al trastorno de estrés postraumático	151
Tabla 13.6. Expectativas de tratamiento, primera respuesta	151
Tabla 13.7. Expectativas de tratamiento, segunda respuesta.....	152
Tabla 13.8. Expectativas de tratamiento, tercera respuesta.....	152
Tabla 13.9. <i>Ji</i> -cuadrado intergrupo: Variables sociodemográficas y de historia de violencia doméstica relevantes.....	153

Tabla 13.10. <i>t</i> de student intergrupo: Variables sociodemográficas y de historia de violencia doméstica relevantes.....	153
Tabla 13.11. <i>t</i> de student intergrupo: Variables dependientes.....	154
Tabla 13.12. Medias, desviaciones típicas y estadístico de la prueba de Wilcoxon para las medidas de las variables dependientes. Comparación pretratamiento y control de lista de espera.....	155
Tabla 13.13. ANOVA: Escala de Gravedad de Síntomas del trastorno de estrés postraumático..	156
Tabla 13.14. Distribución de la muestra según diagnóstico de trastorno de estrés postraumático al postratamiento y seguimientos: Muestra que acaba la terapia en modalidad grupal (N = 33)	159
Tabla 13.15. <i>Ji</i> -cuadrado intergrupo: Diagnóstico de trastorno de estrés postraumático, muestra que acaba la terapia en modalidad grupal (N = 33).....	160
Tabla 13.16. Distribución de la muestra según diagnóstico de trastorno de estrés postraumático al postratamiento y seguimientos: Muestra que inició la terapia (N = 50).....	161
Tabla 13.17. <i>Ji</i> -cuadrado intergrupo: Diagnóstico de trastorno de estrés postraumático, muestra que inició la terapia (N = 50).....	162
Tabla 13.18. Distribución de la muestra según sintomatología de reexperimentación, al postratamiento y seguimientos	163
Tabla 13.19. Distribución de la muestra según sintomatología de evitación, al postratamiento y seguimientos	164
Tabla 13.20. Distribución de la muestra según sintomatología de aumento de activación, al postratamiento y seguimientos	165
Tabla 13.21. <i>Ji</i> -cuadrado intergrupo: Sintomatología Postraumática	166
Tabla 13.22. Frecuencias y porcentajes de abandonos en los grupos experimentales.....	166
Tabla 13.23. <i>Ji</i> -cuadrado intergrupo: Abandono.....	167
Tabla 13.24. Frecuencias y porcentajes de asistencia a sesiones en los grupos experimentales...	167
Tabla 13.25. Frecuencias y porcentajes de cumplimiento de tareas en los grupos experimentales	168
Tabla 13.26. ANOVA: BDI.....	170
Tabla 13.27. Distribución de la muestra según diagnóstico en el BDI al postratamiento y seguimientos	172

Tabla 13.28. <i>Ji</i> -cuadrado intergrupo: Diagnóstico de depresión según BDI.....	173
Tabla 13.29. ANOVA: Escala de Autoestima.....	174
Tabla 13.30. Distribución de la muestra según puntaje de corte en la Escala de Autoestima al postratamiento y seguimientos	175
Tabla 13.31. <i>Ji</i> -cuadrado intergrupo: Diagnóstico Escala de Autoestima	177
Tabla 13.32. ANOVA: Escala de Inadaptación.....	178
Tabla 13.33. Distribución de la muestra según puntaje de corte en la Escala de Inadaptación al postratamiento y seguimientos	183
Tabla 13.34. <i>Ji</i> -cuadrado intergrupo: Diagnóstico Escala de Inadaptación	185
Tabla 13.35. ANOVA: Inventario de Cogniciones Postraumáticas (PTCI).....	186
Tabla 13.36. Resumen del estudio de factores predictores: Resultado final	192
Tabla 13.37. Resumen del estudio de factores predictores: Abandono.....	193
Tabla 13.38. Saturación de los 6 primeros ítems de la Escala de Cambio Percibido, agrupados en un factor.....	194

AGRADECIMIENTOS

Me resulta difícil expresar todo lo que pienso y siento ahora que -¡Al fin!- estoy acabando este trabajo, pero quisiera poder plasmar en este espacio mis agradecimientos a quienes me han acompañado en estos años y me han ayudado en la realización de esta investigación, en un intento por retribuir de alguna manera todo lo que he recibido de ellos.

En primer lugar, quiero agradecer a Francisco Labrador haberme puesto en contacto con el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I, cuando, estando en Chile, le conté mis planes de venir a estudiar a España. Sin su ayuda, todo lo que ha sucedido desde entonces no hubiera sido posible. Una vez en España, aceptó dirigir esta Tesis Doctoral y lo hizo de manera que para mí siempre resultó un agrado trabajar en ella. Gracias, Paco, por haber sabido corregirme con cariño, por haberme apoyado activamente en el establecimiento de contactos para obtener la muestra, por leer una y mil veces los manuscritos que te he entregado, por compartir conmigo tus ideas y conocimientos y enseñarme un poquito más de esta disciplina cada vez que discutimos algún asunto. Pero sobre todo, gracias por mantener conmigo, además de la relación académica, una relación de amistad.

Quiero también agradecer a María Luisa de la Puente su ayuda en los trámites que hube de hacer para el proceso de admisión en el programa de doctorado, su apoyo, su dedicación y su cariño. Marisa, te recuerdo a menudo y cada vez que lo hago es en el sentido original de la palabra: Vuelves a pasar por mi corazón.

A Ana Fernández-Alba, a quien conocí a través de Francisco Labrador, quiero agradecerle su preocupación permanente por mi investigación, el tiempo que dedicó a revisar mis traducciones y el tiempo, mayor aún, que destinó a resolver mis dudas y orientarme cuando necesité su apoyo. Ana, desde el primer curso de doctorado te he ido a visitar y te he llamado pidiendo consejos, ayuda o quizás sólo que me contaras cómo habías ido haciendo tú las cosas, y siempre he obtenido mucho más. Tu tesis ha sido para mí un modelo desde que conocí tu trabajo, pero con el tiempo el modelo has sido tú: Sabes hacer las cosas bien, con dedicación, con seriedad, con optimismo, con respeto y transparencia. Gracias por compartir conmigo esa forma de ver la vida.

A Rosario Martínez Arias, a quien tuve la suerte de conocer gracias a Ana Fernández-Alba, deseo agradecerle haberme permitido asistir como oyente a sus magníficas clases de doctorado, su tiempo y dedicación en el análisis de los resultados de esta investigación y su accesibilidad en todo momento. Gracias, Charo, por resolver mis múltiples dudas y hacerlo con sencillez y claridad, gracias por tus sugerencias, pero sobre todo, gracias por ser tan cercana y cordial.

También quisiera agradecer a Jesús Sanz su ayuda en las fases iniciales de esta investigación. Sus consejos fueron claves para orientar desde el comienzo lo que iba ser mi tesis doctoral y realizar el trabajo de investigación de segundo año que fue el inicio de éste. Gracias, Jesús, por ayudarme con los análisis estadísticos de dicho trabajo, por tu disponibilidad y amabilidad permanentes.

A Pilar de Luis por su apoyo desde el comienzo de la investigación, no sólo derivando participantes a terapia, sino también con sus consejos acerca del programa de intervención que estaba elaborando. Gracias, Pilar, por tu apoyo en todo momento, incluso en aquellos en que veía todo gris.

A Sonia Gutiérrez, por haber dedicado parte de su tiempo para ayudarme a conseguir fuentes de derivación. Tu apoyo fue importantísimo.

Al Centro de Servicios Sociales de Las Rozas por permitirme llevar a cabo la prueba piloto del programa de tratamiento.

A la Concejalía de Mujer del Ayuntamiento de Collado-Villalba, Concejalía de Mujer del Ayuntamiento de Leganés, Piso de acogida para víctimas de violencia doméstica de la Concejalía de Mujer del Ayuntamiento de Toledo, Servicio de Atención a la Víctima de los Juzgados de Coslada, Servicio de Atención a la Víctima de los Juzgados de Móstoles, y Servicio de Atención a la Víctima del Decanato Plaza de Castilla, de la Comunidad Autónoma de Madrid, por colaborar con esta investigación al derivarme participantes para el programa de tratamiento.

A M^a Carmen Márquez, por tenderme una mano para ayudarme en los muchos trámites que he debido hacer en estos años. Gracias, Mari Carmen, por el tiempo que has dedicado gratuitamente en gestionar lo que he necesitado.

A José Juan Vázquez, Manuel Muñoz, María Crespo, María Arinero y Paz de Corral, gracias por facilitarme información y material bibliográfico que me ha resultado valiosísimo para desarrollar este trabajo.

A Sonia Panadero, por haberse leído la parte teórica en busca de erratas y de “chilenismos” que hubiesen escapado a las revisiones anteriores (seguro que al releer la tesis encontramos más de alguna errata o de un modismo que no vimos). Pero sobre todo, Sonia, gracias por estar ahí en los buenos y malos momentos, por tu cariño permanente, por tus llamadas constantes, por nuestras eternas charlas, por los almuerzos de los martes, por invitarme a salir de mi “encierro” en los últimos meses, en definitiva, gracias por tu amistad.

A Juan Ramón Campos, por acercarme al mundo de la poesía. Con lo bien que tú escribes, JuanRa, no puedo escribir nada para ti... Sólo gracias por estar ahí.

A la Universidad de Concepción, Chile, mi alma mater, y, específicamente, a la Facultad de Ciencias Sociales y al Departamento de Psicología que, haciendo honor al lema de nuestra Casa de Estudios, me han proporcionado el tiempo necesario para mi formación académica y para el “desarrollo libre de mi espíritu”.

A mi familia, por su apoyo constante y por su cariño; a pesar de la distancia, siempre los he sentido a mi lado.

Y, finalmente, deseo agradecer a Eduardo Gacitúa por su soporte informático, revisión de mis traducciones, lectura de mis escritos y su apoyo permanente frente a cualquier dificultad que surgía. Gracias, Nono, por haberlo dejado todo para acompañarme en este viaje, gracias por haber querido prolongar nuestra estancia para que yo pudiera acabar esta tesis, pero sobre todo, gracias por ser ese bálsamo que, con nuestra historia, calmaba el dolor y me hacía olvidar tantas historias de desamor y malos tratos que he conocido en estos años.

PARTE TEÓRICA

VIOLENCIA DOMÉSTICA

1.

DEFINICIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

La violencia doméstica es un problema social de gran magnitud, motivo, en la actualidad, de una importante alarma en la comunidad internacional. Su elevada incidencia, sus consecuencias negativas, tanto físicas como psicológicas, para las víctimas y sus familiares, y la gravedad de los hechos que entraña, hace que constituya una seria violación a los derechos humanos.

Sin embargo, con frecuencia es un problema al que se le resta importancia considerando que es algo “raro” o “anormal”, en términos de norma estadística, es decir, poco usual, y que los pocos casos que se dan, pertenecen al ámbito de lo estrictamente personal o privado. De ahí que sean comunes posturas de inhibición o falta de atención ante él, como si bastara con no darle importancia para que por sí mismo se redujera. La realidad es otra, en la medida en que se ignora que este problema existe, cómo se da y en qué consiste, se puede llegar a ser cómplice, por acción u omisión, de una situación que causa un inmenso sufrimiento a las personas que la padecen.

1.1. DEFINICIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

Las definiciones de violencia doméstica son múltiples y varían según diversos criterios.

En primer lugar, según la forma en que se entienda el problema. Tradicionalmente, han existido dos grandes corrientes dentro del estudio de la violencia doméstica. Por una parte, aquella conocida como *Perspectiva de Violencia de Familia*, que como su nombre indica, se centra en las distintas formas de violencia que pueden darse entre los miembros de una familia, y por otra, aquella conocida como *Perspectiva Feminista*, cuyo objeto de estudio es la violencia perpetrada contra la mujer por el hombre maltratador (Johnson, 1995). Estas dos perspectivas han dado lugar a definiciones muy distintas de la violencia doméstica.

En la misma línea se encuentran las diferencias derivadas del hecho de que desde diversas disciplinas se trabaja en este tema, y cada especialidad fija la significación de la violencia doméstica según su propio punto de vista y utilizando los términos que le son más comunes. Así, los vocablos empleados y las definiciones usadas en derecho, psicología, sociología y trabajo social, varían considerablemente y aportan distintos matices al tema de estudio.

Asimismo, las definiciones de lo que es violencia doméstica dependen del sujeto en el que se pone el acento: Si en la víctima o en el victimario. Cuando se define violencia doméstica desde la perspectiva de quien la ejerce, las definiciones suelen apuntar a la intención o a las acciones de

esta persona. Por el contrario, cuando se la define desde la óptica de quien resulta afectado por dichos actos, las definiciones aluden al impacto o consecuencias de la violencia en las víctimas (Riggs, Caulfield & Street, 2000).

A estas diferencias en el punto de vista utilizado para observar la realidad, se suma el hecho, bien conocido en el quehacer científico o académico, de que los términos empleados para hacer referencia a un fenómeno, cada cierto tiempo requieren ser renovados, ya que: a) De tanto ser usados resultan “manoseados” y terminan significando una cosa distinta de la que significaban en su origen, b) Se vuelven limitados para dar cuenta de una realidad compleja de la que se tiene cada vez más información, o c) Por el contrario, resultan poco precisos para abordar un fenómeno.

De hecho, al revisar las investigaciones acerca de violencia doméstica publicadas en inglés, se encuentran diversas expresiones para identificar la violencia doméstica, además de “domestic violence”, se utiliza: “battered women”, “dating abuse”, “family violence”, “partner abuse”, “violence against women”, “wife abuse”, “woman abuse”, entre otros. En las publicaciones de habla hispana, sucede un poco de lo mismo; se habla indistintamente de abuso doméstico, abuso familiar, maltrato doméstico, mujer maltratada, violencia conyugal, violencia de género, violencia doméstica, violencia familiar, etc. Si dentro de una lengua las expresiones utilizadas no significan exactamente lo mismo, no es necesario señalar lo que sucede al realizar traducciones.

Lo hasta aquí expuesto no sería más que una reflexión anecdótica, si la carencia de consenso en torno a una definición de violencia doméstica y a los términos utilizados para referirse a ella, no tuviera consecuencias negativas en el avance de este tema de estudio. Las diversas formas de abordar el fenómeno de la violencia doméstica han dado lugar a diferentes líneas de investigación, y consecuentemente, a diferentes resultados en la observación de ella (Fincham, 2000; Johnson, 1995; Riggs, Caulfield & Street, 2000). Del mismo modo, la variedad de términos utilizados en el área, ha ocasionado falta de precisión en las comparaciones entre investigaciones – ya sean de una misma disciplina o interdisciplinarias– y dificultades para llevar a cabo estudios transculturales (American Psychological Association, 2002; Walker, 1999a). Por último, el uso que se hace del lenguaje puede tener profundos efectos en la sociedad, al dirigir la atención hacia ciertos aspectos de la realidad, ignorando otros que pueden ser igualmente necesarios en el desarrollo de políticas sociales e implementación de programas de intervención (Fincham, 2000; Johnson, 1995).

Existen dos posibles soluciones a este problema: 1) Llegar a una visión consensuada de lo que es la violencia doméstica y de ahí elaborar una definición estándar, y 2) Describir con precisión los hechos, conductas y/o consecuencias a los que se alude al hablar de violencia doméstica. Dado el estado actual del tema, la primera solución parece difícil y lejana, sobre todo si se considera que algunos investigadores plantean que se está abordando la violencia doméstica como si se tratase de

un solo fenómeno, cuando en realidad se trata de fenómenos distintos (Fincham, 2000; Johnson, 1995), mientras que otro grupo de estudiosos, plantean que sólo recientemente se ha logrado que las diversas formas de violencia doméstica sean consideradas como un único campo de estudio (American Psychological Association, 2002). Por lo tanto, parece más adecuado revisar lo que organizaciones internacionales entienden por violencia doméstica, para tener una visión de relativo consenso y, luego, hacer una definición precisa de lo que se entenderá por violencia doméstica a lo largo de los diversos capítulos de esta investigación.

Así, un punto de partida para caracterizar la violencia doméstica, puede ser la definición que Naciones Unidas hace de la *violencia contra las mujeres*, en el artículo 1º de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer: “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 producen en la vida pública como en la vida privada” (Naciones Unidas, 1994).

Esta definición corresponde a lo que también se conoce como *violencia de género*, sin embargo, cuando la violencia de género es ejercida por el cónyuge o pareja de la víctima, usualmente se denomina *violencia o maltrato conyugal, familiar o doméstico*. No obstante, estas denominaciones no aluden exactamente a lo mismo y la diferencia está en el adjetivo que las define.

Por *conyugal*, se entiende la violencia o malos tratos en una relación de pareja. En un inicio este término sólo era aplicable a una relación matrimonial, pero hoy en día este vocablo parece limitado y es necesario la utilización de otros o del mismo, pero abarcando la extensión de todas las parejas posibles -tanto según el nivel de compromiso contraído públicamente, como en la orientación sexual de sus miembros-, es decir, relaciones de noviazgo, convivencia, matrimonio e incluso ex parejas, independientemente de que se trate de parejas heterosexuales u homosexuales.

Por *familiar*, se entiende el maltrato o violencia que se da entre miembros de una misma familia, por lo que se incluye no sólo la violencia conyugal, sino también la violencia que puede darse entre hermanos (escasamente estudiada), el maltrato infantil (desde cualquiera de los progenitores a los hijos) y el maltrato a ancianos (ya sea por familiares o cuidadores).

Por último, por *doméstico* se alude, literalmente, al maltrato o violencia que se da entre personas que comparten un domicilio o morada, tengan o no relación de parentesco. Si bien, al comparar este término con el anterior, parece haberse restringido la definición de maltrato, esta modificación surge desde el ámbito jurídico como una manera de ampliar la definición que se hacía con el adjetivo *familiar*, al permitir incluir en él todos los casos de violencia entre personas que cohabitan en una morada, sin que tenga que existir una relación de parentesco entre ellos (Lanzos,

2001). Actualmente, cuando se alude a la violencia doméstica entre miembros de una pareja, el hecho de que compartan o no domicilio no es definitorio.

La Unión Europea, apoyándose en las recomendaciones de organismos internacionales como la Organización de Naciones Unidas y el Consejo de Europa, ha elaborado políticas tendientes a solucionar el problema de la violencia contra la mujer, y dentro del mismo, el de la violencia doméstica. Así, en el “Estudio sobre las Medidas Adoptadas, por los Estados Miembros de la Unión Europea, para Luchar contra la Violencia hacia las Mujeres”, llevado a cabo durante la Presidencia Española de la Unión Europea, se presenta una definición de *violencia doméstica* que pretende aglutinar un gran número de definiciones en el área. De este modo, “...se entendería como violencia doméstica aquel tipo de violencia, ya sea, física sexual y/o psicológica –en este último caso si se produce de forma reiterada– ejercida sobre la/el cónyuge o la persona que está o haya estado ligada al agresor por una relación de afectividad, o sobre aquellos miembros de la familia que forman parte del mismo núcleo de convivencia. En muchos casos, sobre todo en el de la violencia doméstica ejercida sobre las mujeres, ésta tiene lugar porque el agresor está en una posición de dominio permanente sobre la mujer.” (Instituto de la Mujer [Díaz-Aguado & Martínez Arias], 2002a, p. 12).

En este mismo estudio, se plantea que cualquier definición de violencia doméstica debe contener los siguientes elementos (Instituto de la Mujer [Díaz-Aguado & Martínez Arias], 2002a):

- Ejercicio de violencia física, sexual y/o psicológica.
- Practicada por la/el cónyuge o ex-cónyuge, pareja de hecho, ex-pareja o cualquier otra persona con la que la víctima forme o haya formado una unión sentimental o por cualquier otro miembro de la unidad familiar.
- El agresor está en una situación de dominio permanente, en los casos en que la víctima es la mujer.
- Habitualidad en el caso de la violencia psicológica, es decir, reiteración de los actos violentos.

Si bien esta última definición es bastante completa, parece interesante revisar la proposición que hace el grupo de trabajo en Violencia y Familia de la Asociación Americana de Psicología, que define el *abuso y violencia familiar* como: “La variedad de maltrato físico, sexual y emocional, que utiliza un miembro de la familia contra otro”, entendiéndose por *familia* “...la variedad de relaciones, más allá de las de parentesco o matrimonio, en reconocimiento de que dinámicas similares de abuso pueden ocurrir en esas relaciones” (American Psychological Association, 2002, p. 1).

Del mismo modo, este grupo de trabajo, define la *violencia doméstica* como “Un patrón de conductas abusivas que incluye un amplio rango de maltrato físico, sexual y psicológico, usado por una persona en una relación íntima contra otra, para ganar poder o para mantener el abuso de poder, control y autoridad sobre esa persona” (Walker, 1999a, p. 23). Y el *maltrato*, como el “...patrón de abuso físico, sexual o psicológico que se da en relaciones íntimas” (American Psychological Association, 2002, p. 2).

Como puede apreciarse, los términos *familiar* y *doméstico* pueden usarse indistintamente para hablar de este tema y ninguno de los dos se refiere al sentido literal del vocablo, sino que se asume que abarcan todas las relaciones posibles independiente de los lazos de parentesco y de la cohabitación. Con respecto al uso de los términos *violencia*, *maltrato* y *abuso*, parece no haber mayores diferencias en su uso. En lo que respecta a esta investigación se prefiere hablar de violencia doméstica por dos razones: a) Hablar de violencia parece dar una imagen más clara de la gravedad del problema en cuestión y, b) Al utilizar los vocablos, *violencia* y *doméstica*, se es consistente con los términos actualmente empleados en el ámbito judicial e internacional.

1.2. TIPOS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

Aunque el objetivo principal de las conductas de violencia doméstica es conseguir el “control” de las conductas de la víctima, se consideran tres grandes categorías dentro de la violencia doméstica –violencia física, sexual y psicológica- que si bien se interrelacionan constantemente y rara vez se dan de manera aislada (Dutton, 1993), es conveniente considerar por separado para realizar una descripción precisa de las conductas a las que se alude al hablar de violencia doméstica.

1.2.1. VIOLENCIA O MALTRATO FÍSICO

Se entiende por maltrato físico, cualquier conducta que implique la utilización intencional de algún instrumento o procedimiento para afectar al organismo de otra persona de modo que encierre riesgo de lesión física, enfermedad, daño o dolor, con independencia de los resultados de dicha conducta (López, 2002; McAllister, 2000; Villavicencio & Sebastián, 1999a).

Deben considerarse tanto conductas “activas”, por ejemplo, abofetear, empujar, golpear, escupir, dar puñetazos, patadas, estrangular, utilizar objetos, armas o sustancias químicas con el fin de causar una lesión, etc., como conductas “pasivas”, entre ellas la privación de cuidados médicos durante una enfermedad o lesión (incluidas las lesiones causadas por los malos tratos), o el no aviso intencionado de situaciones de evidente riesgo físico (fallo en los frenos del coche, escape de gas, etc.).

El maltrato físico es el tipo de maltrato más evidente y el que es más fácil de identificar, por eso suele ser al que se da más importancia, tanto en el ámbito personal como en el social. No obstante, suele verse precedido por el maltrato psicológico (O'Leary, 1999).

1.2.2. VIOLENCIA O MALTRATO SEXUAL

Se entiende por maltrato sexual cualquier intimidad sexual forzada, ya sea por amenazas, intimidación, coacción o por llevarse a cabo en estado de inconsciencia o indefensión. Incluye todo tipo de conducta de carácter sexual, no limitándose a la penetración vaginal o anal (Dutton, 1993; López, 2002; McAllister, 2000; Villavicencio & Sebastián, 1999a).

Aunque esta categoría en realidad es un tipo de maltrato físico, se suele considerar de forma diferenciada por tener connotaciones muy particulares. Por una parte, por la mayor intimidad asumida para este tipo de comportamientos, y por otra, porque aún muchas personas consideran que es un “deber” u “obligación” realizar conductas sexuales en una relación de pareja, por lo que es poco frecuente que las víctimas estimen que han padecido maltrato sexual, incluso cuando han sido violentamente exigidas por parte de su pareja.

1.2.3. VIOLENCIA O MALTRATO PSICOLÓGICO

Se entiende por maltrato psicológico, cualquier conducta, física o verbal, activa o pasiva, que atenta contra la integridad emocional de la víctima, en un intento de producir en ella intimidación, desvalorización, sentimientos de culpa o sufrimiento (López, 2002; McAllister, 2000; Villavicencio & Sebastián, 1999a).

Humillaciones, descalificaciones o ridiculizaciones, tanto en público como en privado, aislamiento social y económico, amenazas de maltrato a ella o a sus seres queridos, destrucción o daño a propiedades valoradas por la víctima (objetos o animales), amenazas repetidas de divorcio o abandono, etc., son ejemplos de este tipo de maltrato. También lo son la negación de la violencia y la atribución de responsabilidad absoluta a la víctima en los episodios de maltrato.

Este tipo de violencia es más difícil de identificar y evaluar (McAllister, 2000; Walker, 1979), por lo que se sugiere que su severidad sea estimada en función tanto de la frecuencia con la que se da como del impacto subjetivo que supone para la víctima (Walker, 1979). No obstante, se han desarrollado múltiples instrumentos para medirla y existen diversos estudios que demuestran que sus consecuencias son al menos tan perniciosas como las del maltrato físico (O'Leary, 1999).

En ocasiones se ha considerado como categorías distintas el *maltrato económico o financiero*, que alude al control absoluto de los recursos económicos de la víctima; el *maltrato estructural*, que se refiere a diferencias y relaciones de poder que generan y legitiman la desigualdad; el *maltrato espiritual*, que alude a la destrucción de las creencias culturales o

religiosas de la víctima o a obligarla a que acepte un sistema de creencias determinado (Instituto de la Mujer, 2000); y el *maltrato social*, que se refiere al aislamiento de la víctima, privación de sus relaciones sociales y humillación en éstas (Instituto Vasco de la Mujer, 2002). Sin embargo, se prefiere considerar estos tipos de maltrato, como subcategorías del maltrato psicológico, ya que apuntan al control de la mujer a través de la creación de un fuerte sentimiento de desvalorización e indefensión.

1.3. PATRÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MUJER

Una vez que se da un episodio de violencia doméstica, lo más probable es que vuelva a repetirse, aunque el tipo de maltrato pueda ser distinto en una y otra ocasión. Walker (1979, 1989) trata de dar cuenta de ello en su “Teoría del ciclo de la violencia”, según la cual la violencia doméstica se da en un ciclo que comprende tres fases, que varían en duración e intensidad en una misma pareja y en diferentes parejas.

1. *Fase de acumulación de tensión*: Esta fase se caracteriza por agresiones psicológicas, cambios repentinos e imprevistos en el estado de ánimo, incidentes “menores” de malos tratos (pequeños golpes, empujones) por parte del agresor hacia la víctima. Ésta, en un intento por calmar a su pareja, tiende a comportarse de forma sumisa o ignora los insultos y descalificaciones de él, minimiza lo sucedido ya que sabe que las acciones de él pueden ser peores, incluso intenta negar los malos tratos, atribuyendo cada incidente aislado a factores externos y no a su pareja –“quizás tiene problemas en el trabajo” o “ha bebido mucho y no sabe lo que hace”-, por lo que si ella espera, las cosas cambiarán y él mejorará su trato hacia ella. Lamentablemente las cosas no mejoran y, por el contrario empeoran, ya que se da una escalada en esos incidentes “menores” de maltrato.

En el inicio de esta primera fase, ella tiene algo de control sobre lo que sucede, pero en la medida en que la tensión aumenta, lo va perdiendo rápidamente. El maltratador, debido a la aparente aceptación pasiva que ella hace de su conducta, no intenta controlarse, se cree con derecho a maltratar y constata que es una forma efectiva de conseguir que la mujer se comporte como él desea. Algunas víctimas, en la etapa final de esta fase, comienzan una discusión para controlar dónde y cuándo se va a producir la agresión y así tomar precauciones que permitan minimizar las consecuencias del episodio de maltrato. Ya no pueden soportar por más tiempo el miedo, la rabia y la ansiedad, y saben, por experiencia, que después de la agresión vendrá una fase de calma.

2. *Fase de explosión, agresión o incidente de maltrato agudo*: Cuando la tensión de la fase anterior llega al límite, se produce la descarga de la misma a través de maltrato psicológico, físico o sexual grave. Esta fase se distingue de la anterior por la ausencia total de control en los

actos del maltratador y por la mayor destructividad que entraña. El agresor reconoce que su furia ha sido desmedida y si bien, empieza intentando justificar sus actos, acaba sin comprender qué es lo que ha sucedido, la agresión ha empezado en un intento de darle una lección a la víctima, sin la intención de causarle mayor daño, y ha finalizado cuando él siente que ella ha aprendido la lección, sin embargo, ella ha sido severamente maltratada.

En esta fase se producen los mayores daños físicos en la víctima, que en casos extremos pueden llegar a causarle la muerte. De hecho, es después de este período cuando la mujer busca asistencia médica, lo que ocurre, según la autora, en menos del 50% de los casos.

Esta fase suele ser la más breve de las tres, usualmente dura entre 2 y 24 horas, si bien muchas víctimas han informado haberla vivido durante una semana o más. Cuando acaba, suele verse seguida de un estado inicial de choque, negación e incredulidad sobre lo sucedido.

3. *Fase de arrepentimiento, reconciliación o luna de miel*: En esta fase no hay tensión ni agresión, el hombre se arrepiente y pide perdón a la víctima, prometiendo que no volverá a suceder. Se comporta de manera encantadora y amorosa. El maltratador realmente cree que nunca volverá a hacerle daño a la mujer que ama y que será capaz de controlarse, al mismo tiempo, cree que ella ya ha aprendido su lección por lo que no volverá a comportarse de manera “inadecuada” y él no se verá obligado a golpearla.

La mujer le cree e intenta asimilar la situación como una “pérdida de control momentánea” de su pareja que no volverá a repetirse, cree que él será capaz de hacer lo que ha prometido y, asimismo, cree que ella podrá cambiarlo y que las cosas serán mejores en el futuro. Ella elige creer que las conductas que en este momento el agresor manifiesta, son indicativas de lo que él es en realidad y que los comportamientos de las dos fases previas no representan lo que su pareja es.

Lamentablemente, es en este período cuando es más difícil para la mujer tomar la decisión de dejar al agresor y, sin embargo, es también en este momento cuando ella tiene más contacto con personas que pueden ayudarla, ya que tiene más libertad para salir de casa y mantener relaciones sociales.

La duración exacta de esta fase no ha sido determinada, parece ser más larga que la segunda, pero más corta que la primera, no obstante, en algunos casos parece no durar más que un breve momento o ni siquiera se da el arrepentimiento por parte de la pareja y sólo se da un período de no tensión. No parece haber nada que marque el término de esta fase, y bien de forma progresiva, o en algunos casos de forma más abrupta, el ciclo comenzará nuevamente con un nuevo aumento de la tensión.

Según la autora, las mujeres en esta situación suelen no percibir este ciclo y responden a las conductas violentas y amorosas como eventos que ocurren de manera aleatoria en la relación.

A medida que pasa el tiempo las fases empiezan a hacerse más cortas, llegando a momentos en que se pasa de una breve fase de acumulación de la tensión a la fase de explosión y así sucesivamente, sin que medie la fase de arrepentimiento que acaba por desaparecer. En este momento las mujeres pueden pedir ayuda, reconociendo que están ante un problema para el que necesitan apoyo, más allá de la atención médica inmediata.

Las características del maltrato, el hecho de que se dé de manera repetida e imprevisible, suelen producir respuestas de indefensión y sumisión en la mujer, conductas que tienen, a su vez, el efecto de reforzar el comportamiento agresivo del hombre ayudando a crear un círculo vicioso, o, mejor dicho, una espiral de violencia, pues es frecuente que la intensidad de las conductas violentas se incremente de forma progresiva. Esto es lo que Walker ha denominado *escalada de la violencia*, los episodios de maltrato son cada vez más intensos y peligrosos, es decir, si en un comienzo el agresor se limitaba a dar empujones o una bofetada, con el tiempo son verdaderas palizas caracterizadas por golpes con objetos contundentes o incluso el uso de armas, por lo cual en la medida en que la situación se cronifique, corre cada vez más peligro la vida de la víctima.

Si bien, algunos autores plantean que la violencia doméstica no siempre sigue este patrón de ciclo y escalada (Dutton, 1993; Johnson, 1995), ambos conceptos son útiles al caracterizar la violencia doméstica, permitiendo una mayor comprensión del fenómeno.

En lo que se refiere a la escalada de violencia doméstica, falta desarrollar mejores procedimientos para registrar sucesos cronológicamente, de manera que se pueda captar este fenómeno (Instituto de la Mujer [Díaz-Aguado & Martínez Arias], 2002b).

1.4. CONCEPTOS ERRÓNEOS ACERCA DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

Un problema importante al que se ven enfrentadas las víctimas de malos tratos, tiene que ver con conceptos asociados a la definición de violencia doméstica y que se han convertido en verdaderos mitos acerca de ésta. Desgraciadamente, todavía prevalece en la opinión pública una serie de concepciones al respecto que, de una forma u otra, se dirigen bien a minimizar el problema (es un fenómeno poco frecuente, sólo de personas “raras”, etc.), bien a tratar de justificar su presencia (medió una provocación, algo habrá hecho la víctima para que el agresor actúe así, etc.). Parece conveniente detenerse unos momentos a considerar algunos de ellos por el efecto tan negativo que este tipo de ideas tiene sobre el problema y su posible solución.

1. Los casos de violencia doméstica son escasos, más bien se trata de situaciones aisladas.

Esto queda desmentido al observar la prevalencia de casos de violencia doméstica, cuestión que se abordará más adelante, baste decir que una de cada tres mujeres en el mundo ha padecido malos tratos o abusos.

2. *Los hombres maltratados por las mujeres constituyen un problema tan grave como el de las mujeres que sufren violencia doméstica.*

El 95% de los adultos maltratados son mujeres (Echeburúa & Corral, 1998).

3. *La violencia doméstica es un problema de las clases sociales bajas.*

La violencia es más visible y pública en los estratos más bajos. Las clases altas, en cambio, tienen acceso a la atención privada de médicos, abogados y psicólogos lo que les permite ocultar el problema (Walker, 1979). Por otra parte, los investigadores de estos temas suelen obtener sus muestras de los sectores más pobres por ser más fácilmente accesibles.

4. *Las personas educadas y cultas no son violentas.*

Sufrir maltrato no es prueba de tener menor educación, así como tampoco lo es el hecho de ser agresivo. La educación formal y la violencia doméstica no son incompatibles. Es la educación informal, familiar y social, la que sienta las bases para la desvalorización y la violencia.

En una revisión acerca de factores de riesgo de violencia doméstica realizada por Riggs, Caulfield & Street (2000), entre los pocos factores sociodemográficos que parecen tener alguna relación con la perpetración de violencia doméstica, no figura el nivel educacional.

5. *La violencia doméstica es producto de algún tipo de enfermedad mental.*

Estudios realizados muestran que menos del 10% de los casos de malos tratos son ocasionados por trastornos psicopatológicos de alguno de los miembros de la pareja. Por el contrario, se ha demostrado que las personas sometidas a situaciones crónicas de violencia a menudo desarrollan trastornos psicopatológicos como los trastornos de ansiedad o la depresión (Corsi, 1994).

6. *El abuso de drogas y alcohol es responsable de la violencia doméstica.*

El consumo de alcohol o de drogas puede favorecer la emergencia de conductas violentas, pero no las causa. De hecho, muchas personas actúan violentamente contra los miembros de sus familias sin haber tomado alcohol ni haber consumido drogas. Del mismo modo, hay muchos alcohólicos y drogadictos que no son violentos (Corsi, 1994; Echeburúa & Corral, 1998; Villavicencio & Batista, 1992; Walker, 1979).

En investigaciones en que se intenta establecer relación entre el uso de alcohol y drogas y los episodios de violencia doméstica, no se encuentran datos claros al respecto, podría ser que el uso de estas sustancias incremente la violencia por desinhibición de las conductas del victimario o por aumento de los conflictos de la pareja (Riggs, Caulfield & Street, 2000).

7. *Las víctimas de violencia doméstica a veces se lo buscan, hacen algo para provocarlo.*

Es posible que en algunos casos la conducta de las víctimas provoque enojo, pero la conducta violenta es responsabilidad exclusiva de quien la ejerce. No hay ninguna “provocación” que justifique una agresión (Corsi, 1994; Villavicencio, 1993; Villavicencio & Batista, 1992; Walker, 1979, 1999b).

8. *Las mujeres que son maltratadas permanecen en esa situación porque les gusta.*

Las mujeres que viven malos tratos por parte de sus parejas lo pasan muy mal y no les satisface para nada la situación que viven. Sin embargo, son muchas las razones que explican por qué se mantienen en esa situación: Falta de medios suficientes para mantenerse a sí mismas y a sus hijos, la opinión de los demás, la vergüenza, el miedo, los sentimientos de culpa, la preocupación por la formación de los hijos en una familia monoparental, las conductas de arrepentimiento del marido, la ignorancia de sus derechos, el aislamiento al que están expuestas, su religión, etc. Las mujeres maltratadas no experimentan placer en la situación de abuso, los sentimientos más comunes son el miedo, la impotencia y la debilidad (Corsi, 1994).

9. *Si una mujer maltratada dejara a su marido, estaría a salvo.*

Se ha visto que las amenazas, los acosos, las agresiones y el riesgo letal suelen aumentar cuando la mujer deja al agresor (American Psychological Association, 2002; Echeburúa & Corral, 1998; Walker, 1999a, 1999b). De hecho, el 98% de las mujeres muertas en España por violencia doméstica desde 1997 hasta 2000, han sido asesinadas después de denunciar a su pareja o haber iniciado trámites de separación (Varela, 2002). Estudios realizados en Estados Unidos, Canadá y Australia, indican que el riesgo de sufrir violencia aumenta para las mujeres maltratadas cuando intentan dejar a sus parejas violentas (Riggs, Caulfield & Street, 2000).

10. *La mayoría de las víctimas de violencia doméstica no sufren heridas de gravedad.*

La violencia doméstica causa más lesiones a las mujeres que el total de los accidentes de tráfico, asaltos callejeros o violaciones (Echeburúa & Corral, 1998). Posteriormente se describirán con detalle las consecuencias de la violencia doméstica en las mujeres que la padecen.

11. *La violencia psicológica no es tan grave como la violencia física.*

El abuso emocional continuado, aún cuando no exista violencia física, provoca consecuencias muy graves desde el punto de vista de la salud mental de las víctimas. En efecto, se diagnostica trastorno de estrés postraumático en personas que han sufrido “sólo” maltrato psicológico crónico (Echeburúa et al., 1996a), y se han realizado estudios que demuestran que la violencia psicológica tiene consecuencias tan perniciosas para las víctimas como la violencia física (O’Leary, 1999).

12. *La conducta violenta es algo innato, que pertenece a la esencia del ser humano.*

La violencia es una conducta aprendida a partir de modelos familiares y sociales que la definen como un recurso válido para resolver conflictos. Se aprende a utilizar la violencia en la familia, en la escuela, en el deporte, en los medios de comunicación, etc. De la misma forma sería posible aprender a resolver los problemas de una manera no violenta (Corsi, 1994).

1.5. RESUMEN

Hay múltiples y variadas definiciones de lo que se entiende por violencia doméstica, en lo que respecta a esta investigación, se considera la definición planteada por la Unión Europea, según la cual se entiende por violencia doméstica aquel tipo de violencia, ya sea, física sexual y/o psicológica –en este último caso si se produce de forma reiterada– ejercida sobre la/el cónyuge o la persona que está o haya estado ligada al agresor por una relación de afectividad, o cualquier otro lazo familiar (Instituto de la Mujer [Díaz-Aguado & Martínez Arias], 2002a).

Por *violencia física* se alude a cualquier conducta que implique la utilización intencional de algún instrumento o procedimiento para dañar a otra persona, con independencia de los resultados de dicha conducta. Por *violencia sexual* se alude a cualquier intimidad sexual forzada, ya sea por amenazas, intimidación, coacción o por llevarse a cabo en estado de inconsciencia o indefensión. Por *violencia psicológica* se alude a cualquier conducta, física o verbal, activa o pasiva, que atenta contra la integridad emocional de la víctima, en un intento de producir en ella intimidación, desvalorización, sentimientos de culpa o sufrimiento. Dentro de esta última se incluye la violencia social, estructural, espiritual y económica.

La violencia doméstica tiende a darse en un ciclo de tres fases (*acumulación de tensión, explosión y luna de miel*), en que el maltratador alterna conductas de agresión, con conductas de arrepentimiento e incluso ternura, lo que confunde a la víctima y no le deja ver del todo la situación en la que está inmersa. Asimismo, la violencia doméstica se da en escalada, es decir, la intensidad de las conductas violentas se incrementa de forma progresiva, llegando a constituirse una verdadera espiral de violencia en la que los episodios de agresión son cada vez más intensos y peligrosos.

Lamentablemente y a pesar de los muchos avances que se han dado con respecto a este problema social en los últimos años, aún hay muchas ideas erróneas o mitos acerca de la violencia doméstica, que hacen más amarga la vida de las víctimas y dificultan su posible alejamiento del agresor.

2.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

La necesidad de conocer la magnitud de la violencia doméstica no sólo se sustenta en poder dar una idea clara de la importancia de este problema social -idea que en general es mejor recibida con cifras apabullantes más que con descripciones precisas de los hechos que entraña-, sino que también en la utilidad de estos datos para la planificación de programas de intervención adecuados y para el encauzamiento de los recursos hacia los sectores más necesitados.

2.1. CONSIDERACIONES CON RESPECTO A LA ESTIMACIÓN DE LA MAGNITUD DEL PROBLEMA

A pesar del tiempo que se lleva tratando de determinar la incidencia y prevalencia de la violencia doméstica, se dispone de pocas estadísticas confiables y se considera que los indicadores obtenidos de los distintos niveles sociales están subestimados (American Psychological Association, 1999, 2002; Walker, 1999a). La obtención de datos precisos se ha visto obstaculizada por diversas razones, son de destacar dos de ellas. La primera, la dificultad para identificar y definir qué debería entenderse por violencia doméstica, tema que se ha abordado en el capítulo anterior. La segunda, la existencia de una fuerte tradición de privacidad al interior de las familias, que permitía, y aún hoy sigue permitiendo, que lo que sucediese en el interior de ellas, independientemente de la naturaleza de los hechos, quedara entre los miembros del núcleo familiar.

En 1995, la IV Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la Mujer, celebrada en Beijing, pedía a todos los países miembros que informaran la incidencia y prevalencia de la violencia doméstica. Ningún país reportó la ausencia de ella, si bien los resultados de las encuestas tenían grandes variaciones (Walker, 1999a). Las grandes diferencias encontradas en los resultados de las encuestas realizadas en un mismo país, o al comparar encuestas de distintas naciones, parecen no tener que ver con diferencias importantes en las tasas de prevalencia del problema en distintos momentos y sociedades, y sí con razones de orden metodológico. Las investigaciones han sido realizadas con distintas muestras y las características de éstas no permiten generalizar los resultados obtenidos.

Johnson (1995) plantea que la mayoría de los datos en esta área son obtenidos a través de dos tipos de fuentes: a) Encuestas nacionales, y b) Registros de refugios, agencias legales, hospitales y otros servicios públicos. Ambos tipos de muestras, según el autor, están sesgadas debido a dos falacias habituales en estos muestreos:

1. *Falacia Clínica*: Las personas que acuden a pedir ayuda representan la totalidad de la población,
2. *Falacia de la Muestra Representativa*: Las encuestas en muestras aleatorias representan las características y la experiencia de toda la población que manifiesta un problema.

En la misma línea Riggs, Caufield & Street (2000) señalan que cuando los estudios se centran en las víctimas, suelen utilizarse muestras clínicas o de refugios, compuestas probablemente por mujeres distintas a las que no piden ayuda y que generalmente no viven con el maltratador en el momento de la evaluación. Cuando las investigaciones se centran en el victimario, los datos se obtienen de aquellos que se encuentran en programas de tratamiento, con lo que nuevamente es poco probable que los resultados sean representativos de la población implicada en la violencia doméstica. De manera alternativa, los autores plantean, que las encuestas a grandes grupos informan de incidentes aislados de agresión menor, entregando menos información que la que puede ser obtenida de los dos tipos de estudios mencionados.

Con respecto a las encuestas, Browne (1993) plantea que son la principal fuente de información de las estimaciones que se hacen en el ámbito nacional en Estados Unidos, y que sus datos están infraestimados ya que no incluyen a las personas sin hogar, a la gente extremadamente pobre, a aquellos que no hablan inglés de manera fluida, a quienes tienen una vida especialmente caótica, a las familias de militares que se encuentran en sus bases, ni a todas aquellas personas que están hospitalizadas, institucionalizadas o encarceladas en el momento en que la encuesta se realiza. Las estimaciones sólo se basan en aquellas personas que se encuentran en sus hogares cuando se realiza la encuesta, que están dispuestas a hablar con los entrevistadores y que además están dispuestas a informar, aunque sea de manera anónima, de actos de violencia vividos o perpetrados en sus relaciones de pareja.

El “Informe Mundial sobre Violencia y Salud” presentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), plantea que datos de diversos estudios sobre violencia doméstica, metodológicamente bien diseñados, no son directamente comparables ya que las medidas de violencia doméstica son altamente sensibles a: a) La definición utilizada, b) Criterios de selección de las participantes en el estudio (edad y situación marital), c) Fuentes de las que se obtienen los datos (grandes encuestas de población versus estudios en profundidad), y d) La disponibilidad de las participantes para informar acerca de aspectos personales de sus vidas -que se relaciona con la manera en que las preguntas son realizadas, el sexo del entrevistador, la extensión de la entrevista y el grado de privacidad de la misma- (Krug et al., 2002).

La “Guía de Buenas Prácticas para Paliar los Efectos de la Violencia Contra las Mujeres y Conseguir su Erradicación”, elaborada durante la Presidencia Española de la Unión Europea, plantea que los Estados miembros han llevado a cabo trabajos para determinar la extensión o

prevalencia de la violencia contra las mujeres, en respuesta a los Objetivos Estratégicos de la Plataforma para la Acción derivada de la IV Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la Mujer. Dichos trabajos proceden de los registros y estadísticas oficiales, y de encuestas a muestras de población, como complemento a los primeros (Instituto de la Mujer [Díaz-Aguado & Martínez Arias], 2002b).

Los autores de esa Guía, al igual que otros investigadores, plantean que ambas fuentes de información tienen limitaciones y deben ser consideradas como complementarias. Las principales deficiencias de los registros oficiales son: a) La invisibilidad de los casos no denunciados, y b) La escasa información recogida sobre las víctimas. Las principales limitaciones de las encuestas son: a) Los errores de muestreo, b) La exclusión de los sujetos que no se encuentran en el marco muestral, y c) Los problemas ligados al recuerdo de las personas encuestadas.

Con respecto a las encuestas realizadas en los Estados miembros de la Unión Europea, habría cuatro grupos de trabajos que proporcionan distintas tasas de delitos de violencia contra las mujeres, que se incrementan en el tiempo. Las primeras encuestas se refieren a delitos en general. El segundo grupo de encuestas incluye un apartado especial sobre violencia contra las mujeres, dedicado principalmente a la violencia doméstica. El tercer grupo está dedicado exclusivamente a la violencia doméstica por lo cual el problema se aborda detalladamente y con preguntas adaptadas a la naturaleza del mismo. Las encuestas del cuarto grupo, que son las más recientes, tratan todo el rango de manifestaciones de violencia contra la mujer de manera específica (Instituto de la Mujer [Díaz-Aguado & Martínez Arias], 2002b).

Como recomendaciones en esta área, la Guía de Buenas Prácticas propone, entre otras:

1. Aumentar la posibilidad de comparar los datos de diferentes países, homogeneizando la forma de recogerlos y participando en estudios comunes con preguntas consensuadas.
2. Realizar algunas mejoras de carácter metodológico, en la recogida y tratamiento de la información, como:
 - a. Eliminar problemas de marco muestral, para poder incluir en él a personas que no tienen vivienda fija, por lo que suelen quedarse fuera de este tipo de encuestas,
 - b. Perfeccionar las listas de preguntas y formas de preguntar para captar todas las variaciones posibles de las conductas violentas,
 - c. Mejorar los procedimientos de registro de los sucesos para poder captar la escalada de violencia, y
 - d. Desarrollar estadísticas desagregadas por niveles socioeconómicos, para poder examinar variables de vulnerabilidad.

La misma Guía establece recomendaciones de buenas prácticas para los registros de delitos y sentencias, entre las que dos apuntan al problema de la posibilidad de comparar los datos y de las características muestrales:

1. Establecer un protocolo común para todos los Estados miembros de la Unión Europea, y
2. Ampliar la información procedente de los registros y estadísticas oficiales con la de otras fuentes de información, como Organizaciones No Gubernamentales, Servicios Sociales, Centros de Emergencia, Casas de Acogida, etc.

En resumen, es evidente que las cifras que se manejan acerca de la violencia doméstica no son precisas y hay diversas dificultades que solventar de cara a una estimación más exacta del problema. No obstante, y aún teniendo en cuenta las limitaciones reseñadas, parece conveniente considerar los principales datos que hasta la fecha se tienen al respecto.

2.2. ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA DEL PROBLEMA

Según el Informe sobre Población Mundial 2000 de Naciones Unidas, una de cada tres mujeres en el mundo ha padecido malos tratos o abusos (Varela, 2002).

En la revisión realizada por la Organización Mundial de la Salud de 48 encuestas de población de diversos países de todo el mundo, llevadas a cabo entre los años 1982 y 1999, entre un 10% y un 69% de las mujeres informan haber sido físicamente agredidas por su pareja en algún momento de sus vidas. El porcentaje de mujeres que han sido agredidas por su pareja en el último año, varía desde un 1.3% a un 52% (Krug et al., 2002).

En Estados Unidos, se estima que un 22% de las mujeres experimenta al menos una agresión física por parte de su pareja durante la edad adulta. La estimaciones más conservadoras indican que por lo menos un millón de mujeres estadounidenses es víctima de violencia severa por su pareja cada año (American Psychological Association, 1999), mientras que otras estimaciones indican que afecta aproximadamente a entre dos y cuatro millones de mujeres al año (Browne, 1993; Resnick et al., 2000; Taylor, Magnussen & Amundson, 2001). La ocurrencia de violencia doméstica severa a lo largo de la vida es de un 9% y del total de la violencia de un 22%. Se estima que la prevalencia para el último año es de .3% a .4% para la violencia doméstica severa y de un 8% a un 17% para el total de violencia doméstica (Riggs, Caulfield & Street, 2000). Otros autores hablan de una prevalencia de vida de violencia doméstica de un 12% a un 34% (McAllister, 2000; Mertin & Mohr, 2000; Phelps, 2000; Resnick et al., 2000), y se llega a plantear que un 50% de las mujeres será víctima de violencia doméstica en algún momento de sus vidas (Hughes & Jones, 2000) y que en un 10% de los casos la violencia será tan grave que amenazará la seguridad personal y la vida de las víctimas (Mertin & Mohr, 2000).

En la Unión Europea, se estima que una de cada cinco mujeres ha sufrido violencia alguna vez en su vida por parte de su pareja. Algunos datos anecdóticos señalan que aproximadamente el 40% de las finlandesas ha sufrido violencia doméstica, o que en el Reino Unido, cada 3 días muere una mujer por esta causa (El País, 28.04.2002). El “Informe Mundial sobre Violencia y Salud” presentado por la OMS, recoge cifras de encuestas llevadas a cabo en algunos países de Europa sobre violencia doméstica, que si bien sólo abordan maltrato físico o sexual, van desde un 6% a un 12% durante el último año, y entre un 14% a un 58% alguna vez en la vida (ver tabla 2.1.) (Krug et al., 2002).

TABLA 2.1. Estudios de prevalencia en Europa sobre violencia física en mujeres por parte de su pareja, 1982-1999*

PAÍS O ÁREA	AÑO	COBERTURA	MUESTRA			PROPORCIÓN DE MUJERES FÍSICAMENTE AGREDIDAS POR SU PAREJA (%)	
			Tamaño	Población estudiada ^a	Edad	Durante últimos 12 meses	Alguna vez
Holanda	1986	Nacional	989	I	20-60		21/11 ^{b, c}
Noruega	1989	Regional	111	II	20-49		18
Reino Unido	1993	Regional	430	I	≥ 16	12 ^b	30 ^b
República de Moldavia	1997	Nacional	4790	II	15-44	≥ 7	≥ 14
Suiza	1994-1996	Nacional	1500	III	20-60	6 ^d	21 ^d
Turquía	1998	Regional	599	I	14-75		58 ^b

* Tomado del Informe Mundial de Violencia y Salud de la OMS (Krug et al., 2002).

^a Población estudiada: I = Todas las mujeres; II = Mujeres que alguna vez han estado casadas o han tenido pareja; III = Mujeres que actualmente están casadas o tienen pareja.

^b La muestra incluye mujeres que nunca han tenido relación de pareja por lo que no tenían riesgo de padecer violencia doméstica.

^c Cualquier agresión física/Sólo agresión física severa.

^d Agresión física o sexual.

2.3. ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA DEL PROBLEMA EN ESPAÑA

En España, sirvan como referencias iniciales para señalar que la prevalencia de maltrato doméstico es también elevada, la estimación de que afecta a entre un 15 y un 30% de la población femenina (Echeburúa et al., 1998), o la estimación de que cada cinco días muere una mujer en este país debido a violencia doméstica (Varela, 2002). A continuación, se considerará de manera más detallada las estadísticas en relación con la población femenina española.

2.3.1. ESTIMACIÓN A PARTIR DE ENCUESTAS

Las encuestas de referencia son, sin duda, las encuestas telefónicas realizadas por encargo del Instituto de la Mujer en el año 1999 y el año 2002. Ambas pertenecen a las encuestas de tercera generación dedicadas exclusivamente a este tema (Instituto de la Mujer [Díaz-Aguado & Martínez Arias], 2002b).

La primera fue realizada a 20.552 mujeres mayores de 18 años y constituyó el primer estudio que entregó datos representativos de todo el Estado Español y por Comunidades Autónomas, sobre violencia doméstica. La segunda es una continuación de la primera, fue realizada a 20.652 mujeres de las mismas características y se utilizó el mismo instrumento de evaluación.

En la encuesta realizada en 1999, un 14.2% de las mujeres encuestadas se ha visto afectada por el problema de los malos tratos. Un 12.4% es considerada técnicamente como “maltratadas”; es decir, afirman que en la actualidad alguna persona de su hogar, su novio o pareja que no convive con ella, es causante “frecuentemente” o “a veces” de una de 13 frases escogidas por los autores del estudio por describir situaciones graves o serias de violencia doméstica, en cualquiera de sus expresiones (violencia física –ítem 12-, sexual –ítem 7-, psicológica –ítems 1, 4, 9, 14, 15, 23 y 25- económica –ítem 2-, estructural –ítems 6 y 8- o espiritual –ítem 22- del cuadro 2.1.). Un 4.2% de la muestra se auto clasifica como maltratadas en el último año (Instituto de la Mujer, 2000).

Con relación al tipo de maltrato sufrido por las mujeres, aquellas que son consideradas técnicamente maltratadas sobresalen por su identificación con el maltrato estructural y sexual, a diferencia de aquellas que se auto clasifican como maltratadas que lo hacen en aspectos referidos a maltrato psicológico y físico (Instituto de la Mujer, 2000).

Con respecto a la situación en 2002 hay algunas ligeras diferencias, siendo la principal de ellas la reducción del número de mujeres maltratadas. Un 11.1% se considerada técnicamente como “maltratadas” y un 4.0% de la muestra se auto clasifica como maltratadas en el último año. Entre este último grupo de mujeres, el maltrato psicológico es el más común, seguido del maltrato sexual, estructural, la violencia física y la económica (Instituto de la Mujer, 2003).

No hay diferencias entre ambas encuestas en cuanto a la cronicidad del problema, en más del 70% de los casos los actos violentos se dan desde hace más de 5 años (Instituto de la Mujer, 2000, 2003).

CUADRO 2.1. Ítems de la macroencuesta de violencia contra las mujeres (Instituto de la Mujer, 2000, 2003)

ÍTEMES DE LA MACROENCUESTA DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES¹

1. Le impide ver a la familia o tener relaciones con amigos, vecinos.
 2. Le quita el dinero que usted gana o no le da lo suficiente que necesita para mantenerse.
 3. Hace oídos sordos a lo que usted le dice (no tiene en cuenta su opinión, no escucha sus peticiones).
 4. Le insulta o amenaza.
 5. No le deja trabajar o estudiar.
 6. Decide las cosas que usted puede o no hacer.
 7. Insiste en tener relaciones sexuales aunque sepa que usted no tiene ganas.
 8. No tiene en cuenta las necesidades de usted (le deja el peor sitio de la casa, lo peor de la comida).
 9. En ciertas ocasiones le produce miedo.
 10. No respeta sus objetos personales (regalos de otras personas, recuerdos familiares).
 11. Le dice que coquetea continuamente / o por el contrario que no se cuida nunca, que tiene mal aspecto.
 12. Cuando se enfada llega a empujar o golpear.
 13. Se enfada sin que se sepa la razón.
 14. Le dice que a dónde va a ir sin él/ella (que no es capaz de hacer nada por sí sola).
 15. Le dice que todas las cosas que hace están mal, que es torpe.
 16. Cuando se enfada la toma con los animales o las cosas que usted aprecia.
 17. Le hace sentirse culpable porque no le atiende/entiende como es debido.
 18. Se enfada si sus cosas no están hechas (comida, ropa, etc.).
 19. Le controla los horarios.
 20. Le dice que no debería estar en esa casa y que busque la suya.
 21. Le reprocha que viva de su dinero.
 22. Ironiza o no valora sus creencias (ir a la iglesia, votar a algún partido, pertenecer a alguna organización).
 23. No valora el trabajo que realiza.
 24. Le hace responsable de las tareas del hogar.
 - SOLO PARA LAS QUE TIENEN HIJOS**
 25. Delante de sus hijos dice cosas para no dejarle a usted en buen lugar.
 26. Desprecia y da voces a sus hijos.
-

2.3.2. ESTIMACIÓN A PARTIR DE LAS DENUNCIAS

Aunque se estima que las denuncias por violencia doméstica representan sólo el 10% de las agresiones vividas (Dutton, 1993; Echeburúa & Corral, 1998; Walker, 1979), puede servir como otro índice de referencia a propósito de este fenómeno.

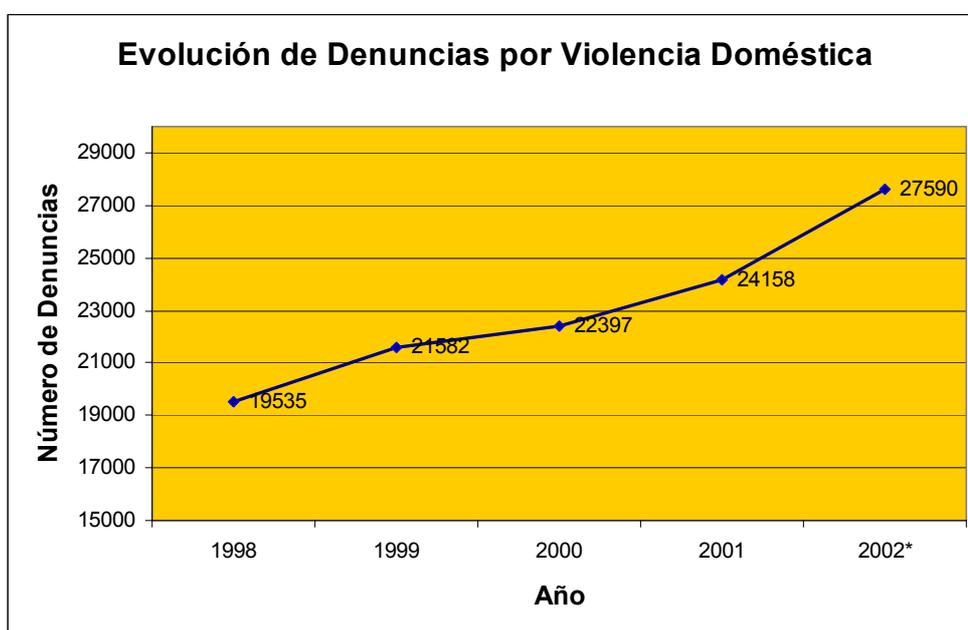
En España desde el año 1985, el Instituto de la Mujer ha elaborado estadísticas de denuncias de violencia doméstica a partir de los datos obtenidos del Ministerio del Interior, si bien sólo desde 1998 se dispone de datos sobre denuncias de malos tratos producidos por el cónyuge o análogo, comparables a las estadísticas actuales (Instituto de la Mujer, 2002c). Por ello se considerarán las cifras que se tienen a partir de esa fecha.

Los datos relativos a las denuncias de violencia doméstica entre los años 1998 y 2002, presentan un incremento sistemático en el número de las mismas a lo largo de este período (ver figura 2.1.). El hecho de que las denuncias por malos tratos aumenten de forma constante en estos

¹ Los ítems cuyos números aparecen ennegrecidos corresponden a las frases elegidas por los autores de la encuesta para considerar a las mujeres como “técnicamente maltratadas” cuando contestaran “frecuentemente” o “a veces” a alguna de ellas.

últimos años, no significa necesariamente que el fenómeno en sí haya aumentado, su interpretación más bien apunta a que las mujeres empiezan a cambiar de actitud, pasando de la desinformación y resignación al conocimiento y ejercicio de sus derechos, lo que se traduce en este incremento en el porcentaje de los casos que se denuncian. El aumento de campañas informativas y de sensibilización acerca de lo que es la violencia doméstica, de los derechos de las mujeres y de la legislación existente, se ha traducido en un incremento notable de las denuncias por este tipo de actos (Instituto de la Mujer, 2002d).

Este crecimiento se mantiene en el año 2002 del que sólo se tienen cifras parciales pues, si se hace una proyección simple del número de denuncias al acabar el año, se puede estimar que éstas rondan las 30.000 denuncias. Estos datos parecen reflejar que se está produciendo un aumento del número de casos denunciados, aumento mayor que el de los años anteriores. Sin embargo, se debe tener en cuenta que hasta enero de 2002, las denuncias recogidas consideraban al cónyuge o análogo, entendiendo por “análogo” sólo la pareja de hecho. A partir de esa fecha bajo este rótulo, se alude a excónyuge (incluido separado/a-divorciado/a), compañero/a sentimental, excompañero/a sentimental, novio/a o exnovio/a. Este cambio no permite afirmar si realmente el aumento de casos denunciados de violencia doméstica de pareja es mayor o no que en otros años debido a que se altera un tanto la población estudiada.



* Datos acumulados a noviembre de 2002.

Nota: En el País Vasco, Girona y Lleida, sólo se incluyen datos de denuncias presentadas ante los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado.

FIGURA 2.1. Evolución de denuncias por violencia doméstica desde 1998 a 2002

De cualquier manera, si se considera que, aproximadamente, sólo el 10% de los casos de mujeres que sufren violencia doméstica denuncia la situación que vive, se puede estimar que aproximadamente trescientas mil españolas viven violencia doméstica. A partir de estos datos y

teniendo como referencia la población femenina española estimada por el Censo de 2001 en 20.825.521 mujeres (Instituto Nacional de Estadística, 2002), se puede estimar que un 1.4% de las mujeres que viven en España padecen violencia doméstica.

2.3.3. ESTIMACIÓN A PARTIR DE LAS MUERTES

Otra alternativa, a la hora de tratar de dar una idea del número de mujeres que vive violencia doméstica, es considerar el número de mujeres que muere a causa de los malos tratos, ya que es uno de los datos más crudos y más útil para revelar las consecuencias de esta problemática y la barbarie que entraña.

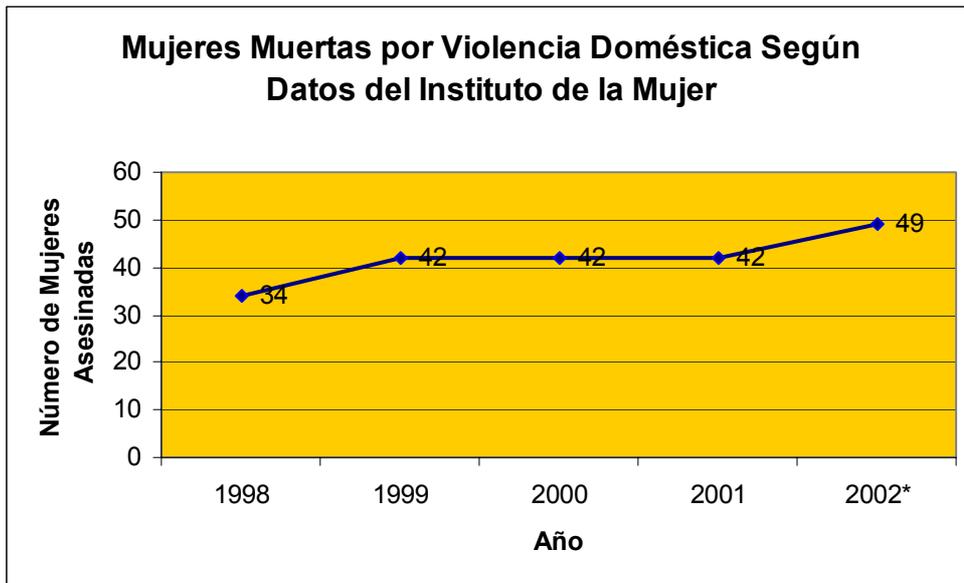
Sin embargo, es un dato que no está exento de controversia. Al comparar las cifras oficiales, presentadas por el Instituto de la Mujer (2002c), con cifras de asociaciones de mujeres, como la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas (2002)², se observan diferencias significativas que difícilmente pueden achacarse a un error de cómputo.

Así, la media anual de mujeres muertas debido a violencia doméstica, desde el año 1998 hasta el 2001, se establece en 40 casos, según cifras oficiales. Para la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas esta cifra sube a una media anual de 47 (Ver figuras 2.2. y 2.3.).

Algunas de las razones que pueden explicar en parte estas diferencias son las señaladas por Lorente (2001):

- a) Falta de una adecuada recogida de datos que hace que muchos homicidios no se relacionen con sus causas.
- b) Desconocimiento de si el homicidio fue perpetrado por la pareja, por lo que se espera que la sentencia judicial lo determine, para lo cual suele pasar más de un año, no registrándose ese caso en la estadística anual.
- c) Concurrencia de más de un delito, apareciendo sólo una de las causas en las estadísticas.
- d) Muerte diferida de la víctima tras ser hospitalizada, por lo que no se establece relación directa entre la muerte y la agresión.

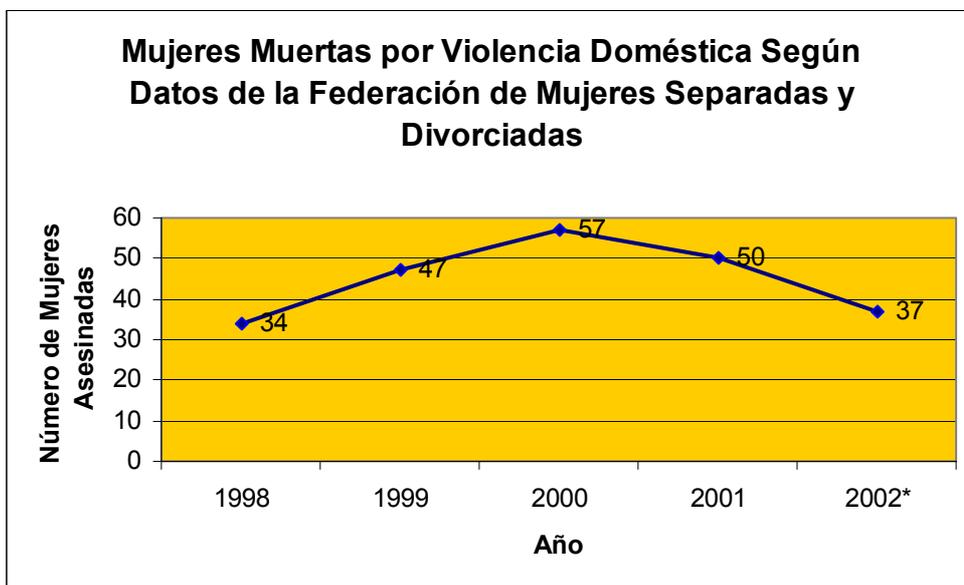
² Si bien las listas de mujeres muertas presentadas por la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas, comprenden todo el rango de la violencia de género, incluso aquellos casos en que la relación entre víctima y agresor se desconoce, en la elaboración del material aquí presentado se han incluido sólo los casos en que esta relación es conocida y se trata de cónyuges, ex - cónyuges, parejas, ex - parejas, novios, ex - novios y cualquier otro apelativo que se dé a la relación sentimental entre víctima y agresor, sea esta relación pasada o presente.



* Datos acumulados a noviembre de 2002.

Nota: En el País Vasco, Girona y Lleida, sólo se incluyen datos de denuncias presentadas ante los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado.

FIGURA 2.2. Mujeres muertas por violencia doméstica desde 1998 a 2002 – Cifras oficiales



* Datos acumulados a octubre de 2002.

FIGURA 2.3. Mujeres muertas por violencia doméstica desde 1998 a 2002 – Cifras de la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas

Si se comparan las cifras recogidas hasta octubre-noviembre de 2002, se aprecia que la diferencia es de doce casos.

Además de la discrepancia en el número promedio de muertes se puede apreciar el cambio en la tasa de crecimiento del fenómeno. Según las cifras de la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas, hasta el año 2000 existe un aumento del número de mujeres muertas por violencia doméstica, situación que se revierte en el año 2001. Según las estadísticas oficiales, la situación se ha mantenido estable desde el año 1999 al 2001, si bien las cifras de 2002 indican que, lamentablemente, el número de mujeres muertas por violencia doméstica se volvería a incrementar.

Este aumento quizás se encuentra ligado al incremento del número de denuncias por maltrato. Se debe recordar que se ha visto que la denuncia y la decisión de la mujer de separarse del agresor y acabar la relación constituye la situación de mayor riesgo para ella. En efecto, el 98% de las mujeres asesinadas en España por violencia doméstica desde 1997 hasta 2000, acababan de denunciar a su pareja o de haber iniciado trámites de separación (Varela, 2002).

Con esto no se quiere hacer un llamado a no denunciar o a no separarse del agresor, por el contrario, se considera que el término de la relación de maltrato es un primer paso para emprender una nueva vida y recuperarse de las secuelas ocasionadas por la violencia doméstica, sin embargo, este primer paso permitirá hacer un recorrido más largo, en la medida en que esté apoyado por una legislación y una aplicación de la misma que dé seguridad y confianza a las víctimas de esta situación, de lo contrario, la denuncia y/o separación del agresor, será sólo eso, el primer y único paso.

2.4. RESUMEN

Es de destacar que debido a la importancia de la violencia doméstica, en España en la actualidad ya se dispone de datos relativamente fiables al respecto, en especial de los derivados de las encuestas realizadas por el Instituto de la Mujer. A partir de ellos parece adecuado estimar que alrededor del 15% de las mujeres españolas sufren violencia doméstica, cifra similar a las estimadas en otros países de la Unión Europea. Asimismo, el número de denuncias aumenta cada año lo que significa un avance en cuanto al reconocimiento del fenómeno por parte de las afectadas y al ejercicio de sus derechos. Sin embargo, el número de mujeres muertas por este problema es aún altísimo y se requieren medidas más efectivas para luchar con esta lacra social.

3.

CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

La violencia doméstica es la principal causa de reducción en la calidad de vida, daño y muerte para la mujer y tiene serios efectos secundarios para la familia, la comunidad y la economía (American Psychological Association, 1999; Hughes & Jones, 2000; Resnick et al., 2000).

En un intento de establecer el impacto real de los efectos de la violencia doméstica sobre la salud individual y sobre la salud pública, se ha adoptado un indicador mixto basado en la pérdida de años de vida saludable (AVISA), es decir, el número de años que se pierden sobre una esperanza de vida teórica basada en las características de la población y de la sociedad concreta. Así, se ha podido determinar el número de pérdidas de años de vida saludable que se producen como consecuencia de la agresión a la mujer y saber a qué se deben estas pérdidas. En este sentido, la violencia doméstica se sitúa en tercer lugar, tras la diabetes y los problemas de parto. Es decir, el maltrato doméstico es la tercera causa que está provocando más muertes prematuras y más secuelas físicas y psíquicas en las mujeres, por encima de las cardiopatías isquémicas y los accidentes de tráfico (Lorente, 2001). Con este mismo enfoque, se ha determinado que los daños físicos suponen el 55% de los AVISA perdidos, mientras que los no físicos, aludiendo a los psicológicos y a la salud reproductora, dan lugar al 45% de pérdidas (Lorente, 2001).

Al estudiar las consecuencias que la violencia doméstica tiene en la salud de las víctimas, se desprenden las siguientes conclusiones (Krug et al., 2002):

1. Las consecuencias pueden persistir cuando el maltrato ha desaparecido.
2. Mientras más severo es el maltrato, mayor es el impacto en la salud física y mental de las víctimas (Follingstad et al., 1991).
3. El impacto en el tiempo de diferentes tipos de maltrato y de múltiples episodios de violencia parece ser acumulativo.

La tabla 3.1. muestra un resumen de las principales consecuencias que, según la OMS, produce la violencia doméstica en sus víctimas.

TABLA 3.1. Consecuencias de la violencia doméstica en la salud*

Consecuencias físicas	Consecuencias psicológicas y conductuales
Daño abdominal/torácico	Abuso de alcohol y drogas
Hematomas y contusiones	Depresión y ansiedad
Síndromes de dolor crónico	Trastornos alimentarios y del sueño
Discapacidad	Sentimientos de vergüenza y culpa
Fibromialgia	Fobias y trastorno de pánico
Fracturas	Inactividad física
Trastornos gastrointestinales	Baja autoestima
Colon irritable	Trastorno de estrés postraumático
Laceraciones y abrasiones	Trastornos psicosomáticos
Daño ocular	Tabaquismo
Reducción en el funcionamiento físico	Conducta suicida y autodestructiva
	Conducta sexual insegura
Consecuencias sexuales y reproductivas	Consecuencias fatales
Trastornos ginecológicos	
Infertilidad	
Inflamación de la pelvis	Mortalidad relacionada con el SIDA
Complicaciones en el embarazo/aborto	Mortalidad maternal
Disfunción sexual	Homicidio
Enfermedades de transmisión sexual, incluida el SIDA	Suicidio
Aborto inseguro	
Embarazo no deseado	

* Tomado del Informe Mundial de Violencia y Salud (Krug et al., 2002).

A continuación se analizarán las principales consecuencias de la violencia doméstica en la salud física y mental.

3.1. CONSECUENCIAS EN LA SALUD FÍSICA

Si bien la violencia doméstica puede tener efectos directos en la salud, también incrementa el riesgo en las víctimas de padecer enfermedades en el futuro (Krug et al., 2002).

Según el Informe Mundial de Violencia y Salud de la OMS, entre el 40% y el 72% de las mujeres que han experimentado violencia física por parte de sus parejas, resulta lesionada en algún momento de su vida.

Sin embargo, las lesiones no son la consecuencia más común de la violencia doméstica en la salud física, sí lo son los llamados trastornos funcionales, como colon irritable, fibromialgia, trastornos gastrointestinales y síndromes de dolor crónico (Krug et al., 2002). Otros estudios agregan a estos problemas los siguientes: Daño permanente en las articulaciones, pérdida parcial de audición o visión y disfunciones sexuales (Browne, 1993; Resnick et al., 2000).

Lamentablemente, la muerte de las víctimas de violencia doméstica es la peor consecuencia de este problema. Estudios de Australia, Canadá, Israel, Sudáfrica y Estados Unidos, muestran que entre un 40% y un 70% de las mujeres asesinadas fue víctima de su marido o novio, frecuentemente en el contexto de relaciones abusivas (Krug et al., 2002).

En la Unión Europea, las mujeres entre 15 y 44 años tienen más probabilidades de morir o quedar gravemente heridas a causa de la violencia doméstica que por el cáncer, los accidentes de tráfico y la malaria juntos. En el Reino Unido se calcula que muere una mujer cada tres días por esta causa (El País, 28.04.2002). En España, se estima que muere una mujer cada 5 días por violencia doméstica (Varela, 2002), y que entre un 20% y un 40% de las mujeres que cometen suicidio cada año, ha sufrido malos tratos por parte de su pareja (Lorente, 2001). No obstante, el suicidio o la ideación suicida se retomará como consecuencia psicológica de la violencia doméstica en el siguiente apartado.

3.2. CONSECUENCIAS EN LA SALUD MENTAL

La vivencia de violencia doméstica causa distintas consecuencias psicológicas en sus víctimas. Se calcula que el 60% de las mujeres maltratadas tiene problemas psicológicos moderados o graves (Lorente, 2001). Los síntomas de mayor frecuencia son ansiedad, tristeza, pérdida de autoestima, labilidad emocional, inapetencia sexual, fatiga permanente e insomnio (Amor, 2000). Los principales trastornos psicológicos son la depresión y el trastorno de estrés postraumático (Walker, 1991), sin embargo, se ha planteado que las víctimas de maltrato doméstico desarrollan también otros problemas psicopatológicos como los trastornos de ansiedad, trastornos y estados disociativos, intentos de suicidio, trastornos de la alimentación, alcoholismo y drogodependencias (Villavicencio, 2000).

A continuación se revisarán los principales trastornos y problemas psicopatológicos que desarrollan las mujeres víctimas de violencia doméstica a consecuencia de la situación que viven.

3.2.1. SÍNDROMES ESPECÍFICOS

Síndrome de la Mujer Maltratada

Este síndrome fue formulado por Walker para describir las secuelas psicológicas de la violencia doméstica. Su origen se encuentra en la teoría de la indefensión aprendida, reformulada en términos de la depresión humana. El Síndrome de la Mujer Maltratada puede explicar por qué algunas mujeres en esta situación no perciben la existencia de ciertas alternativas que les permitirían protegerse y, por ende, no ponen en práctica dichas opciones (Dutton, 1993; Walker, 1989). Al parecer, las mujeres maltratadas se adaptan a la situación aversiva e incrementan su habilidad para afrontar los estímulos adversos y minimizar el dolor. Presentan distorsiones cognitivas como la minimización, negación o disociación, que les permiten conseguir soportar los incidentes de maltrato agudo (Walker, 1989). Además de estas distorsiones cognitivas, las mujeres maltratadas, pueden cambiar la forma de verse a sí mismas, a los demás y al mundo, y desarrollan

la mayoría o todos los síntomas que se presentan en el trastorno de estrés postraumático (TEP), por lo que se ha llegado a considerar que el Síndrome de la Mujer Maltratada sería equivalente a este trastorno (Dutton, 1993), o que habría razones de orden político y clínico para utilizar este diagnóstico y no el de Síndrome de la Mujer Maltratada (Walker, 1991).

Sin embargo, quienes plantean la existencia de este síndrome aseguran que es más complejo que el TEP y que no sólo incluye los síntomas de dicho trastorno, sino también sentimientos de depresión, rabia, culpa, baja autoestima y rencor, y otros problemas como quejas somáticas, disfunciones sexuales, conductas adictivas y problemas para establecer relaciones (por excesiva dependencia o por evitación absoluta de intimidad) (Dutton, 1993).

Síndrome de Adaptación Paradójica

Planteado por Montero (2001), es una aplicación del llamado Síndrome de Estocolmo que desarrollan las víctimas de secuestro hacia sus captores, al ámbito de la violencia doméstica. Si bien permite entender por qué las víctimas de esta violencia permanecen tantos años en esa situación, es más bien una descripción de las progresivas consecuencias psicológicas del maltrato.

Se plantea que el Síndrome de Adaptación Paradójica a la Violencia Doméstica (SAPVD) es un síndrome global, generado como una reacción psicofisiológica y conformado en una serie de modificaciones cognitivas ante un entorno traumático, que en este caso se da en el medio doméstico. Así, se describe el SAPVD como un conjunto de procesos psicológicos que por medio de la respuesta cognitiva, conductual y fisiológica-emocional, culmina en el desarrollo de un vínculo interpersonal de protección entre la víctima y el agresor, en un contexto traumático y de restricción estimular, con el objetivo de recuperar la homeostasis fisiológica y el equilibrio conductual, así como proteger la integridad psicológica de la víctima (Montero, 2001).

El síndrome tendría cuatro fases, que describen las diferentes consecuencias psicológicas del maltrato en la víctima: Desencadenante, de reorientación, de afrontamiento y de adaptación.

1. *Fase desencadenante*: Comienza cuando la víctima recibe la primera agresión física por parte del maltratador, lo que trae como consecuencia que se rompa el espacio de seguridad y confianza subyacente a la relación afectiva. Como consecuencia se estrechan los canales atencionales de la víctima que se ven sesgados y comprometidos hacia la percepción de la amenaza. Cuando la agresión finaliza, la víctima entra en un estado de ansiedad de curso progresivo que probablemente correlacionará con accesos ocasionales de ira y estrés. Estos afectos negativos, sumados a la incapacidad de la víctima para modificar su entorno y a los sentimientos de pérdida, favorecerán el desarrollo posterior de un cuadro depresivo.

2. *Fase de reorientación:* Al quebrarse el espacio de seguridad, se produce un patrón general de desorientación e incertidumbre que junto al miedo y al sentido de pérdida, borran los límites de inserción de la víctima en su núcleo primario de relación, repercutiendo en su sentido de sí y en su autoestima. Una vez que la ira ha desaparecido y los sesgos atencionales se han establecido, la mujer evaluará el por qué de las agresiones, la violencia debe ser un castigo por algo que ella ha hecho mal. A este sentimiento de culpa se suma la vergüenza debido a que el agresor es alguien que la víctima eligió para compartir su vida, lo que genera una doble autoinculpación.
3. *Fase de afrontamiento:* En esta fase la víctima se dedica a lograr una inserción más funcional en su nuevo entorno, la que dependerá de su estilo de afrontamiento, el apoyo social disponible y el estado psicofisiológico general de la mujer. En este contexto de ruptura del espacio de seguridad, aislada y afectada por sesgos atencionales, la habilidad de la víctima para evaluar adecuadamente sus recursos para responder al problema, está distorsionada. Además carece de vías para la expresión emocional, aumentan los sentimientos de culpa y vergüenza y disminuye la autoestima. La cronificación del estrés, las cogniciones depresógenas y el distrés sin afrontamiento, se unen para estabilizar el estado depresivo en la víctima que evolucionará a un patrón distímico, que será el último eslabón en un continuo estrés-ansiedad-depresión-distimia. A esto se suma la aparición de embotamiento emocional y reducción de la sensibilidad.
4. *Fase de adaptación:* En esta última fase, la víctima comienza a someterse a las condiciones externas y a adaptarse de manera paradójica a la violencia de su agresor. La mujer asume que el mantenimiento de un contexto hostil y adverso es independiente de los medios que ella pueda poner en práctica para modificarlo, cayendo de este modo en un estado similar a la indefensión aprendida. Para abandonar este estado, la mujer se identifica de manera traumática con el agresor, pasando de atribuciones personales internas a otras externas y universales. La mujer protege su autoestima, desplazando la culpa hacia quienes el agresor ha declarado sus enemigos o responsables de la situación. De este modo la mujer establece una especie de alianza con su pareja para intentar afrontar, paradójicamente, la espiral de agresiones. Únicamente se aceptan los aspectos positivos del agresor filtrándose los negativos.

Si bien la existencia del SAPVD se encuentra en fase de prueba por el grupo de investigación en el que trabaja Montero, el autor reconoce que la incidencia de este cuadro clínico puede no ser tan común como la presencia de otros condicionantes que rodean la permanencia de la mujer en la situación de violencia doméstica (Montero, 2001).

3.2.2. DEPRESIÓN

De las entidades nosológicas reconocidas en las clasificaciones internacionales, es sin duda la depresión la que hasta hace poco era usada con más frecuencia en el diagnóstico de las víctimas de violencia doméstica.

Golding (1999) en un meta-análisis, revisa 18 estudios que relacionan depresión y violencia doméstica (exclusivamente maltrato físico), encontrando una prevalencia de este cuadro clínico que va desde un 15% a un 83%, con una media ponderada de 47.6%. La variabilidad en las tasas de prevalencia encontradas puede deberse a la diversidad en las muestras de mujeres estudiadas y en los instrumentos de medida utilizados. La severidad o duración de la violencia se asocia a la severidad de la depresión. En tres de los estudios se encuentra que la depresión es precedida por la vivencia de violencia doméstica.

En un estudio con 50 mujeres víctimas de maltrato físico o psicológico severo, el 38% cumplía criterios para el diagnóstico de depresión mayor, con tasas de depresión significativamente más altas para aquellas mujeres que vivieron maltrato psicológico, que para las que padecieron maltrato físico (O'Leary, 1999).

Otros investigadores norteamericanos afirman que más del 50% de las muestras de mujeres maltratadas cumplen criterios para depresión mayor, con tasas que alcanzan hasta el 80% (Riggs, Caulfield & Street, 2000).

En España, en un estudio con 126 mujeres víctimas de violencia doméstica, ya sea física sexual o psicológica, se encuentra que un 64% en el Inventario de Depresión de Beck y un 68% en la Escala de Depresión de Hamilton, superan los puntos de corte establecidos para el diagnóstico de depresión, sin que existan diferencias significativas entre aquellas mujeres que padecían maltrato psicológico y las que padecían maltrato físico (Echeburúa et al., 1997a).

Un estudio con 80 mujeres maltratadas que se encuentran en casas de acogida, encuentra que el tiempo de permanencia en la casa de acogida, la exposición general al maltrato en la infancia o adolescencia en la familia de origen y el afrontamiento de evitación, son variables predictoras del desarrollo de depresión. Específicamente, el tiempo de permanencia correlaciona de manera negativa con la depresión y la exposición al maltrato en la familia de origen y el afrontamiento de evitación correlacionan de manera positiva (Villavicencio & Sebastián, 1999b).

La explicación del desarrollo de un cuadro de depresión en mujeres víctimas de violencia doméstica puede encontrarse tanto en las teorías del estrés como en las teorías cognitivas de la depresión. Las teorías del estrés plantean que los trastornos del estado de ánimo son una de las posibles respuestas de la persona a los eventos vitales estresantes, siendo el maltrato doméstico uno de aquellos eventos (Campbell, Kub & Rose, 1996). Que la violencia doméstica se convierta en un

suceso estresante depende de cómo interprete la víctima la situación que vive, ya sea en términos de las demandas de la situación, que claramente en este caso es de daño, pérdida y amenaza, en el esquema de Lazarus & Folkman (1984), y de la evaluación que haga acerca de sus propios recursos para hacerle frente.

Por otra parte, las teorías cognitivas plantean que la depresión es análoga a la desesperanza aprendida y que en la medida en que la persona aprende que no tiene control sobre los acontecimientos y que los eventos negativos se repetirán sin que pueda evitarlos, desarrollará depresión, baja autoestima, apatía y déficit en la solución de problemas (Campbell, Kub & Rose, 1996; Clements & Sawhney, 2000). También se plantea desde este grupo de teorías, que una variable crítica en el desarrollo de la depresión es un autoesquema negativo, la tendencia a verse a sí mismo como perdedor (Campbell, Kub & Rose, 1996), tendencia presente en las mujeres que sufren violencia doméstica debido a que se ven sometidas constantemente a las críticas del agresor, sumadas al aislamiento y, por tanto, privación de otras fuentes de refuerzo social.

En suma, la violencia doméstica podría ser un evento estresante y significar la pérdida de una relación afectiva importante, lo que desencadena un cuadro depresivo, que se ve mantenido por la percepción de la víctima de falta de control sobre los acontecimientos, su pérdida progresiva de autoestima, las condiciones de aislamiento a las que se ve sometida con la pérdida de actividades gratificantes que ello conlleva, los sentimientos de culpa y la falta de proyección de futuro, debido al clima de maltrato en que vive.

3.2.3. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Un estudio llevado a cabo por Gleason (1993) compara la presencia de trastornos mentales según criterios DSM III, entre 62 mujeres maltratadas -30 se encontraban en refugios y 32 en sus propias casas, viviendo con o sin el agresor-, y 10.953 mujeres de un estudio epidemiológico sobre trastornos mentales realizado en Estados Unidos.

En relación a los trastornos de ansiedad, el autor encuentra que la fobia específica, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de estrés postraumático, presentan una prevalencia de vida significativamente mayor en la muestra total de mujeres maltratadas que en la muestra epidemiológica.

Las mismas variables predictoras encontradas para la depresión, predicen el desarrollo de este trastorno en mujeres maltratadas, esto es, el tiempo de permanencia en una casa de acogida correlaciona de manera negativa con el desarrollo de trastorno obsesivo compulsivo, y la exposición al maltrato en la infancia o adolescencia en la familia de origen y el afrontamiento de evitación, correlacionan de manera positiva (Villavicencio & Sebastián, 1999b).

Gleason (1993) explica la agorafobia como el resultado de la asociación entre la ansiedad y las percepciones negativas acerca de sí mismas desarrolladas por las mujeres maltratadas, y como un esfuerzo por reducir la ansiedad al mantenerse alejadas de cualquier estímulo que puede resultar peligroso. Del mismo modo, el trastorno obsesivo compulsivo es explicado como un esfuerzo por defenderse de la ansiedad a través de las conductas compulsivas y como un intento por dominar la situación abusiva por medio de los pensamientos obsesivos acerca del agresor (Gleason, 1993). Otra explicación apunta a que las víctimas de violencia doméstica tenderían a bloquear o evitar los recuerdos de la experiencia traumática con conductas obsesivo-compulsivas (Villavicencio & Sebastián, 1999b). Por otra parte, no parece claro el significado de las fobias específicas, si bien la alta tasa de trastornos mentales presentes en las víctimas de violencia doméstica podría favorecer la aparición de este tipo de trastornos (Gleason, 1993). Es probable que el miedo experimentado en los episodios de violencia doméstica se asocie a ciertos estímulos presentes en la situación traumática, generándose una fobia a esos estímulos. Al trastorno de estrés postraumático se hará referencia a continuación.

3.2.4. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEP)

Desde la modificación establecida en el DSM-IV sobre lo que se considera un suceso traumático, la violencia doméstica ha pasado a constituir un estresor capaz de provocar el Trastorno de Estrés Postraumático (TEP) y, por lo tanto, se ha empezado a investigar este trastorno como una de las posibles consecuencias del maltrato. Las versiones anteriores del DSM, definían un estímulo estresante traumático como un evento que se encontraba fuera del rango de la experiencia habitual humana, por lo que la violencia doméstica, dada su elevada frecuencia, no podía ser considerada como tal. La definición del DSM-IV de un suceso traumático, que se mantiene en la versión revisada del mismo, se basa en que dicho acontecimiento represente una amenaza directa o indirecta para la vida o el bienestar de una persona y en la forma en que esa persona responde a dicha amenaza, esto es, con temor, desesperanza u horror intensos (American Psychiatric Association (APA), 1980, 1994, 2000).

En el meta-análisis mencionado en el apartado de depresión, se revisan 11 estudios acerca del trastorno de estrés postraumático (TEP) en víctimas de violencia doméstica, encontrándose tasas de prevalencia de este trastorno que van desde 31% a 84.4%, con una media ponderada de 63.8%. En 5 de estos 11 estudios se encuentra que la severidad o duración del maltrato está asociada a la severidad del TEP (Golding, 1999). La diversidad en las muestras de mujeres estudiadas y en los instrumentos de medida utilizados, tanto para medir violencia doméstica como para medir TEP, explica la variabilidad en las tasas de prevalencia a través de los estudios (Golding, 1999; Mertin & Mohr, 2000).

Según la autora de este meta-análisis, el TEP sería la categoría diagnóstica más apropiada para describir las consecuencias psicológicas en las víctimas de violencia doméstica incluso cuando síntomas de otros trastornos pueden estar presentes. Debido al solapamiento existente entre TEP y depresión, la depresión detectada en algunos estudios puede representar síntomas de TEP (Golding, 1999).

Algunos estudios escapan a la revisión meta-analítica señalada. Un estudio llevado a cabo con 100 mujeres maltratadas australianas (todas viviendo en refugios al momento de la evaluación), encuentra que un 45% de ellas cumple criterios para diagnóstico de TEP (Mertin & Mohr, 2000). En España, Villavicencio, Sebastián y Ruiz, en 1994, evalúan 71 mujeres maltratadas de centros de acogida, encontrando que un 61.6% cumplía criterios para el diagnóstico de TEP (citado en Villavicencio & Sebastián, 1999a). Posterior a este estudio es el realizado con 126 mujeres víctimas de violencia doméstica, que encuentra que el 55% de ellas desarrolla estrés postraumático, sin haber diferencias significativas entre las mujeres que han padecido maltrato físico y las que han vivido maltrato psicológico (Echeburúa et al., 1997a). Más adelante el mismo equipo evalúa 212 víctimas de violencia doméstica y encuentra que el 46% de ellas desarrolla TEP (Echeburúa, Corral & Amor, 2002). A estas cifras hay que agregar las de quienes plantean que si bien las tasas de TEP en mujeres maltratadas oscilan entre 30% y 80%, los síntomas del TEP aparecen en más del 70% de las mujeres maltratadas (Riggs, Caulfield & Street, 2000).

Entre los factores que predicen el desarrollo del TEP, los más estudiados han sido la frecuencia, severidad y duración de la violencia vivida. Un estudio, con 77 mujeres maltratadas que se encuentran en refugios, analiza estas tres variables, así como también la tensión experimentada por la víctima al vivir violencia doméstica. La correlación más fuerte se encuentra entre la tensión subjetiva al momento de vivir maltrato y la presencia de TEP. La frecuencia y severidad de la violencia también predicen los síntomas del TEP, no así la duración del maltrato vivido (Kemp, Rawlings & Green, 1991).

Un estudio con 53 mujeres víctimas de violencia doméstica provenientes de refugios y de centros ambulatorios, encuentra que las siguientes variables se relacionan de manera directa con el desarrollo del TEP: a) La severidad de la violencia vivida, b) La proximidad temporal del maltrato, c) Eventos vitales negativos, y d) Estresores familiares. Asimismo, el apoyo social disponible y la existencia de eventos vitales positivos, se relacionan de manera inversa con el desarrollo de un cuadro de TEP (Astin, Lawrence & Foy, 1993).

Otro estudio, llevado a cabo con 179 mujeres víctimas de violencia doméstica, encuentra como fuertes predictores del TEP: a) Estrategias de afrontamiento para finalizar la relación, b) Experiencia de eventos vitales negativos, c) Grado de abuso físico, d) Tiempo transcurrido desde que terminó la relación de maltrato, y e) Falta de apoyo social percibido (Kemp et al., 1995).

En España, el estudio con 80 mujeres maltratadas que se encuentran en casas de acogida, encuentra que el tiempo de permanencia en la casa correlaciona de manera negativa con el desarrollo del TEP, y la exposición al maltrato durante la infancia o la adolescencia en la familia de origen y el afrontamiento de evitación correlacionan de manera positiva. La exposición al maltrato en la familia de origen sería una variable de vulnerabilidad, no al hecho de que las mujeres que han vivido violencia doméstica en sus propias familias sean más propensas a vivirla en su relación de pareja, sino a que la respuesta psicológica cuando se da la violencia sea más aguda o menos adaptativa (Villavicencio & Sebastián, 1999b).

Un meta-análisis que aborda estudios con distintos tipos de víctimas que desarrollan TEP, encuentra que los tres principales factores de vulnerabilidad para la aparición del trastorno son: a) Escaso apoyo social después del trauma, b) Nivel de estrés habitual y c) Severidad del trauma (Brewin, Andrews & Valentine, 2000).

Dada la definición de lo que es el TEP, no requiere mayor explicación su aparición en víctimas de violencia doméstica, claramente la violencia física constituye una amenaza a la vida y al bienestar de la víctima y es vivida con miedo, horror o indefensión. Con respecto a la violencia psicológica se ha visto, por sorprendente que pueda parecer, que es un predictor más fuerte del miedo que la violencia física (O'Leary, 1999) y que es más predictiva en el desarrollo del TEP en la mujer maltratada que la severidad o frecuencia del daño físico soportado (Arroyo, 2002). La explicación acerca de los síntomas que pueden desarrollarse producto de la exposición a un suceso traumático, se abordará en el capítulo 8, referido a los modelos explicativos del TEP. No obstante, es importante tener en cuenta que el estrés postraumático es uno de los pocos trastornos que reconoce la relación que existe entre los síntomas manifestados por las víctimas y la situación vivida (Villavicencio, 2000).

3.2.5. OTROS PROBLEMAS PSICOPATOLÓGICOS

Abuso o dependencia de sustancias

El meta-análisis realizado por Golding (1999) revisa separadamente aquellos estudios en que se relaciona el abuso o dependencia del alcohol y el abuso o dependencia de otras drogas, con la violencia doméstica.

En relación al alcohol, la autora estudia 10 investigaciones encontrando que la prevalencia de abuso o dependencia de esta sustancia va de 6.6% a 44%, disminuyendo a medida que el tamaño muestral de las investigaciones aumenta, con una media ponderada de 18.5% (Golding, 1999).

En relación al abuso o dependencia de otras drogas, encuentra 4 estudios que lo relacionan con la violencia doméstica, con tasas de prevalencia que van desde 7% a 25% y una media ponderada de 8.9% (Golding, 1999).

Baja autoestima

El estudio realizado en España con 126 mujeres víctimas de violencia doméstica al que ya se ha hecho alusión, encuentra que su grado de autoestima es escaso, por debajo de la población normal, sin existir diferencias significativas entre las mujeres que han vivido maltrato físico o las que exclusivamente han padecido maltrato psicológico (Echeburúa et al., 1997a).

Lynch & Graham-Bermann (2000) llevan a cabo un estudio en el que comparan 57 mujeres que han vivido maltrato en el último año, 40 mujeres que han vivido maltrato alguna vez en su vida, pero no durante los últimos 12 meses, y 16 mujeres que nunca han sido maltratadas, en variables como maltrato físico, maltrato psicológico, autoestima y autoafirmación, entendida esta última como aquellas fuentes de gratificación que ayudan a la persona a establecer una imagen positiva de sí misma (trabajo, familiares, amigos, hijos). Encuentran que la violencia psicológica y la autoafirmación, predicen de manera significativa el nivel de autoestima de las mujeres que actualmente viven maltrato. La violencia física no actúa como predictor en este grupo de mujeres. En los otros dos grupos, ni la autoafirmación ni ningún tipo de violencia se relacionan con la autoestima. Según los autores, es probable que las mujeres que han vivido violencia doméstica puedan volver a depender sólo de su valoración personal para tener un nivel adecuado de autoestima, sin requerir otras fuentes de afirmación, al cabo de un año de haber dejado la relación de maltrato.

Se ha visto que como variables predictoras del desarrollo de baja autoestima en mujeres víctimas de violencia doméstica que viven en casas de acogida, se encuentra el tiempo de permanencia en la casa y la percepción de apoyo social actual, ambas variables relacionándose de manera negativa; es decir, tener personas con quien hablar de la situación vivida y de los problemas que van surgiendo, y sentirse segura y respaldada, proporcionaría un mayor grado de bienestar aumentando la autoestima (Villavicencio & Sebastián, 1999b).

Una explicación posible al desarrollo de una baja autoestima en las víctimas de violencia doméstica, se relaciona con la tendencia de ellas a culparse por lo sucedido, de manera tal que pierden la capacidad para confiar en sí mismas (Dutton et al., 1994). A esto pueden sumarse las constantes críticas y descalificaciones a que son sometidas por parte del agresor y el aislamiento que suelen padecer, que las priva de relaciones con otras fuentes de refuerzo social (Lynch & Graham-Bermann, 2000).

Cogniciones postraumáticas

Las cogniciones postraumáticas son uno de los tres grandes efectos que tiene la vivencia de violencia doméstica según Dutton, además de los síntomas postraumáticos o desarrollo del TEP y de los problemas para establecer relaciones (Dutton, 1993; Dutton et al. 1994).

La exposición a cualquier trauma, incluida la violencia doméstica, puede cambiar la forma en que las personas se ven a sí mismas, a los demás y al mundo. Las principales creencias y percepciones que se ven modificadas producto de una experiencia traumática, recogidas en la literatura científica, son: a) Percepción de seguridad o vulnerabilidad, b) Expectativas de repetición del trauma en el futuro o aumento en la severidad del mismo, c) Autopunición por lo sucedido, d) Percepción de incontrolabilidad con relación al suceso traumático, e) Percepción de falta de alternativas disponibles para salir de la situación aversiva, f) Incremento en la tolerancia a la violencia, g) Cambio en las creencias acerca de los demás (desconfianza, miedo), y h) Percepción de falta de significado (Dutton, 1993).

Déficit en solución de problemas

Claerhout, Elder & Janes (1982) comparan las habilidades de solución de problemas de 14 mujeres maltratadas con 20 mujeres no maltratadas, reclutadas en salas de espera de oficinas legales, clínicas y servicios de educación de adultos, en zonas rurales de Estados Unidos. Sus resultados señalan que las mujeres maltratadas generan significativamente menos alternativas de solución que las no maltratadas, y éstas generan significativamente más alternativas efectivas que las mujeres maltratadas. Del mismo modo, las mujeres maltratadas producen significativamente más alternativas evitativas y dependientes que las no maltratadas y tienen menos probabilidades de escoger una alternativa efectiva para solucionar sus problemas que las no maltratadas.

En un estudio mejor controlado, Launius & Jensen (1987) comparan las habilidades de solución de problemas de 19 mujeres maltratadas, 19 mujeres que están asistiendo a terapia y no han sufrido maltrato, y 19 mujeres que no han asistido a terapia y que no han sufrido violencia doméstica, todas alumnas universitarias, midiendo su capacidad intelectual, ansiedad y depresión. Los autores encuentran que aún controlando las variables mencionadas, las mujeres maltratadas presentan déficit en tres áreas respecto a sus habilidades para solucionar problemas: a) Generan menos alternativas de solución que ambos grupos de mujeres no maltratadas, b) Generan un número menor de alternativas de solución efectivas que las mujeres no maltratadas, y c) Presentan menor probabilidad de elegir una alternativa de solución efectiva frente a un problema dado.

Este déficit en las habilidades para solucionar problemas tiene dos explicaciones. Por una parte, la vivencia de repetidos episodios de maltrato conducirían a la víctima a desarrollar la percepción de que es incapaz de lidiar con sus problemas, debilitando sus habilidades al respecto.

Por otra, se plantea que las mujeres maltratadas reunirían una serie de factores como falta de modelos adecuados en solución de problemas, experiencias pasadas de abuso, ausencia de experiencia en solución de problemas, ausencia de entrenamiento al respecto, etc., que las conducirían a no desarrollar de manera adecuada las habilidades para resolver problemas ni estrategias de afrontamiento que les permitan lidiar con problemas cotidianos (Launius & Jensen, 1987). También es probable que la presencia de fuertes respuestas emocionales condicionadas negativas bloqueen las respuestas racionales en las mujeres maltratadas y de ahí este déficit en solución de problemas. De hecho, los datos del estudio de Claerhout, Elder & Janes son perfectamente interpretables como la consecuencia del desarrollo de TEP que lleva a las mujeres a evitar aquellos estímulos, que por asociación con la experiencia traumática, les producen miedo o ansiedad.

Según Villavicencio (1993), no habría un déficit patológico en las habilidades de solución de problemas de las mujeres que han experimentado violencia doméstica, sino que éstas se ven enfrentadas a múltiples decisiones en la resolución del conflicto marital, decisiones que se basan en la información disponible para las víctimas que no siempre es clara ni apropiada.

Inadaptación

En el estudio realizado por Echeburúa et al. (1997a), se encuentra un nivel muy alto de inadaptación a la vida cotidiana, sin que existan diferencias significativas entre aquellas mujeres víctimas de maltrato psicológico y las que además padecen maltrato físico. Los autores explican el alto nivel de inadaptación como consecuencia de los síntomas clínicos que las mujeres en esta situación desarrollan.

Vázquez (1999) plantea que en una relación de maltrato se producen típicamente una serie de hechos que llevan a una inadaptación global a la víctima de violencia doméstica: a) Aislamiento social, propiciado por el maltratador y aceptado, en ocasiones, por la víctima que se avergüenza de sus lesiones, conducente a inadaptación social, b) Aparición de cuadros clínicos lo que conlleva inadaptación emocional, c) Alteración de las relaciones familiares, tanto con los hijos como con la familia extensa, conducente a inadaptación familiar, y d) Bajo rendimiento laboral, ausentismo laboral, aislamiento de los compañeros de trabajo o pérdida del trabajo, que conduce a inadaptación laboral.

Suicidio o ideación suicida

Golding (1999), a través del análisis de 13 estudios, encuentra tasas de prevalencia de suicidio que van entre un 4.6% y un 77% entre mujeres víctimas de violencia doméstica, con una media ponderada de 17.9%.

Según Stark & Flitcraft (citado en Villavicencio & Sebastián, 1999b) los malos tratos son la causa del 25% de los intentos de suicidio en mujeres.

La ideación suicida y el suicidio se explicarían en las mujeres maltratadas como la única alternativa que ven para terminar con la situación de inmenso sufrimiento que están viviendo. Asimismo, diversos estudios han encontrado de manera repetida que el aislamiento social es un factor de riesgo para el suicidio (Blaauw et al., 2002) y se debe recordar que las mujeres que viven violencia doméstica generalmente se encuentran en esa situación.

La OMS en su “Informe sobre la Salud en el Mundo 2001”, revisa una serie de estudios sobre la relación entre la violencia doméstica y los pensamientos suicidas, poniendo de manifiesto que la ideación suicida es significativamente superior en aquellas mujeres que han vivido malos tratos (WHO, 2001). Estos datos se resumen en la tabla 3.2.

TABLA 3.2. Relación entre violencia doméstica e ideación suicida *

Experiencia de violencia física por parte de la pareja	% de mujeres que ha pensado alguna vez en suicidarse							
	Brasil (n=940)	Chile (n=422)	Egipto (n=631)	India (n=6327)	Indonesia (n=765)	Filipinas (n=1001)	Perú (n=1088)	Tailandia (n=2073)
Nunca	21	11	7	15	1	8	17	18
Alguna vez	48	36	61	64	11	28	40	41

* Tomado del Informe sobre la Salud en el Mundo (WHO, 2001).

3.3. RESUMEN

La violencia doméstica tiene graves consecuencias en la salud física y mental de sus víctimas. En la salud física, a diferencia de lo que pueda pensarse, las consecuencias más comunes no son las lesiones sino los trastornos funcionales que se mantienen a largo plazo como colon irritable, fibromialgia, trastornos gastrointestinales, etc.

Entre los principales problemas de salud mental se encuentran la depresión, trastorno de estrés postraumático, abuso o dependencia de sustancias, baja autoestima, cogniciones postraumáticas, déficit en solución de problemas, inadaptación y suicidio o ideación suicida. Si bien se han descrito síndromes específicos para dar cuenta de los diversos síntomas o trastornos que pueden llegar a desarrollar las mujeres maltratadas –Síndrome de la Mujer Maltratada y Síndrome de Adaptación Paradójica–, se cree que las categorías diagnósticas bien establecidas,

como la depresión o el TEP, y los problemas psicopatológicos recién consignados están en condiciones de describir el fenómeno.

De todos los problemas mencionados, los más importantes son la depresión y el TEP, que se encuentran en promedio en tasas de prevalencia de un 47.6% y 63.8%, respectivamente.

Las cogniciones postraumáticas, la baja autoestima y el déficit en solución de problemas, se explican en las mujeres víctimas de violencia doméstica como consecuencia de la situación que viven. Es un hecho conocido que la experiencia de un suceso traumático rompe las creencias que una persona tiene acerca de sí, del mundo y de los demás. Si uno de los cambios en las ideas acerca de sí tiene que ver con la autopunición por el suceso traumático y con la incapacidad para hacer frente a los diversos problemas cotidianos, es comprensible la pérdida de autoestima, sobre todo si el agresor, única fuente de refuerzo social para la mujer maltratada, se encarga de repetirle a su víctima que no vale para nada. Asimismo, el déficit en solución de problemas se deriva de esta pérdida progresiva de autoestima y de los síntomas tanto del TEP como de la depresión, que impiden a la víctima ejercer respuestas racionales adecuadas para hacer frente a su situación.

El abuso o dependencia de sustancias y los intentos de suicidio no serían más que lamentables alternativas de solución frente a la problemática en que se encuentran las víctimas. La inadaptación a la vida cotidiana es la consecuencia más global de estos trastornos y problemas psicopatológicos.

4.

FACTORES Y MODELOS EXPLICATIVOS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

La violencia doméstica es un fenómeno complejo. En su origen y mantenimiento se ven implicados tanto factores personales, como sociales y culturales. Los primeros modelos teóricos que intentaban dar cuenta de ella, se centraron en explicaciones unidireccionales de corte reduccionista, incapaces de considerar la multiplicidad de factores que la causan y la mantienen. Ejemplos de estas explicaciones iniciales son aquellas que aluden a que la causa de los malos tratos hacia la mujer se encuentra en que las víctimas tienen un carácter masoquista que hace que se sientan atraídas por hombres maltratadores o que provoquen el maltrato pues éste les produce placer. Otras explicaciones aluden a características personales tanto de la víctima como del agresor, como baja autoestima, roles de género tradicionales, trastornos mentales, etc., o a características sociales como aceptación social de la violencia o el gran número de estresores que afectan a la institución familiar, lo que ocasiona conductas violentas por parte de sus miembros. Si bien estas explicaciones no tienen un carácter tan circular como la del masoquismo, consideran sólo un tipo de factor explicativo, sin tener en cuenta la complejidad del fenómeno.

Actualmente, el Grupo de Trabajo en Violencia del Hombre contra la Mujer de la Asociación Psicológica Americana, plantea que la violencia doméstica tiene múltiples causas, de entre las que destaca el hecho de que es una conducta aprendida que se ha forjado por las normas socioculturales y las expectativas de rol que apoyan la subordinación femenina y perpetúan la violencia masculina (American Psychological Association, 1999).

A continuación se revisarán los principales factores de riesgo que se consideran en la actualidad para explicar el desarrollo de la violencia doméstica. Después se desarrollarán los principales modelos explicativos al respecto.

4.1. FACTORES EXPLICATIVOS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

Como punto de partida se considera el trabajo de Riggs, Caulfield & Street (2000) en el que se revisa la literatura empírica acerca de correlación y predicción de la violencia doméstica, en un esfuerzo por identificar factores que puedan alertar de riesgo de maltrato. Los autores advierten que, a pesar de la gran cantidad de literatura al respecto, no hay un indicador claro, ni un conjunto de indicadores claros, que permita identificar individuos que son perpetradores o víctimas de violencia doméstica. A continuación se examinarán los factores estudiados por estos autores que pueden ser considerados posibles explicaciones a la violencia doméstica.

4.1.1. FACTORES ASOCIADOS A LA PERPETRACIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

Características demográficas

Si bien la violencia doméstica se da en todos los grupos sociodemográficos, hay algunas características demográficas que se han asociado a su perpetración. Se ha visto que las tasas de violencia doméstica disminuyen a medida que la edad de la pareja aumenta. También se destaca como otro factor el aumento del estrés familiar, relacionado con el bajo nivel socioeconómico y la pérdida de empleo del agresor, que se asocia a un riesgo mayor de perpetración de violencia doméstica (Riggs, Caulfield & Street, 2000).

Características psicológicas

Al parecer, los hombres que llegan a perpetrar violencia doméstica son menos asertivos, más hostiles e irascibles que los que no lo hacen, y difieren de éstos en que aceptan de mejor grado la violencia en una relación de pareja. Sin embargo, existen pocos estudios acerca de las características psicológicas de los maltratadores que permitan establecer qué factores los diferencian de la población general (Riggs, Caulfield & Street, 2000).

Psicopatología

En términos de medidas de síntomas en general, varios estudios encuentran puntajes superiores entre los maltratadores en diversas escalas como trastornos del estado de ánimo, trastorno límite de la personalidad y depresión psicótica. Sin embargo, salvo para las escalas de agresividad y de personalidad antisocial, los estudios no han controlado la tendencia de los maltratadores para exagerar sus características negativas de personalidad. De este modo, no habría un perfil ni un puntaje de corte en ninguna escala de sintomatología en general, que pudiera distinguir a quienes ejercen violencia doméstica de quienes no lo hacen.

Con respecto a síndromes psicológicos específicos, la depresión, el trastorno de estrés postraumático (TEP), el abuso de sustancias y el trastorno límite de la personalidad, se han asociado a la perpetración de violencia doméstica. Es posible, debido a que estos síndromes están asociados unos a otros, que se trate de un único síndrome psicológico complejo que sea un indicador del riesgo de perpetrar violencia doméstica (Riggs, Caulfield & Street, 2000).

Características de la relación

Aquellas relaciones de pareja en que se da violencia doméstica se caracterizan por tener más interacciones negativas y ser más conflictivas que en las que no se da. Al parecer, las parejas que experimentan más tensión en su relación tienen más riesgo de experimentar violencia

doméstica que las que experimentan menos tensión. No obstante, no es claro si la tensión en la relación produce violencia o si, por el contrario, es la violencia doméstica la que genera tensión en la relación de pareja (Riggs, Caulfield & Street, 2000).

Otros factores de riesgo

Diversos investigadores han planteado que el ser testigo de violencia doméstica en la familia de origen es un factor que predice el perpetrar violencia doméstica. Sin embargo, no hay claridad al respecto, ya que muchos maltratadores no provienen de familias violentas y muchos hombres que no son violentos, sí. Al parecer, existiría algún factor mediador entre observar violencia en la familia de origen y perpetrarla, pero no hay claridad al respecto.

Otro factor que se ha estudiado es la relación entre historia de daño cerebral y perpetración de violencia doméstica. Los hombres que han sufrido daño cerebral reportan más problemas para controlar su estado de ánimo, más agresión verbal y discusiones con sus parejas, y niveles más altos de ira y depresión que quienes no presentan daño cerebral (Riggs, Caulfield & Street, 2000).

4.1.2. FACTORES ASOCIADOS A LA VICTIMIZACIÓN EN VIOLENCIA DOMÉSTICA

Experiencia previa de violencia

Uno de los factores más estudiados en el área de la victimización es el haber observado violencia en la familia de origen. Sin embargo, los estudios demuestran que la observación de violencia interparental no correlaciona de manera consistente con la victimización como adulto. Los efectos de ser testigo de violencia pueden confundirse con otros factores de riesgo más discriminativos como el conflicto marital. Por otra parte, factores cognitivos como la percepción de legitimidad de la violencia en las relaciones familiares, mitigan que la agresión sea o no transmitida a la próxima generación.

Un segundo factor que ha recibido mucha atención en este campo, es la experiencia de victimización en la niñez. No obstante, los resultados no son consistentes entre estudios. Al parecer, la experiencia temprana de violencia no discrimina víctimas de no víctimas.

Por otra parte, los patrones conductuales y las expectativas que se han desarrollado durante las relaciones de noviazgo, tienden a transformarse en bases para la relación marital, es decir, las experiencias de violencia en las relaciones de noviazgo pueden ser un factor de riesgo para la violencia en las relaciones conyugales, si bien falta investigación concluyente al respecto (Riggs, Caulfield & Street, 2000).

Abuso de sustancias

Un gran número de investigaciones examina el uso de alcohol y drogas por parte de la mujer como factor de riesgo para la violencia doméstica, sin embargo, los resultados son equívocos. Además, la mayoría de los datos disponibles proceden de estudios transversales, por lo que es difícil determinar si el abuso de sustancias precede a la violencia doméstica o es una estrategia de afrontamiento ante la misma.

La evidencia disponible sugiere que si bien el uso de alcohol y drogas por parte de la víctima puede jugar un rol en la violencia doméstica, es el uso de alcohol y drogas por parte del maltratador el que, usualmente, juega un rol mucho mayor (Riggs, Caulfield & Street, 2000).

Psicopatología

La investigación en salud apoya la idea de que la experiencia de violencia doméstica causa detrimento en la salud mental de las víctimas de ésta, siendo sus principales consecuencias el TEP, depresión, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de la alimentación y abuso de sustancias. No obstante, los estudios longitudinales son escasos en el área, por lo que es difícil confirmar si la psicopatología es consecuencia de la violencia doméstica o es parte de su causa (Riggs, Caulfield & Street, 2000).

4.1.3. RESUMEN DE FACTORES EXPLICATIVOS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

Hay numerosos factores que pueden servir para identificar a hombres que pueden ser violentos en su relación de pareja, pero ningún único factor puede identificar a todos los hombres violentos, es decir, ningún factor puede explicar por sí solo la violencia doméstica.

En cuanto a los factores en el área de la victimización, la investigación es menos clara y los resultados suelen ser inconsistentes a través de los estudios, sin que emerja ningún factor o grupo de factores capaz de distinguir víctimas de no víctimas.

Los autores de la citada revisión creen que se debe asumir que la presencia de múltiples factores puede incrementar el riesgo de violencia doméstica (Riggs, Caulfield & Street, 2000), por lo que se estima que aquellos factores en que la investigación es más concluyente y consistente, tales como aumento del estrés familiar, altos niveles de hostilidad y bajos niveles de asertividad por parte del agresor, aceptación de la violencia como alternativa válida en la relación de pareja, abuso de alcohol y drogas por parte del agresor, etc., deben estar presentes en los modelos que intenten explicar el fenómeno de la violencia doméstica.

4.2. MODELOS EXPLICATIVOS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

Si bien son muchos los modelos teóricos que han intentado explicar el origen y/o el mantenimiento de la violencia doméstica –como por ejemplo, el modelo del aprendizaje social, de los recursos, del intercambio, del estrés, feminista, una aplicación de la teoría de la indefensión aprendida, del ciclo de la violencia, de la unión traumática, de la trampa psicológica, del análisis de costes y beneficios, entre otros–, se hará referencia sólo a dos de ellos por considerar que son los de mayor utilidad y más completos en el área.

4.2.1. MODELO INTERACTIVO DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

Este modelo, desarrollado por Stith & Rosen (1992), explora los factores multicausales implicados en la violencia doméstica considerando: a) Factores de vulnerabilidad de la familia y el individuo, b) Factores de estrés situacional, c) Recursos individuales, familiares y sociales para hacer frente a las vulnerabilidades y al estrés, y d) Contexto sociocultural en que se inserta todo ello.

El modelo plantea que los valores socioculturales relacionados con la violencia y con los roles sexuales, inciden sobre las vulnerabilidades, factores de estrés y recursos disponibles, así como sobre la definición y percepción de la violencia. Del mismo modo plantea que una vez que la violencia ha sido empleada para satisfacer necesidades, existe una tendencia a repetir su uso.

A continuación se analizan los distintos factores implicados en el modelo que se relacionan con la violencia doméstica, dejando de lado aquellos planteados por las autoras que tienen que ver con el maltrato infantil o a ancianos. La figura 4.1. muestra la representación esquemática del modelo.

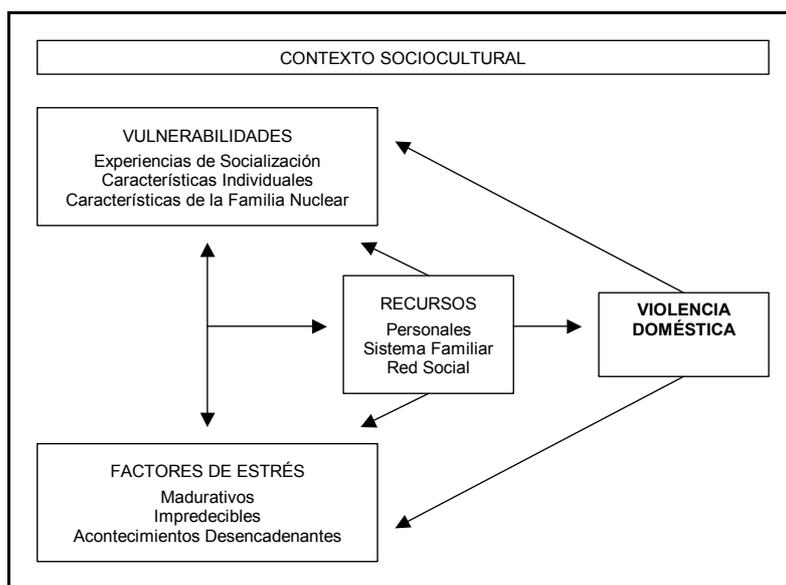


FIGURA 4.1. Modelo interactivo de la violencia doméstica (Stith & Rosen, 1992)

Contexto sociocultural

Alude al conjunto de valores y normas compartidas por las familias de una misma comunidad y cultura. Los que tendrían relación con la violencia doméstica, tal como se la ha definido en este trabajo, son la aceptabilidad de la violencia y el estatus subordinado de la mujer.

Aceptabilidad de la violencia: Las autoras plantean que la violencia exhibida a través de los medios de comunicación influye en los valores y creencias de cada persona y perpetúa un modelo cargado de violencia. La violencia es vista como una manera adecuada de castigar y de resolver conflictos.

Estatus subordinado de la mujer: Los valores de una cultura respecto a los roles de género también influyen en la perpetración de violencia doméstica. Si las sociedades conceden mayor valor a los hombres que a las mujeres, esto puede llevar a que los hombres creen que tienen derecho a maltratar a sus parejas, y a que las mujeres en relaciones violentas piensen que sus necesidades, e incluso sus vidas, no son tan importantes como las necesidades de sus hijos o parejas, permaneciendo así en relaciones de maltrato para que sus hijos tengan sus necesidades cubiertas o para proteger a sus parejas.

Vulnerabilidades

Experiencias de socialización: La experiencia y la exposición a la violencia en una generación incrementa la probabilidad de que aparezca violencia en la generación siguiente.

Características individuales: Habría ciertas características que, al interactuar con el estrés situacional, pondrían a ciertos individuos en una situación de mayor riesgo para ejercer violencia doméstica. Estas características son: a) Ser generalmente violento, b) Sentir que no se tiene poder, c) Actuar de manera posesiva y celosa, d) Tener baja autoestima, e) Carecer de mecanismos de afrontamiento, o f) Padecer de alguna dependencia de sustancias.

Características de la familia nuclear: Según las autoras la calidad de la relación de pareja hace que la violencia doméstica pueda ocurrir con mayor frecuencia cuando el estrés familiar es elevado.

Factores de estrés

Estrés de tipo madurativo: Son aquellos cambios formativos en el ciclo de vida a los que se enfrentan las familias a medida que se mueven en el tiempo. Dado que la ansiedad familiar aumenta en estos momentos, es más probable que se desarrollen conductas disfuncionales, dentro de las que se encuentra la violencia doméstica. Ejemplos de este tipo de estresores son el embarazo o nacimiento de un hijo.

Estrés impredecible: Son cambios en la vida de una familia que no pueden ser predichos y que incrementan la probabilidad de aparición de la violencia doméstica. Ejemplos de ellos son el desempleo, enfermedades crónicas o muertes inesperadas.

Acontecimientos desencadenantes: Son la excusa que da el agresor a su comportamiento violento. Una mala respuesta por parte de su pareja, que la comida no esté hecha o haber tenido un mal día en el trabajo, son algunos ejemplos.

Recursos

Recursos personales: Las autoras se basan en la categorización de recursos establecida por McCubbin y Figley, y plantean que existen cuatro componentes básicos de los recursos personales: a) Bienestar económico, b) Nivel educativo (que contribuye a la capacidad cognitiva facilitando la percepción realista del estrés y a las habilidades de solución de problemas), c) Estado de salud (tanto física como mental), y d) Recursos psicológicos o características de personalidad. La probabilidad de que se dé violencia doméstica depende de los recursos personales de los miembros de la pareja.

Sistema familiar: La cohesión familiar, la adaptabilidad, la comunicación clara y abierta y el equilibrio de poder entre los miembros de la pareja, parecen ser, según las autoras, recursos del sistema familiar que le permiten a sus miembros manejar el estrés y sobreponerse a las dificultades, sin caer en conductas disfuncionales como la violencia doméstica.

Red social: El apoyo social disponible es un recurso importante a la hora de hacer frente a las dificultades. Se ha visto que el aislamiento social favorece la existencia de violencia doméstica.

4.2.2. MODELO DE LOS MECANISMOS PSICOLÓGICOS DE LA VIOLENCIA EN EL HOGAR

Planteado por Echeburúa & Fernández-Montalvo (1998), parte de la base de que en la conducta violenta intervienen los siguientes componentes: a) Actitudes de hostilidad, b) Estado emocional de ira, c) Repertorio pobre de conductas y trastornos de personalidad, d) Factores precipitantes, e) Percepción de vulnerabilidad de la víctima y, f) Reforzamiento de las conductas violentas previas.

La interacción de todos estos factores puede dar lugar a dos tipos de conductas violentas:

1. *Violencia expresiva:* Es una conducta agresiva motivada por sentimientos de ira y que refleja dificultades en el control de los impulsos o en la expresión afectiva. Suele seguirse de arrepentimiento.

2. *Violencia instrumental*: Es una conducta agresiva planificada que expresa un grado profundo de insatisfacción y no genera sentimientos de culpa.

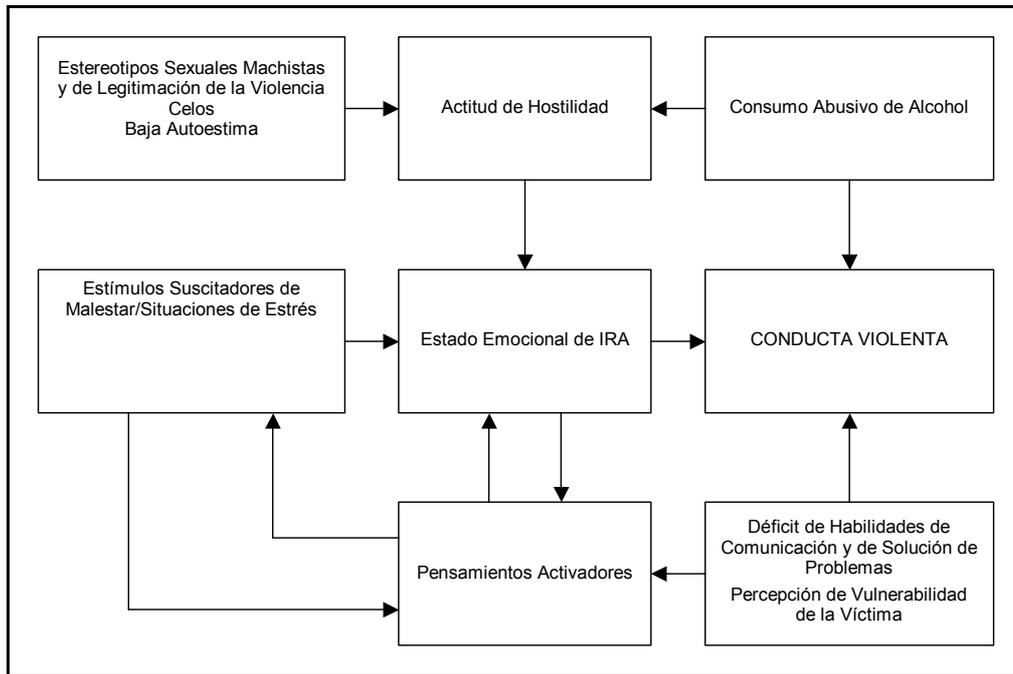


FIGURA 4.2. Desarrollo de la violencia conyugal (Echeburúa & Fernández-Montalvo, 1998)

Actitud de hostilidad

Puede ser el resultado de estereotipos sexuales machistas, de la percepción de indefensión de la víctima, de celos patológicos en el agresor y de la creencia de que la violencia es una estrategia legítima para resolver conflictos. En concreto, según los autores, la hostilidad se deriva de actitudes y sentimientos negativos desarrollados por una evaluación negativa de las conductas de la pareja, que generan un impulso a hacer daño.

Estado emocional de ira

Esta emoción se ve facilitada por la actitud de hostilidad y por pensamientos activadores que guardan relación con recuerdos de situaciones negativas vividas con la pareja en el pasado, o con estímulos ajenos a la pareja que igualmente provocan malestar, como problemas laborales, penurias económicas, etc.

Repertorio pobre de conductas y trastornos de personalidad

Los autores aluden concretamente al déficit de habilidades comunicacionales y de solución de problemas que impiden la canalización de los conflictos de una forma adecuada. Si además existen alteraciones de la personalidad como suspicacia, celos, baja autoestima, falta de empatía, etc., el problema se ve agravado.

Factores precipitantes

El consumo de alcohol o drogas puede contribuir a la aparición de las conductas violentas, al interactuar con los problemas de la vida diaria.

Percepción de vulnerabilidad de la víctima

La ira se descargará en quien se percibe como más vulnerable, sin capacidad de respuesta energética y en un entorno en que sea más fácil ocultar lo sucedido, en este caso, la familia.

Reforzamiento de las conductas violentas previas

Si las conductas violentas anteriores han servido al agresor para obtener determinados objetivos, es evidente que el hombre concluye que la violencia puede ser un método efectivo y rápido para conseguir lo que desea. Del mismo modo la conducta de sumisión de la víctima se ve reforzada porque con ella evita consecuencias peores.

El reforzamiento de las conductas violentas, junto con otras variables, como la dependencia emocional y económica, la presión social, el temor al futuro en soledad, etc., explican el mantenimiento de la violencia doméstica en el tiempo.

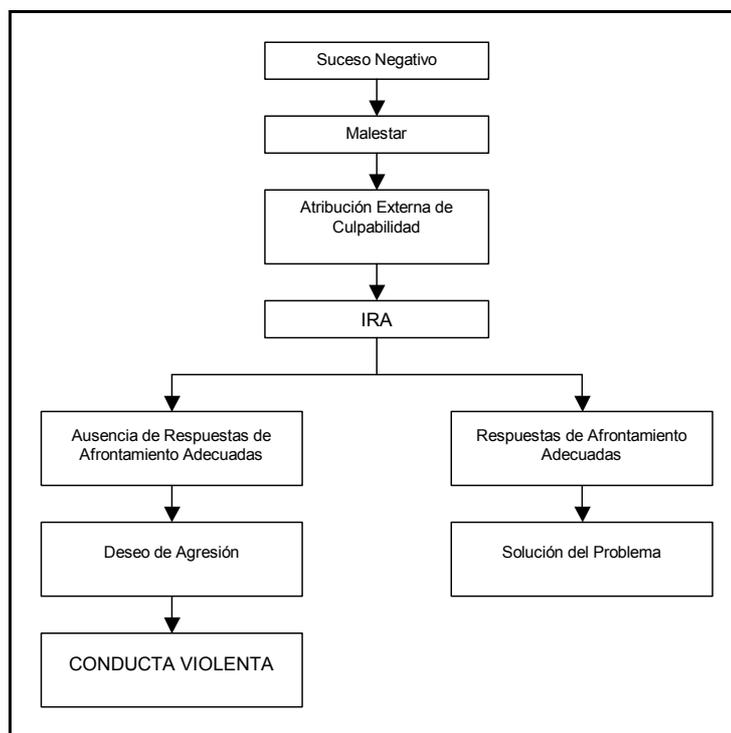


FIGURA 4.3. Secuencia del comportamiento violento (Echeburúa & Fernández-Montalvo, 1998)

Según los autores, además de estos factores influye el hecho de que el hombre muestra una mayor tendencia a las conductas violentas por influencias hormonales y por la aprobación social de dichas conductas desde la infancia, ya que se relacionan con el estereotipo social del varón.

4.3. CONSIDERACIONES A LOS MODELOS

Los dos modelos aquí presentados tienen en cuenta ciertos factores del agresor, que la literatura ha mostrado de manera consistente como útiles para predecir la violencia doméstica, tales como un elevado nivel de hostilidad, escasas habilidades de comunicación, aceptación de la violencia como una alternativa válida para resolver conflictos, abuso de alcohol o drogas y aumento del estrés familiar, aunque cada uno de los modelos se refiere a ellos de manera distinta y pone el énfasis en uno u otro aspecto para explicar las causas de la violencia doméstica.

Ambos modelos parecen destacar, como el punto más importante en la explicación de la violencia doméstica, el que la conducta violenta sería una forma de afrontamiento a situaciones de estrés o sería el resultado de la falta de otras habilidades más adaptativas para hacerle frente. Sin embargo, habría que demostrar que esto es así. Del mismo modo, los dos modelos revisados dan importancia a factores de estrés, pero sin precisar qué se quiere decir con esto o a qué se refiere. Se trata de una consideración muy genérica sobre la que se debe investigar más.

Por otra parte, ninguno de los dos modelos destaca el valor diferencial de cada una de las características personales que toman parte en la violencia doméstica.

A primera vista, el modelo interactivo de la violencia doméstica parece ser más amplio al considerar factores tanto personales, familiares y sociales en el origen del maltrato, no obstante, el modelo de los mecanismos psicológicos de la violencia en el hogar, como su nombre indica, si bien se centra en los mecanismos psicológicos que llevan al agresor a maltratar, también alude a factores familiares y sociales que ayudan a generar y mantener la violencia doméstica, factores tales como problemas laborales o económicos del agresor, presión social hacia la víctima, dependencia económica de la víctima, aprobación social de la conducta violenta en los hombres, etc.

Este modelo presenta además la ventaja de establecer no sólo las causas de la violencia doméstica sino también los factores que hacen posible que ésta se perpetúe en una relación de pareja.

Finalmente, si bien se cree que éstas son las dos mejores propuestas teóricas al respecto, es casi imposible, debido al estado actual de investigación sobre el tema y dadas las características de la unidad de análisis, manejar todos los datos y variables que influyen en la génesis y mantenimiento de la violencia doméstica, por lo que parece conveniente manejar modelos de este tipo a la espera de su comprobación empírica o a la espera de la generación de modelos más precisos y más orientados a la acción que permitan evaluar, prevenir y modificar la violencia doméstica.

5.

TRATAMIENTO DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

A pesar de las alarmantes cifras en relación con la violencia doméstica y de las graves consecuencias psicológicas que ocasiona en sus víctimas, el desarrollo e implementación de tratamientos psicológicos apropiados se encuentra aún en una fase incipiente. Son pocos los estudios que evalúan de forma controlada los efectos de las intervenciones en este tipo de víctimas y aquellos que lo hacen centran la evaluación del cambio terapéutico en variables como la autoestima, la ansiedad y/o la depresión y no en la sintomatología de estrés postraumático propiamente tal (Echeburúa et al., 1996a). Sin embargo, dada la elevada frecuencia de aparición del trastorno en este tipo de víctimas, las intervenciones deberían ir orientadas a tratarlo (American Psychological Association, 1999).

Por otra parte, muchas víctimas de violencia doméstica pueden acudir a centros de salud pidiendo atención debido a sintomatología ansiosa o depresiva, sin llegar a informar nunca acerca de la situación de maltrato que viven, por lo que los resultados de la intervención no se registran como los de un tratamiento realizado para víctimas de violencia doméstica. Asimismo, es difícil investigar en esta área debido a las condiciones en que se encuentran las víctimas, la mayoría preocupadas por su propia seguridad o por condiciones económicas inestables, lo que con frecuencia no les permite seguir un tratamiento más que de manera esporádica (Lundy & Grossman, 2001). Finalmente, hay una escasa conexión entre los modelos teóricos explicativos de la violencia doméstica y las propuestas terapéuticas desarrolladas.

No obstante, se hará una revisión de los principales trabajos que se han desarrollado acerca de intervención en víctimas de violencia doméstica, dividiéndolos entre aquellos en que sólo se dan indicaciones generales para el tratamiento, pero no se evalúan los resultados de la intervención, y aquellos en que sí se hace.

5.1. INDICACIONES GENERALES DE TRATAMIENTO PARA MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

Las primeras orientaciones generales se han centrado en tratar de señalar los aspectos que se deben abordar en la terapia para víctimas de violencia doméstica. Estas consideraciones se han basado en estudios en los que se compara las habilidades de solución de problemas entre mujeres que han vivido maltrato y otras que no lo han experimentado. Así, Claerhout, Elder & Janes (1982) y Launius & Jensen (1987) recomiendan estrategias de tratamiento que incluyan el entrenamiento en habilidades de solución de problemas, ya que puede facilitar a las mujeres afrontar y/o prevenir

malos tratos futuros al desarrollar respuestas más efectivas ante situaciones de riesgo. Claerhout, Elder & Janes (1982) especifican que tales tratamientos deberían incluir la discusión de las consecuencias negativas a corto y largo plazo de las conductas evitativas y dependientes, así como también los beneficios potenciales de las respuestas efectivas de solución de problemas.

Douglas & Strom (1988) señalan siete objetivos que abordar en la terapia para mujeres víctimas de violencia doméstica, terapia que debe ser de carácter cognitivo. Los objetivos son: 1) Reconocer que su sistema de creencias acerca de los roles sexuales es rígido, y que debe flexibilizar dichas creencias para responsabilizarse por su autonomía y cuidado de sí misma, 2) Modificar las creencias que tengan relación con excusar la violencia del maltratador, poniendo énfasis en que la ley considera la violencia doméstica como un delito, 3) Reconocer que vive violencia doméstica y que sus respuestas a la violencia no son anormales, 4) Reconocer que no es responsable por la violencia doméstica, y que ni ella ni otra mujer podría haber controlado las conductas violentas de su pareja, 5) Reconocer que es altamente probable que la violencia se repita, 6) Incluir en su sistema de creencias la posibilidad de que se incremente la severidad de la violencia, llegando incluso a tener consecuencias letales, y 7) Ser capaz de diferenciar entre las ideas de que no puede hacer nada para aumentar su seguridad, y la de que no puede hacer nada para controlar las conductas violentas del agresor. Si bien, a juicio de los autores, esto último es cierto, lo primero no lo es y es importante que la mujer que vive violencia doméstica perciba que tiene opciones para protegerse y garantizar su seguridad.

Walker (1991), en un primer momento, describe vías de intervención más o menos genéricas, pero no aporta datos sobre los resultados obtenidos. La autora plantea la conveniencia de abordar en el tratamiento cinco grandes áreas: a) Manipulación y control del medio, b) Disociación, c) Expresión de la ira, d) Intimidación sexual y emocional y, e) Sumisión y resentimiento. El objetivo es dotar de habilidades a la mujer para que aprenda a afrontar la situación y recupere el control de su vida. Se enfatizan las ventajas de una intervención en grupo pues permite aprender de la experiencia de las demás participantes y ayuda a reestablecer relaciones de amistad y a desarrollar una red de apoyo e integración social.

Más adelante, esta misma autora plantea que habría siete pasos por los que las mujeres maltratadas deben pasar para transformarse de víctima en sobreviviente. Estos pasos son: 1) Ayudar a la víctima a reconocer que ha vivido maltrato y que esta experiencia ha tenido algún efecto perjudicial, 2) Ayudar a la víctima a buscar seguridad y protección contra abusos posteriores o daño continuado, 3) Ayudarle en la recuperación de claridad cognitiva y buen juicio, para lo cual se debe poner énfasis en técnicas de terapia cognitiva, 4) Ocuparse directamente de los síntomas de TEP que puedan aparecer, 5) Seleccionar y separar los temas propios del maltrato vivido de otras experiencias tempranas, para abordar los problemas en orden, 6) Ayudarle a reestablecer las relaciones interpersonales perdidas y, 7) Ayudarle a integrar el trauma en la vida cotidiana,

utilizando lo que se ha aprendido para reconstruir una nueva identidad y seguir adelante con la vida (Walker, 1999b).

En la misma línea se encuentra lo publicado por Webb quien propone una intervención cognitivo conductual, de aplicación individual o grupal. El programa de tratamiento debe incluir reestructuración cognitiva, modelado, detención de pensamiento e inoculación de estrés, con el objetivo de identificar y modificar creencias erróneas y responder de manera adaptativa a la situación de abuso (Webb, 1992).

Dutton-Douglas plantea que la intervención con mujeres maltratadas dependerá de la etapa de violencia en que se encuentre la víctima, describiendo tres fases: a) Crisis, b) Transición y c) Recuperación. Plantea que la terapia postraumática se centra en la fase de recuperación y supone el cese del trauma previo. La intervención ha de incluir cuatro componentes: a) Análisis del trauma, b) Tratamiento de los síntomas específicos que presente la paciente, c) Reestructuración cognitiva, y d) Reconstrucción de una nueva vida (Dutton-Douglas, 1992).

Browne (1993) señala que los objetivos de la intervención con víctimas de violencia doméstica deben apuntar a recuperar la salud física y mental, y a garantizar la seguridad de la víctima, ya que un tratamiento que se estructura en torno a las manifestaciones postraumáticas no será efectivo si se sigue viviendo el trauma. En este sentido, la autora plantea los siguientes pasos necesarios en el proceso de intervención: a) Obtener información completa acerca de la historia de violencia doméstica vivida por la víctima, en un clima de seguridad y confianza, b) Legitimar la experiencia de la víctima, explicándole que muchas mujeres atraviesan su situación, que hay ciertos síntomas característicos, que la violencia experimentada es no sólo inapropiada sino ilegal y que hay recursos a su disposición, c) Considerar las respuestas al trauma al diagnosticar y planificar el tratamiento, evaluando la presencia de sintomatología de estrés postraumático, d) Diseñar un plan de seguridad para la víctima y sus familiares, y e) Registrar toda la información obtenida, ya que puede ser necesaria en el futuro.

Del mismo modo, Dutton et al. (1994), centran los esfuerzos terapéuticos, en un primer momento, en eliminar el riesgo de violencia y reducir las expectativas de la mujer acerca de la continuidad de la violencia, ya que consideran que dichos esfuerzos son un paso esencial en la terapia postraumática con mujeres maltratadas, así como también uno de los propósitos más obvios para incrementar su seguridad. Del mismo modo, estos autores señalan que se debe poner énfasis en las atribuciones que las mujeres maltratadas hacen de las causas de la violencia previa ya que esto puede ser útil para modificar las creencias negativas así como para facilitar relaciones más satisfactorias, por lo menos consigo mismas.

Finalmente, Villavicencio (2000) plantea diez objetivos que deben abordar las intervenciones con víctimas de violencia doméstica: 1) Proporcionar apoyo y comprensión a la

víctima y facilitarle un espacio para su desahogo emocional, 2) Aumentar la seguridad de la víctima y de sus familiares, 3) Ayudarle a reestablecer el control sobre su propia vida tomando sus propias decisiones, 4) Hacerle comprender que ella no es responsable de la rabia ni de las conductas violentas de su pareja y que nadie tiene derecho a maltratar, 5) Ayudarle a aclarar las expectativas de roles de género y mitos sobre la violencia doméstica, 6) Entregarle información sobre violencia doméstica y sus consecuencias más comunes, 7) Ayudarle a reconocer sus fortalezas y habilidades, 8) Ayudarle en la expresión de emociones, sobre todo en los sentimientos contradictorios hacia el agresor, 9) Ayudarle a afrontar los sentimientos de pérdida y duelo en el caso de una separación, y 10) Ayudar a la víctima a proyectarse hacia el futuro.

En resumen, las indicaciones generales que se hacen para la intervención con víctimas de violencia doméstica son muy variadas y hay escaso acuerdo entre ellas. De la revisión aquí establecida se puede desprender una veintena de objetivos que sería necesario abordar con este tipo de víctimas. Quizás el objetivo en que se encuentra mayor coincidencia entre los autores es que la víctima reconozca que está sufriendo maltrato, que no es normal y que debe poner en marcha estrategias para hacerle frente y aumentar su seguridad, ya que no es previsible que la conducta violenta de la pareja cese de manera espontánea.

5.2. PROPUESTAS ESPECÍFICAS DE TRATAMIENTO PARA MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

A diferencia de los trabajos anteriores, estas propuestas se caracterizan por aportar datos concretos respecto de las intervenciones que deben llevarse a cabo en víctimas de violencia doméstica, la mayoría en el marco de diseños cuasi experimentales o de caso único.

Harris, Savage, Jones & Brooke en 1988 (citado en Chalk & King, 1998) asignaron a 68 mujeres maltratadas y sus parejas, a dos condiciones experimentales: a) Terapia de grupo (N = 23) y b) Terapia de pareja (N = 35), y a una condición de control de ausencia de tratamiento (N = 10) (No se especifica el tipo de intervención realizado en cada modalidad experimental). El programa se llevó a cabo en 10 sesiones de periodicidad semanal con una duración de 3 horas para los grupos y variable para las parejas (determinada por el terapeuta en cada caso). Todos los participantes mostraron cambios significativos tanto en la reducción de los niveles de violencia física como en la mejoría del bienestar general independiente del grupo de tratamiento asignado en comparación con el grupo control. Los participantes asignados a terapia de pareja tuvieron cuatro veces más probabilidad de abandonar el tratamiento que los asignados a terapia grupal.

Cox & Stoltenberg, llevaron a cabo un programa de tratamiento con 50 víctimas de violencia doméstica, de 6 sesiones en 2 semanas y de 2 horas de duración por sesión. El programa constaba de cinco módulos: a) Terapia cognitiva, b) Entrenamiento en asertividad y habilidades de

comunicación, c) Solución de problemas, d) Asesoría profesional, y e) Percepción del propio cuerpo. El programa fue aplicado por mujeres graduadas en asesoría psicológica. Todas las participantes mejoraron en medidas de autoestima y asertividad y redujeron el grado de ansiedad, depresión y hostilidad de forma significativa en comparación con un grupo control que asistía a reuniones desestructuradas para mujeres maltratadas (Cox & Stoltenberg, 1991).

Rubin (1991) evalúa la efectividad de un grupo de apoyo para 6 mujeres víctimas de violencia doméstica, llevado a cabo a lo largo de 11 semanas, con 4 encuentros grupales a la semana. Las participantes podían asistir a cualquiera de ellos o incluso a todos. Los grupos fueron dirigidos por trabajadoras sociales. Las técnicas específicas usadas son variadas y difieren según quien condujera el grupo, pero pueden ser agrupadas en tres categorías: a) Entrega de información relativa a ciclo y escalada de la violencia doméstica, y recursos legales, sociales y financieros existentes para las víctimas, b) Exploración de sentimientos, y c) Discusión de ideas de culpa, seguridad, rabia, pérdida, rol en solución de conflictos, entre otros temas. Diariamente se realizó un seguimiento telefónico acerca de pensamientos, sentimientos y conductas de las mujeres (categorizados como deseables e indeseables), y de las conductas agresivas de sus parejas. Los resultados no fueron concluyentes.

Ese mismo año Holiman & Schilit, presentan un programa de tratamiento grupal aplicado a 12 mujeres víctimas de violencia doméstica, durante 9 semanas con una periodicidad de una sesión a la semana y una duración de dos horas por sesión. Las primeras 5 sesiones se dividieron en una hora de trabajo de todo el grupo con demostraciones y juego de roles de procesos cognitivos, y una hora de trabajo en pequeños grupos para facilitar procesos grupales y compartir experiencias. Las cuatro sesiones restantes se trabajó en pequeños grupos sobre las emociones. Los autores plantean que la intervención se estructura en tres grandes bloques: a) Cambio cognitivo, relacionado con modificar actitudes de independencia, asertividad, planteamiento de metas y planes de acción realistas, y comprensión de las cogniciones de los hombres que las maltratan, b) Cambios en la respuesta emocional, aludiendo con eso a la expresión de sentimientos de infelicidad, rabia, alegría, miedo, etc., y c) Animar a las compañeras y ser capaz de salir de la propia problemática. No se entrega información acerca de la formación de los terapeutas. No se encontraron cambios significativos en las medidas de autoestima entre el pre y el postratamiento, sí en medidas de ira y satisfacción (Holiman & Schilit, 1991).

Tutty, Bidgood & Rothery (1993) aplicaron un programa de apoyo grupal a 76 mujeres que habían sufrido malos tratos, distribuidas en 12 grupos dirigidos por trabajadoras sociales. El programa constó de entre 10 y 12 sesiones, de 2 a 3 horas de duración cada una, con una periodicidad semanal. El contenido de la intervención se centraba en la reducción de los sentimientos de culpa, mejora de la autoestima, expresión de la ira y adquisición de independencia. Los resultados obtenidos a los seis meses de seguimiento, fueron aumento de autoestima,

disminución del grado de estrés, disminución de actitudes tradicionales hacia el matrimonio y la familia, mejora en el funcionamiento de la relación de pareja y, por ende, disminución de la violencia doméstica.

Por otra parte, Mancoske, Standifer & Cauley (1994), asignaron aleatoriamente a 20 mujeres maltratadas a dos programas de tratamiento de 8 sesiones de duración cada uno: a) Intervención en crisis y asesoría breve orientada a la solución del conflicto, y b) Intervención en crisis y asesoría de orientación feminista. El programa de tratamiento fue llevado a cabo por trabajadoras sociales. Todas las participantes mejoran significativamente en autoestima, autoeficacia y actitudes hacia el feminismo, sin embargo, aquellas que recibieron la primera modalidad de tratamiento obtuvieron mejores resultados terapéuticos en autoestima y autoeficacia.

Echeburúa et al. llevaron a cabo un programa de intervención cognitivo conductual con 62 mujeres víctimas de violencia doméstica, que cumplían criterios DSM-IV para el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático crónico. El programa constó de 12 sesiones individuales de 1 hora de duración aproximada y de una periodicidad semanal, y fue llevado a cabo por doctoras en psicología clínica. Los componentes del programa fueron a) Expresión emocional, b) Reevaluación cognitiva, y c) Entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento (relajación, solución de problemas, recuperación de actividades gratificantes, exposición y distracción cognitiva). Los resultados indican que las participantes mejoraron en todas las medidas evaluadas, es decir, TEP, depresión, ansiedad y autoestima, tanto en el postratamiento como en los seguimientos -1, 3, 6 y 12 meses- (Echeburúa et al., 1996a). Más adelante, Echeburúa et al. presentan el mismo programa de tratamiento ampliándolo y variando la modalidad de la intervención, es decir, se trata de un programa de 17 sesiones, de las que 9 son individuales y 8 grupales. Se lleva a cabo en 12 semanas, al igual que el anterior, y los componentes son exactamente los mismos. No presentan resultados al respecto (Echeburúa et al., 1998).

Schlee, Heyman & O'Leary (1998), asignaron aleatoriamente a 84 mujeres que demandaban tratamiento para conflictos maritales junto con su pareja y que habían vivido episodios de maltrato moderado, a dos condiciones terapéuticas: a) Tratamiento para parejas que sufren agresión física, en el que la pareja asistía de manera conjunta a sesiones grupales orientadas a terminar con la violencia, controlar la ira y desarrollar habilidades de comunicación, y b) Tratamiento específico de género, en que hombres y mujeres asistían, por separado, a sesiones grupales orientadas a terminar con el maltrato y tratar otros temas relacionados con la violencia doméstica, como por ejemplo, poder y control en el caso de los hombres, y autoestima y asertividad en el caso de las mujeres. Ambas modalidades terapéuticas se llevaron a cabo en 12 sesiones de una duración de 2 horas cada una y una periodicidad semanal. Los grupos fueron conducidos por seis terapeutas, 4 de ellos licenciados en psicología clínica, uno en trabajo social y otro estudiante de cuarto año. Todas las participantes mejoraron significativamente en las medidas evaluadas, esto es,

satisfacción marital, sintomatología depresiva, y agresión física y psicológica, sin haber diferencias significativas entre las modalidades terapéuticas y la presencia o ausencia de TEP entre las participantes al pretratamiento (Schlee, Heyman & O'Leary, 1998). Los resultados en cuanto a niveles de satisfacción marital y agresión física y psicológica se mantienen al año de seguimiento (O'Leary et al., 1994; citado en Chalk & King, 1998).

Colosetti & Thyer (2000) aplicaron un programa de tratamiento individual en tres fases, a 5 mujeres prisioneras con historia de violencia doméstica que cumplían criterios de TEP. En la fase A (de cuatro semanas de duración) se realizaba la evaluación de línea base, en la fase B (de tres semanas de duración) se entrenaba en relajación, y en la fase C (de tres semanas de duración) se entrenaba en reprocesamiento y desensibilización por movimientos oculares. Al final de cada sesión se evaluaban las variables dependientes: Ansiedad, conductas de evitación y pensamientos intrusivos. El programa de tratamiento fue llevado a cabo por una licenciada y master en trabajo social. Tras el entrenamiento en relajación ninguna participante mostró mejorías en las variables estudiadas. La aplicación posterior de terapia de reprocesamiento y desensibilización por movimientos oculares, sólo fue efectiva en una de las cinco participantes y sólo para dos de las tres variables estudiadas, ansiedad y pensamientos intrusivos.

Finalmente, Kubany, Hill & Owens (2003) desarrollaron y aplicaron un programa de tratamiento a 37 mujeres víctimas de violencia doméstica que a consecuencia de ella habían desarrollado TEP, que no se encontraban viviendo con el agresor ni en contacto con él y que no habían experimentado ningún episodio de violencia en el último mes. Se asignó de manera aleatoria a las participantes al mismo tratamiento, pero en dos modalidades temporales: 1) Inmediata y 2) Demorada. A las participantes asignadas a la modalidad de tratamiento demorada, que empezó 6 semanas después de la evaluación pretratamiento, se les realizó una segunda evaluación pretratamiento. El programa constó de entre 7 y 13 sesiones individuales de 90 minutos de duración y fue llevado a cabo por un doctor en psicología clínica. Los componentes del programa fueron a) Psicoeducación acerca del TEP y de las técnicas que se emplearían en la terapia, b) Psicoeducación en manejo del estrés y entrenamiento en relajación muscular progresiva, c) Exposición, d) Terapia cognitiva (especialmente orientada a tratar las ideas de culpa), e) Entrenamiento en asertividad, f) Entrenamiento en manejo de encuentros con el agresor, g) Entrenamiento en autocuidado y autodefensa, y h) Entrenamiento en evitar la revictimización. Los resultados indican que no hubo mejoría significativa en las variables evaluadas (TEP, depresión, autoestima, vergüenza y culpa) entre la primera y la segunda evaluación pretratamiento. El 94% de las participantes no presentó TEP al postratamiento, y hubo mejorías clínicas y estadísticamente significativas en todas las variables evaluadas, manteniéndose los cambios a los 3 meses de seguimiento.

La tabla 5.1. presenta un resumen de las investigaciones recién comentadas.

TABLA 5.1. Resumen de investigaciones de tratamiento en mujeres víctimas de violencia doméstica

AUTOR	N	TIPO DE INTERVENCIÓN	VARIABLES DEPENDIENTES	RESULTADOS	LIMITACIONES
Harris et al. (1988)	68	Asesoramiento grupal y de pareja (1 grupo control y 2 experimentales)	*Estado de ánimo. *Apoyo social. *Locus de control. *Conductas agresivas de sus parejas.	*No hubo diferencias significativas entre ambas modalidades de tratamiento en las medidas evaluadas, sí en comparación con el grupo control. Se producen 4 veces más abandonos en terapia de pareja que en terapia grupal.	*No se evalúa el trastorno de estrés postraumático. *Escasa estructuración del programa de intervención.
Cox & Stoltenberg (1991)	50	Psicoeducación, modalidad grupal (grupo control y grupo experimental)	*Autoestima. *Locus de control. *Asertividad. *Ansiedad. *Depresión. *Hostilidad.	*Mejoras en medidas de autoestima y asertividad, y reducción del grado de ansiedad, depresión y hostilidad en comparación con el grupo control.	*Ausencia de asignación aleatoria. *Tamaño de la muestra. *No se evalúa el trastorno de estrés postraumático. *Ausencia de seguimientos. *Escasa formación terapéutica de los profesionales que realizan la intervención.
Rubin (1991)	6	Grupo de apoyo	*Pensamientos, sentimientos y conductas de las víctimas. *Conductas agresivas de sus parejas.	*Los resultados no son concluyentes.	*Ausencia de grupo control. *Tamaño de la muestra. *No se evalúa de forma controlada las variables dependientes. *No se evalúa el trastorno de estrés postraumático. *Ausencia de seguimientos. *Escasa estructuración del programa de intervención. *Escasa formación terapéutica de los profesionales que realizan la intervención.
Holiman & Schilit, (1991)	12	Grupo de apoyo y psicoeducación	*Autoestima. *Ira. *Satisfacción.	*Mejora en medidas de ira y satisfacción, no así en autoestima.	*Ausencia de grupo control. *Tamaño de la muestra. *No se evalúa el trastorno de estrés postraumático. *Ausencia de seguimientos. *Escasa estructuración del programa de intervención.
Tutti, Bidgood & Rothery (1993)	76	Grupo de apoyo (12 grupos terapéuticos)	*Autoestima. *Locus de control. *Estrés percibido. *Actitudes hacia el matrimonio y la familia. *Índice de violencia doméstica.	*Mejora en la autoestima y en el funcionamiento de la relación de pareja y disminución del grado de estrés y de actitudes tradicionales hacia el matrimonio y la familia.	*Ausencia de grupo control. *Ausencia de asignación aleatoria. *No se evalúa el trastorno de estrés postraumático. *Escasa estructuración del programa de intervención. *Escasa formación terapéutica de los profesionales que realizan la intervención.
Mancoske, Standifer & Cauley (1994)	20	Grupo de apoyo breve (2 grupos experimentales, uno centrado en solución de conflicto y el otro en orientación feminista)	*Autoestima. *Autoeficacia. *Actitudes hacia el feminismo.	*Todas las participantes mejoran en las tres medidas evaluadas. *El grupo centrado en solución de conflicto obtiene mejores resultados terapéuticos en autoestima y autoeficacia.	*Ausencia de grupo control. *Tamaño de la muestra. *Ausencia de seguimientos. *No se evalúa el trastorno de estrés postraumático. *Escasa formación terapéutica de los profesionales que realizan la intervención.
Echeburúa et al. (1996)	62	Programa terapéutico cognitivo conductual en modalidad individual	*Trastorno de estrés postraumático. *Autoestima. *Depresión. *Ansiedad.	*Las participantes mejoran en todas las medias evaluadas.	*Ausencia de grupo control.

TABLA 5.1. Resumen de investigaciones de tratamiento en mujeres víctimas de violencia doméstica (continuación)

AUTOR	N	TIPO DE INTERVENCIÓN	VARIABLES DEPENDIENTES	RESULTADOS	LIMITACIONES
Schlee, Heyman & O'Leary (1998)	84	Grupo terapéutico para parejas con conflicto marital (2 grupos experimentales, uno mixto y otro en que se separan los miembros de la pareja)	*Miedo al agresor. *Satisfacción marital. *Depresión. *Maltrato psicológico. *Maltrato físico.	*Las participantes mejoran en todas las medias evaluadas, sin haber diferencias significativas entre la modalidad de tratamiento ni la presencia o ausencia de TEP entre las participantes al pretratamiento.	*Ausencia de grupo control. *Tipo de muestra (sólo maltrato moderado). *No se evalúa el trastorno de estrés postraumático como variable dependiente.
Colosetti & Thyer (2000)	5	Programa terapéutico cognitivo conductual en modalidad individual (Entrenamiento en relajación y terapia de reprocesamiento y desensibilización por movimientos oculares)	*Ansiedad. *Conductas de evitación. *Pensamientos intrusivos.	*Sólo una de las cinco participantes mejora al postratamiento.	*Ausencia de grupo control. *Tamaño de la muestra. *Tipo de muestra (mujeres encarceladas). *Ausencia de seguimientos.
Kubany, Hill & Owens (2003)	37	Programa terapéutico cognitivo conductual en modalidad individual (dos grupos: Inicio inmediato e Inicio demorado)	*Trastorno de estrés postraumático. *Depresión. *Autoestima. *Vergüenza. *Culpa.	*No hay diferencias entre la primera y la segunda evaluación pretratamiento. *Las participantes mejoran en todas las medias evaluadas.	*Tipo de muestra (mujeres que no han experimentado violencia doméstica en el último mes).

Como puede apreciarse, además de la inconsistencia en la medida de la variable dependiente, los diseños utilizados tienen otras debilidades como la diversidad de instrumentos de medida utilizados para cuantificar la misma variable, ausencia de grupos de control o cuasi control, ausencia de seguimientos, escasa formación terapéutica de los profesionales que llevan a cabo las intervenciones (Abel, 2000), escasa estructuración de los programas de intervención desarrollados –lo que no sólo interfiere en su aplicación, sino que además dificulta su replicación–, tamaño y tipo de muestra empleada, que impide sacar conclusiones ya sea por falta de potencia estadística o por carencia de validez externa. Sólo los trabajos de Echeburúa et al. y Kubany, Hill & Owens superan la mayoría de estas deficiencias y centran la evaluación del cambio terapéutico en la sintomatología de estrés postraumático, sin embargo, el trabajo de Echeburúa et al. carece de grupo de control lo que impide comparar los resultados obtenidos con un grupo de pacientes no tratadas o tratadas con otro tipo de intervención, y el trabajo de Kubany, Hill & Owens, sólo presenta la alternativa de una lista de espera, lo que tampoco permite comparar la intervención realizada con otra.

5.3. CONSIDERACIONES ACERCA DE LAS PROPUESTAS TERAPÉUTICAS

5.3.1. OBJETIVOS QUE SE DEBE ABORDAR

Si bien después de revisar las orientaciones generales acerca de lo que debe tratarse en una intervención diseñada para mujeres víctimas de violencia doméstica, se ve que no parece haber acuerdo entre los objetivos que se debe abordar con esta población, hay algunos que se repiten entre unos y otros autores y que parecen prioritarios en este trabajo.

Como primer objetivo se debe lograr que la mujer reconozca y acepte que es víctima de violencia doméstica y que esto no es una situación normal. En segundo lugar, se debe aumentar la seguridad de la víctima y de sus familiares, en el caso de que ellos sean también víctimas de violencia o estén en peligro de serlo, paso imprescindible para poder llevar a cabo una terapia realmente efectiva. En tercer lugar, parece haber un cierto grado de acuerdo entre los autores acerca de la necesidad de modificar las creencias de las víctimas que dicen relación con exculpar al agresor por lo sucedido y cargar con la responsabilidad de la violencia. La víctima debe llegar a comprender que la violencia doméstica es un delito y que nada justifica los malos tratos. En cuarto y último lugar, hay coincidencias entre varios autores sobre la necesidad de que la víctima comprenda que la violencia doméstica tiene consecuencias, que en la mayoría de los casos son normales, pero que deben ser tratadas para evitar su cronificación y lograr su readaptación al medio. En este sentido, es importante evaluar la presencia de sintomatología postraumática y tratarla.

De estos objetivos se desprende la evaluación que debe hacerse en una fase inicial de la intervención y al final de la misma. Es imprescindible evaluar la presencia del TEP y las creencias de la víctima acerca de la situación que ha vivido, así como otras posibles consecuencias psicológicas de la violencia, como depresión, autoestima, etc. De cara a la investigación éstas deben ser las variables dependientes que se debe tener en cuenta y no otras como el apoyo social, locus de control, estrés percibido, actitudes hacia el matrimonio, la familia o el feminismo, que no guardan relación con un estado real de mejoría en las víctimas de violencia doméstica.

5.3.2. COMPONENTES DE LOS PROGRAMAS

Los programas de tratamiento revisados que han resultado ser eficaces presentan múltiples componentes y técnicas, pero parece ser posible clasificar dichos componentes en cuatro grandes bloques: 1) Psicoeducación, 2) Expresión de emociones, 3) Reestructuración cognitiva, y 4) Entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento.

El primer componente, la psicoeducación, es esencial para cualquier programa de intervención con víctimas de violencia doméstica. Se debe entregar información sobre la violencia

doméstica (tipos de maltrato, ciclo y escalada de la violencia), las consecuencias en sus víctimas y los recursos disponibles para hacerle frente, entre los que deben incluirse aquellos orientados a aumentar las condiciones de seguridad de las víctimas.

La expresión de emociones parece facilitar un clima de confianza y seguridad adecuado para el posterior trabajo con las víctimas.

La reestructuración cognitiva debe llevarse a cabo sobre aquellas ideas de culpa, baja autoestima y desesperanza que las víctimas presenten, que les producen malestar y no les permiten hacer una evaluación adecuada de si mismas ni de la situación vivida.

Finalmente, parece haber acuerdo en la necesidad de entrenar en habilidades de afrontamiento como relajación y solución de problemas, que les permitan hacer frente a los problemas de la vida cotidiana.

5.3.3. MODALIDAD DE INTERVENCIÓN: GRUPAL VERSUS INDIVIDUAL

Si bien algunas investigaciones de tratamiento para víctimas de violencia doméstica se llevan a cabo en modalidad individual, la mayoría de los investigadores recomiendan el formato grupal para trabajar con mujeres maltratadas, por ser considerada una de las más efectivas estrategias de tratamiento con este tipo de víctimas. Las intervenciones en grupos para mujeres maltratadas van desde los grupos de autoayuda hasta los grupos terapéuticos (Hughes & Jones, 2000; Tutty, Bidgood & Rothery, 1996).

Los grupos terapéuticos presentan ciertas ventajas frente al trabajo individual con las mujeres víctimas de violencia doméstica. En primer lugar, dan a las participantes la oportunidad de validar su experiencia al conocer a otras mujeres en la misma situación y darse cuenta de que sus reacciones frente a lo vivido no son anormales. Asimismo, les proveen de apoyo emocional y favorecen la construcción de una red de apoyo que les ayuda a salir del aislamiento social en que generalmente se encuentran a consecuencia del maltrato. Finalmente, les permiten aprender de la experiencia de otras participantes sobre estrategias específicas que pueden utilizar para hacer frente al problema y llegar a independizarse del agresor (Hughes & Jones, 2000; Lundy & Grossman, 2001; Tutty, Bidgood & Rothery, 1996).

Sin embargo, a pesar de la aparente mayor eficacia de las intervenciones grupales, sus efectos no han sido ampliamente estudiados (Lundy & Grossman, 2001) y dista de estar confirmado este tipo de supuesto.

Por otra parte, se ha planteado si el desarrollo de TEP en víctimas de violencia doméstica, puede dificultar su participación en un grupo terapéutico o puede interferir con los resultados esperados. En este sentido la investigación llevada a cabo por Schlee, Heyman & O'Leary da luces al respecto. Los autores hipotetizaron que las mujeres víctimas de violencia doméstica que habían

desarrollado TEP: a) Tendrían una tasa de abandonos en la terapia grupal, más alta que aquellas participantes que no padecían TEP, b) Tendrían una menor mejoría en las variables de resultado del tratamiento que quienes no tenían TEP, c) Reportarían menor satisfacción con el tratamiento grupal que aquellas mujeres que no habían desarrollado TEP a consecuencia de los malos tratos, y d) Tendrían elevados niveles de síntomas de evitación y de embotamiento afectivo, que las distinguirían de quienes no abandonaban (Schlee, Heyman & O'Leary, 1998).

No obstante, los resultados encontrados por los autores no avalaron ninguna de las hipótesis planteadas: a) No se encontraron diferencias en las tasas de abandono entre aquellas participantes que tenían TEP y las que no lo padecían, b) No hubo diferencias en los resultados al postratamiento entre las participantes que tenían TEP y las que no lo habían desarrollado, c) No se encontraron tampoco diferencias en el grado de satisfacción con el tratamiento entre aquellas participantes que habían desarrollado TEP y las que no, y d) Sólo los síntomas de evitación diferenciaron aquellas participantes que abandonaron el tratamiento, no así los síntomas de embotamiento afectivo. Sin embargo, al analizar los datos incluyendo a aquellas participantes que rechazaron el tratamiento, no se encontraron diferencias en sus niveles sintomatología de evitación y embotamiento, en comparación con aquellas participantes que abandonaron y con las que completaron el programa de intervención (Schlee, Heyman & O'Leary, 1998).

De este modo, a la luz de las ventajas planteadas en la terapia grupal y a la ausencia de datos que indiquen que la terapia individual podría reportar mayores beneficios a sus participantes, se prefiere la intervención con mujeres víctimas de violencia doméstica en modalidad grupal.

5.4. CONSIDERACIONES FINALES

A pesar de la magnitud del problema de la violencia doméstica, la investigación en el área es aún escasa, no hay acuerdo en las variables dependientes que se debe evaluar y aún se siguen evaluando variables cuya relación con el problema es más bien tangencial. Como plantean Echeburúa et al. (1998) tampoco se describen con detalle las técnicas empleadas, no se utilizan instrumentos de evaluación con el nivel de fiabilidad y validez apropiado, ni se presentan resultados a largo plazo. Por otra parte, las propuestas de tratamiento no tienen un marco de referencia claro ni mucho menos relación con modelos teóricos sólidos.

Por todo ello, se requiere más investigación en este ámbito, se necesitan más estudios rigurosos para poder determinar qué funciona (componentes de la intervención), para quién funciona (víctimas de violencia doméstica que han dejado al agresor, que aún están con él, que se encuentran en proceso judicial o ya lo han acabado, que tienen tal o cual sintomatología como secuela de la violencia, etc.), bajo qué condiciones (individual o grupal), y con qué costos.

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

6.

DEFINICIÓN Y CARACTERIZACIÓN DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

El trastorno de estrés postraumático (TEP) describe un patrón de síntomas que puede desarrollarse en individuos que han sufrido estímulos estresantes traumáticos. Este trastorno se presentó como diagnóstico en 1980 con la aparición del DSM-III (APA, 1980), aunque muchos de sus síntomas ya habían sido reconocidos con anterioridad con diversos nombres como *neurosis de guerra*, *neurosis traumática*, *neurosis de espanto*, *fatiga de combate*, *corazón del soldado*, *corazón irritable* y *shock por bombardeo* (Calcedo, 2000; Creamer, 2000; Miguel-Tobal, González & López, 2000). Como puede apreciarse por los nombres dados al conjunto de síntomas que hoy constituyen el TEP, sus criterios procedían en gran medida de ex combatientes de guerra, sin embargo, la primera descripción de un cuadro clínico que se le parezca, proviene de los síntomas que sufrían las víctimas de accidentes ferroviarios y la realizó John Erich Erichsen en la segunda mitad del siglo XIX (Calcedo, 2000).

Desde entonces hasta hoy el trastorno de estrés postraumático se ha aplicado a un gran número de traumas, incluyendo víctimas de delitos, víctimas de violación, víctimas de abuso sexual infantil, víctimas de abuso físico (incluyendo violencia doméstica), víctimas de accidentes de tráfico, víctimas de tortura y víctimas de desastres tanto naturales como provocados por el hombre (Astin & Resick, 1997). Incluso se puede afirmar que ha llegado a “ponerse de moda” como trastorno, lo que por una parte ha aumentado el número de diagnósticos y, por otra, los esfuerzos para desarrollar procedimientos eficaces de intervención.

6.1. DEFINICIÓN DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO SEGÚN LAS CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS INTERNACIONALES

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta versión revisada (DSM-IV-TR), que no introduce modificaciones a lo establecido en la versión anterior del DSM (DSM-IV), el trastorno de estrés postraumático aparece cuando la persona ha sufrido, ha sido testigo o ha sabido por personas cercanas, de la existencia de acontecimientos de agresión física o que representan una amenaza para su vida, su integridad física o la de otra persona, y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de temor, desesperanza u horror. Este es el primer criterio para su diagnóstico, catalogado como criterio A, que pone énfasis en la amenaza física así como en la presencia de una clara percepción de amenaza grave producto de ella.

TABLA 6.1. Criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático en el DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV y DSM-IV-TR

DSM-III	DSM-III-R	DSM-IV y DSM-IV-TR
<p>A. Existencia de un estrés reconocible, capaz de provocar síntomas significativos de malestar en casi todo el mundo.</p> <p>B. La reexperimentación del traumatismo se pone de manifiesto al menos por uno de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Recuerdos recurrentes e intrusivos del acontecimiento. (2) Sueños recurrentes del acontecimiento. (3) Comportamiento repentino o sentimientos también repentinos, como si el acontecimiento traumático estuviera presente debido a una asociación con un estímulo ambiental o ideativo. <p>C. Embotamiento de la capacidad de respuesta ante el medio externo y reducción de la implicación en él, que empieza en algún momento después del traumatismo, tal como se demuestra por al menos uno de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Disminución notable del interés en una o más actividades significativas. (2) Sentimientos de separación o de extrañeza respecto a los demás. (3) Constricción del afecto. <p>D. Al menos dos de los síntomas siguientes no estaban presentes antes del traumatismo:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Estado de hiperalerta o respuesta de alarma exagerada. (2) Alteraciones del sueño. (3) Sentimientos de culpa por el hecho de sobrevivir cuando otros no pudieron hacerlo, o remordimientos por la conducta llevada a cabo para la supervivencia. (4) Afectación de la memoria o dificultades de concentración. (5) Evitación de las actividades que evocan el recuerdo del acontecimiento traumático. (6) Intensificación de los síntomas frente a la exposición de acontecimientos que simbolizan o recuerdan el acontecimiento traumático. <p>E. La duración del trastorno (síntomas en B, C y D) ha sido por lo menos de un mes.</p>	<p>A. El individuo ha vivido un acontecimiento que se encuentra fuera del marco habitual de las experiencias humanas y que sería marcadamente angustiante para casi todo el mundo, por ejemplo, amenaza grave para la propia vida o integridad física, amenaza o daño para los hijos, el cónyuge u otros parientes cercanos y amigos, destrucción súbita del hogar o de la comunidad, observación de cómo una persona se lesiona gravemente o muere como resultado de un accidente o de violencia física.</p> <p>B. El acontecimiento traumático se reexperimenta persistentemente por lo menos en una de las formas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Recuerdos desagradables, recurrentes e invasores del acontecimiento. (2) Sueños desagradables y recurrentes sobre el acontecimiento. (3) Conductas y sentimientos súbitos que aparecen como si el agente traumático operara de nuevo (en estos fenómenos se incluye la sensación de revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos (<i>flashback</i>), incluso cuando ocurren al despertar o como consecuencia de alguna intoxicación por drogas). (4) Malestar psicológico intenso al exponerse a acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático, como puede ser incluso su adversario. <p>C. Evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma o falta de capacidad general de respuesta (no existentes antes del trauma), puestas de manifiesto por lo menos por tres de los siguientes fenómenos:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Esfuerzos para evitar los pensamientos o las sensaciones asociadas con el trauma. (2) Esfuerzos para evitar las actividades o las situaciones que provocan el recuerdo del trauma. (3) Incapacidad para recordar alguno de los aspectos importantes del trauma (amnesia psicógena). (4) Disminución marcada del interés en las actividades significativas. (5) Sensación de distanciamiento o de extrañamiento respecto a los demás. (6) Afecto restringido; por ejemplo, incapacidad de experiencias amorosas. (7) Sensación de acortamiento del futuro (no espera, por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener niños o una larga vida). <p>D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (<i>arousal</i>) (no existentes antes del trauma), puestas de manifiesto por lo menos por dos de los siguientes fenómenos:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Dificultad para conciliar o mantener el sueño. (2) Irritabilidad o explosiones de ira. (3) Dificultad para la concentración. (4) Hipervigilancia. (5) Respuesta de alarma exagerada. (6) Reactividad fisiológica frente a la exposición a aquellos acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático; por ejemplo, una mujer que ha sido violada en un ascensor se pone a sudar cuando entra en alguno. <p>E. La duración del trastorno (síntomas en B, C y D) ha sido por lo menos de un mes.</p>	<p>A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás. (2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. <p>B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. (2) Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. (3) El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de <i>flashback</i>, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). (4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático. (5) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático. <p>C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático. (2) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan el recuerdo del trauma. (3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma. (4) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas. (5) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás. (6) Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor). (7) Sensación de un futuro limitado (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, tener la esperanza de una vida normal). <p>D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (<i>arousal</i>) (ausentes antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Dificultad para conciliar o mantener el sueño. (2) Irritabilidad o ataques de ira. (3) Dificultades para concentrarse. (4) Hipervigilancia. (5) Respuestas exageradas de sobresalto. <p>E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.</p> <p>F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p>

Hay dos cambios en este criterio en comparación con las versiones anteriores al DSM-IV. El primero es el hecho de que para que el acontecimiento traumático sea considerado como tal ya no debe estar fuera de la experiencia habitual humana. El segundo, el énfasis progresivo en la sensación de amenaza (APA, 1980, 1987, 1994, 2000).

Tres son los fenómenos o conjuntos de síntomas que se consideran los más característicos de este trastorno, que se ven reflejados en el DSM como criterios B, C y D. El criterio B, que parece ser el más importante debido a que es el que más claramente diferencia el TEP de otros trastornos (Creamer, 2000), dice relación con la presencia de al menos un síntoma de reexperimentación: Las víctimas suelen revivir intensamente la experiencia traumática sufrida en forma de recuerdos invasivos, recuerdos retrospectivos y/o pesadillas. El criterio C alude a la presencia de al menos tres síntomas de evitación: Las víctimas tienden a escaparse de los lugares o situaciones asociados al hecho traumático, en un intento por conseguir un distanciamiento psicológico y emocional del trauma, debido a lo desagradable que le resulta la reexperimentación del suceso traumático. El criterio D requiere la presencia de al menos dos síntomas de aumento en la activación fisiológica, que se manifiesta en dificultades de concentración, irritabilidad y problemas para conciliar el sueño, entre otros (APA, 1994, 2000).

La tabla 6.1. muestra la evolución de los criterios diagnósticos del TEP, desde su aparición en el DSM-III hasta la actualidad en el DSM-IV-TR. Se han puesto en la misma columna los criterios del DSM-IV y del DSM-IV-TR debido a que son los mismos, sólo con diferencias en la redacción. La que se consigna en este trabajo es la versión final correspondiente al DSM-IV-TR.

Como puede apreciarse al comparar las distintas versiones del DSM, los síntomas requeridos para su diagnóstico también han sufrido modificaciones. En la primera versión, la del DSM-III, los grupos sintomáticos eran: Reexperimentación (criterio B), embotamiento afectivo (criterio C) e hiperactivación (criterio D), si bien en este último además de síntomas de aumento de activación se incluía sentimiento de culpa y evitación de actividades que pudieran recordar el trauma. En el DSM-III-R, los grupos sintomáticos se reestructuran y son: Reexperimentación (criterio B), evitación (criterio C), que incluye síntomas de embotamiento afectivo, e hiperactivación (criterio D). No se consideran los sentimientos de culpa en ninguno de los grupos de síntomas (APA, 1980, 1987).

En la actual versión del DSM, la presencia de estos síntomas debe prolongarse por más de un mes desde acaecido el suceso traumático y debe provocar malestar clínico o deterioro en áreas importantes de la actividad de la persona, como el trabajo, vida social, etc. Se debe especificar si se trata de un TEP agudo o crónico, si los síntomas duran menos de tres meses o tres meses o más, respectivamente. Asimismo, se debe especificar si el TEP es de inicio demorado si entre el

acontecimiento traumático y el comienzo de los síntomas han pasado como mínimo seis meses (APA, 1994, 2000).

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima versión (CIE-10), el trastorno de estrés postraumático surge como la respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causaría por sí mismo malestar generalizado en casi cualquier persona. Los síntomas esenciales para su diagnóstico, además de la vivencia de una experiencia traumática, son las evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o el sueño, la evitación de circunstancias que recuerden el trauma y la presencia de amnesia respecto a algún aspecto importante de lo vivido o bien de al menos dos síntomas de hiperactivación. Suelen estar presentes además, aunque son prescindibles en el diagnóstico del trastorno, desapego emocional claro, con embotamiento afectivo. También contribuyen al diagnóstico los trastornos del estado de ánimo, pero no son indispensables (OMS, 1992, 1993). El cuadro 6.1. recoge los criterios diagnósticos de investigación planteados por la Clasificación Internacional de Enfermedades.

CUADRO 6.1. Criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático en la CDI-10

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE TEP SEGÚN CDI-10

A. El paciente ha debido exponerse a un acontecimiento estresante o situación (tanto grave como prolongada) de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica, que podría causar profundo disconfort en casi todo el mundo.

B. Recuerdo continuado o reaparición del recuerdo del acontecimiento estresante en forma de reviviscencias disociativas (flashbacks), recuerdos de gran viveza, sueños recurrentes o sensación de malestar al enfrentarse a circunstancias parecidas o relacionadas con el agente estresante.

C. Evitación de circunstancias parecidas o relacionadas al agente estresante (no presentes antes de la exposición al mismo).

D. Una de las dos:

- 1) Incapacidades para recordar parcial o completa, respecto a aspectos importantes del período de exposición al agente estresante.
- 2) Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación (ausentes antes de la exposición al agente estresante) puesto de manifiesto por al menos dos de los síntomas siguientes:
 - a) Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
 - b) Irritabilidad.
 - c) Dificultad de concentración.
 - d) Facilidad para distraerse.
 - e) Respuesta de alarma (sobresaltos) y aprensión exageradas.

E. Los criterios B, C y D se satisfacen en los seis meses posteriores al acontecimiento estresante o del fin del período de estrés (el comienzo retrasado más de 6 meses puede incluirse en circunstancias especiales, lo cual debe especificarse claramente).

Algunos investigadores, planteando que las reacciones postraumáticas caen en un continuo, han descrito una variante del TEP, llamado Estrés Postraumático Parcial, Estrés Postraumático Subclínico o Subsíndrome de Estrés Postraumático, en que los individuos cumplirían el criterio B establecido en el DSM-IV, es decir, tendrían por lo menos un síntoma de reexperimentación, y el Criterio C (síntomas de evitación) o el D (síntomas de hiperactivación), pero no ambos (Blanchard et al., 1995, 1996, 1998; Hickling & Blanchard, 1992; Schnurr, Friedman & Bernardy, 2002). Sin embargo, a la fecha, no hay acuerdo respecto a la utilización y definición de este subsíndrome (McMillen, North & Smith, 2000). No obstante, como plantea Báguena (2001), la idea de un TEP parcial o de un subsíndrome del TEP reconoce la existencia de un grupo de personas, que sufren deterioro en su funcionamiento habitual debido a cierta sintomatología postraumática, por lo que necesitarían ayuda psicológica.

Sin embargo, los criterios diagnósticos establecidos en el DSM, son los más difundidos y utilizados en la investigación en el área.

6.2. CONSIDERACIONES ACERCA DE LA ESTRUCTURA DE LOS SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Como puede apreciarse al revisar las clasificaciones diagnósticas actuales acerca del TEP, no hay acuerdo en los grupos de síntomas que constituyen el trastorno. Según el DSM-IV-TR habría tres grandes grupos de síntomas: Reexperimentación, evitación e hiperactivación. Según la CIE-10, se trataría de síntomas de reexperimentación, evitación y una de dos cosas: Amnesia o hiperactivación. Esto quizás pueda reflejar el hecho de que este trastorno constituye un especial “cajón de sastre” en el que se incluyen cosas muy diferentes, por lo que es difícil conseguir un acuerdo completo en lo que es y no es el TEP.

Diversos investigadores señalan que la estructura sintomática del TEP no es la recogida en los manuales diagnósticos, específicamente en el DSM, que nace del consenso entre expertos más que de criterios empíricos, y plantean diversos modelos factoriales que darían cuenta de mejor manera de la estructura del trastorno (Amdur & Liberzon, 2001; Asmundson et al., 2000; Buckley, Blanchard & Hickling, 1998; King et al., 1998; Taylor et al., 1998).

Así, el estudio llevado a cabo por Taylor et al. servirá como punto de partida para ilustrar el estado de la cuestión en la actualidad. Si bien existen 10 estudios previos en el área, 7 de ellos se han llevado a cabo con criterios diagnósticos del DSM-III, por lo que los síntomas estudiados no son los utilizados en la clasificación actual establecida a partir del DSM-IV, síntomas que son los mismos del DSM-III-R, pero en una agrupación distinta. En cuanto a los otros 3 estudios, al parecer hay fallos metodológicos, tanto por el reducido tamaño de la muestra como por los métodos de análisis de datos empleados (Buckley, Blanchard & Hickling, 1998; Taylor et al., 1998).

Taylor et al. (1998) estudian la estructura de los síntomas del TEP, usando criterios del DSM-III-R y DSM-IV, en una muestra compuesta por 103 víctimas de accidentes de tránsito y 419 integrantes de fuerzas de paz de Naciones Unidas destinados en Bosnia. Sus hallazgos sugieren que los síntomas del TEP están agrupados en dos grandes factores: a) Intrusión o evitación, y b) Hiperactivación o embotamiento. Los autores afirman que dicha estructura factorial es coherente con el modelo teórico planteado por Foa, Zinbarg & Rothbaum (1992) quienes sugieren que la intrusión da paso a los síntomas de evitación y la hiperactivación crónica lleva al embotamiento.

Buckley, Blanchard & Hickling (1998) intentan confirmar la estructura factorial planteada por Taylor et al. para lo cual utilizan una muestra de 217 víctimas de accidentes de tránsito. Sus hallazgos conducen a las mismas conclusiones del grupo de Taylor, los síntomas del TEP se agruparían en dos sub factores: a) Intrusión y evitación, y b) Hiperactivación y embotamiento.

King et al. (1998) intentan comparar cuatro modelos factoriales para ver cuál es el más adecuado para caracterizar el TEP. Los modelos que plantean son: 1^{ero}) Cuatro factores en una solución de primer orden: a) Reexperimentación, b) Evitación, c) Embotamiento afectivo, y d) Hiperactivación; 2^{do}) Dos factores, una solución de alto orden, con dos variables latentes de segundo orden correlacionadas: a) Reexperimentación y evitación, y b) Embotamiento e hiperactivación; 3^{ero}) Un único factor con una solución de alto orden, con reexperimentación, evitación, embotamiento afectivo e hiperactivación como factores de primer orden, todos agrupados por un factor de segundo orden; y 4^{to}) Un único factor, pero en una solución de primer orden, con los 17 síntomas del TEP como único factor. Emplean una muestra de 524 veteranos de guerra. Los resultados sugieren que el primer modelo planteado representa de manera más aceptable y adecuada la estructura factorial del TEP. Los síntomas se distribuyen por los factores según lo planteado por el DSM-IV para los grupos sintomáticos de reexperimentación e hiperactivación, sin embargo, los síntomas de evitación se dividen en dos: a) Evitación propiamente tal: Evitación de pensamientos, sentimientos, personas y situaciones, y b) Embotamiento afectivo: El resto de los síntomas considerados de evitación en el DSM-IV.

Asmundson et al. (2000) evalúan los modelos planteados en los estudios anteriores y el modelo subyacente a la clasificación establecida en el DSM-IV. Así presentan cinco modelos: 1^{ero}) El modelo planteado en tercer lugar por King et al. (1998) de un único factor con una solución de alto orden, en que reexperimentación, evitación, embotamiento afectivo e hiperactivación aparecen como factores de primer orden, todos agrupados por un factor de segundo orden que es el TEP; 2^{do}) El modelo planteado por King et al. (1998) como el que mejor describe el TEP, cuatro factores en una solución de primer orden: a) Reexperimentación, b) Evitación, c) Embotamiento afectivo, y d) Hiperactivación; 3^{ero}) El modelo de tres factores planteado en el DSM-IV: a) Reexperimentación, b) Evitación, y c) Hiperactivación; 4^{to}) Un modelo de tres factores de primer orden intercorrelacionados, derivados del DSM-IV; y 5^{to}) El modelo de Taylor et al. (1998) de dos

grandes factores: a) Intrusión o evitación, y b) Hiperactivación o embotamiento. Para poner a prueba estos modelos los autores emplearon una muestra de 349 pacientes con problemas médicos rutinarios. Los resultados sugieren que el primer modelo es el más adecuado para caracterizar la estructura de los síntomas del TEP, es decir, se agrupan en cuatro grupos de síntomas: a) Reexperimentación, b) Evitación, c) Embotamiento afectivo, y d) Hiperactivación, siendo empíricamente superior a los otros modelos y a los grupos de síntomas descritos por el DSM-IV. Estos hallazgos son consistentes con los de King et al. (1998) en el sentido de sugerir que los síntomas del TEP están mejor conceptualizados en cuatro dimensiones específicas que en las tres actuales. Según los autores, este modelo puede ser preferible al de King et al. (1998) y más parsimonioso, aunque menos específico que el de dos factores planteado por Taylor et al. (1998).

Finalmente, Amdur & Liberzon (2001) intentan comprender la estructura de los síntomas de reexperimentación y evitación en el TEP crónico, para lo cual utilizan una muestra de 195 excombatientes con este diagnóstico. Sus resultados sugieren que lo más adecuado para dar cuenta del TEP es una solución de cuatro factores que ellos llaman: a) Intrusión, b) Evitación, c) Embotamiento, y d) Sueño. Los síntomas del factor de intrusión corresponden a síntomas de reexperimentación, a excepción de los sueños recurrentes y desagradables acerca del suceso traumático que quedan en el factor que los autores han denominado sueño.

Si bien estas investigaciones conducen a hallazgos diversos, lo que puede deberse tanto al tipo de población utilizada como a los instrumentos de evaluación empleados (Asmundson et al., 2000), ninguna ha encontrado que la actual categorización de síntomas descrita en el DSM-IV y en su texto revisado, es adecuada para caracterizar la estructura sintomática del TEP.

Todos los modelos planteados por los investigadores coinciden en separar los síntomas de evitación y los de embotamiento afectivo, ya sea en factores independientes o en relación con otros, como es el caso del modelo propuesto por Taylor et al. (1998) y confirmado por Buckley, Blanchard & Hickling (1998).

A la luz de estos hallazgos, sería posible la existencia de subtipos de TEP, con individuos que tuvieran distintas combinaciones de síntomas (Asmundson et al., 2000; King et al., 1998), o bien quizás se llegue a un diagnóstico más restrictivo que el ahora en vigor, en el que tanto síntomas de evitación como de embotamiento afectivo se requieran para considerar que una persona presenta TEP (Asmundson et al., 2000).

No obstante, queda trabajo aún en el área para determinar cuál es el modelo más adecuado y ampliar el tipo de muestra utilizada, ya que hasta ahora las investigaciones se han centrado fundamentalmente en excombatientes y víctimas de accidentes de tránsito.

6.3. RESUMEN Y CONSIDERACIONES FINALES

Actualmente los criterios diagnósticos generalmente más difundidos y utilizados en el TEP son los recogidos en las últimas versiones del DSM, ya sea el DSM-IV o el DSM-IV-TR, según las cuales el trastorno aparece cuando la persona ha sufrido o ha sido testigo de una agresión física o una amenaza para su vida o la de otra persona y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de temor, desesperanza u horror, y como consecuencia de dicha experiencia desarrolla síntomas agrupados en tres dimensiones: a) Reexperimentación, b) Evitación, y c) Aumento de la activación fisiológica.

No obstante, no hay pleno acuerdo entre los investigadores en el área, respecto a que esta agrupación de síntomas sea la que mejor describa el trastorno y se plantean modelos que clasifican los síntomas en cuatro dimensiones: a) Reexperimentación, b) Evitación, c) Embotamiento afectivo, y d) Hiperactivación; o en dos dimensiones: a) Reexperimentación y evitación, y b) Hiperactivación y embotamiento afectivo.

Ciertamente parece más adecuado un modelo de cuatro grupos de síntomas, en que se separe el embotamiento afectivo de los síntomas de evitación. Asimismo, quizás pueda ser interesante que para que se dé el TEP, se exija la presencia de los cuatro grupos de síntomas, o dado los diferentes tipos de víctimas que pueden llegar a desarrollar el trastorno, puede ser suficiente cumplir sólo tres de los cuatro grupos sintomáticos, con lo que algunas personas que no cumplen los criterios del TEP y que empíricamente se les considera muy afectadas en su adaptación al medio, sí cumplirían los criterios. Puede ser el caso de la población objeto de estudio en este trabajo de investigación, que en muchas ocasiones no desarrollan síntomas de evitación (por la reiteración y cronicidad del evento traumático, la situación de violencia doméstica, y la presencia permanente del agresor en sus vidas), pero sí de embotamiento afectivo.

7.

EPIDEMIOLOGÍA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

La flexibilidad que supuso el cambio en la consideración de lo que puede ser un suceso traumático en el DSM-IV, permitió abrir nuevas líneas de investigación en el trastorno de estrés posttraumático (TEP), ya que se empezó a considerar a víctimas de diversos traumas y no sólo a aquellas en que el evento se encontrara fuera de la experiencia usual humana, como es el caso de los sucesos bélicos o las grandes catástrofes naturales. Sin embargo, esta flexibilidad, ha añadido una dificultad al estudio de la epidemiología del TEP ya que es difícil determinar porcentajes específicos de prevalencia pues éstos dependen de factores como el tipo de suceso traumático o la población objeto de estudio (Miguel-Tobal, González & López, 2000).

Además de estas dificultades se debe recordar que los criterios diagnósticos del TEP y las cifras actuales que se manejan acerca del trastorno, se basan principalmente en las experiencias clínicas y de investigación de Europa y Estados Unidos, por lo que no se debe perder de vista el sesgo cultural de los datos a los que a continuación se hará referencia (Schnurr, Friedman & Bernardy, 2002).

7.1. PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Si bien no todas las víctimas de sucesos traumáticos experimentan trastorno de estrés posttraumático, un 25% de ellas sí lo hace (Echeburúa & Corral, 1997; Hidalgo & Davidson, 2000).

Se habla de una prevalencia global del trastorno de estrés posttraumático de un 8% en población adulta estadounidense (no hay información de otros países acerca de la prevalencia en población general del TEP). En estudios sobre población de riesgo las cifras de prevalencia son variables y sus resultados más altos se sitúan entre un tercio y más de la mitad de las personas que han vivido un acontecimiento traumático como violación, guerra, cautividad, internamientos por causas étnicas o políticas y genocidio, lo que avala la idea de que el trastorno puede llegar a ser especialmente grave o duradero cuando el agente estresante es obra de otros seres humanos (APA, 2000).

La Encuesta de Comorbilidad Nacional (National Comorbidity Survey, NCS) llevada a cabo por Kessler et al. entre 1990 y 1992, es probablemente el mejor estudio epidemiológico de TEP realizado en población norteamericana. La muestra estuvo constituida por 5.877 personas de entre 15 y 54 años de 48 estados norteamericanos. Se empleó una versión modificada de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI). La prevalencia de vida estimada del TEP,

según criterios DSM-III-R, en la muestra total fue de 7.8%, con una prevalencia más de dos veces mayor para las mujeres que para los hombres (10.4% versus 5%) (Kessler et al., 1995).

En España, entre 1999 y 2000, se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal en un grupo de 177 pacientes psiquiátricos y 90 voluntarios sanos, con el objetivo de ver la prevalencia del TEP en pacientes ingresados por otras patologías psiquiátricas y en población normal. Para evaluar el TEP se utilizó una adaptación española de la escala norteamericana CAPS-DX. La prevalencia de TEP encontrada en la población psiquiátrica fue de 8.47% y en el grupo de voluntarios, de 2.22% (Orengo-García et al., 2001). No obstante, se trata de un trabajo muy específico y poco representativo, por lo que parece más adecuado estimar la prevalencia del TEP en este país cercana a las cifras planteadas por Kessler et al. (1995).

7.2. FRECUENCIA DE EXPOSICIÓN A SUCESOS TRAUMÁTICOS

La frecuencia de exposición a sucesos traumáticos cobra vital importancia a la hora de evaluar la presencia del TEP en la población, ya que del número y tipo de acontecimientos traumáticos experimentados por una persona dependerá, en gran medida, el que ella desarrolle el trastorno.

La tabla 7.1. muestra un resumen de la probabilidad de exposición a eventos traumáticos en población general.

TABLA 7.1. Probabilidad de exposición a un suceso traumático en población general*

ESTUDIO	POBLACIÓN (N)	TASA DE EXPOSICIÓN A LO LARGO DE LA VIDA		OBSERVACIONES
		HOMBRES	MUJERES	
Breslau et al., 1991	Adultos jóvenes (edad: 21 a 30 años) EE.UU. (1.007)	43%	37%	Cualquier trauma
Norris et al., 1992	Adultos EE.UU. (1.000)	74%	65%	Diez eventos seleccionados
Resnick et al., 1993	Mujeres EE.UU. (4.008)		69%	Cualquier trauma
Kessler et al., 1995	Población general EE.UU. (5.877)	61%	51%	Cualquier trauma
Stein et al., 1997	Adultos Canadá (1.000)	81%	74%	Lista de eventos traumáticos
Breslau et al., 1998	Adultos EE.UU. (2.181)	97%	87%	Diecinueve eventos seleccionados

* Tomado de Shalev, 2000.

Según la NCS, el 60.7% de los hombres y el 51.2% de las mujeres ha experimentado al menos un suceso traumático a lo largo de su vida, si bien la mayoría de las personas han experimentado más de un suceso traumático. Los tipos de traumas experimentados son variados, siendo los más frecuentes: a) Ser testigo de que alguien está siendo seriamente dañado o de un asesinato (35.6% de los hombres y 14.5% de las mujeres), b) Verse involucrado en un incendio,

diluvio o catástrofe natural (18.9% de los hombres y 15.2% de las mujeres), c) Verse involucrado en un accidente que amenaza la propia vida (25% de los hombres y 13.8% de las mujeres). Una proporción significativamente más alta de hombres que de mujeres informó haber experimentado los sucesos traumáticos recién mencionados, así como también ataques físicos, experiencia de combate y ser amenazado con un arma, ser capturado o raptado. Un porcentaje significativamente más alto de mujeres que de hombres informó haber sido violada, acosada sexualmente, haber sufrido negligencia o abuso físico en la infancia (Kessler et al., 1995).

Según esta misma encuesta, el suceso traumático que tiene más probabilidad de estar asociado con el desarrollo de TEP es la violación, un 65% de los hombres y un 45.9% de las mujeres que han sido violados ha desarrollado TEP. Otros eventos traumáticos fuertemente relacionados con el desarrollo de TEP son: a) Exposición al combate, b) Negligencia en la infancia, y c) Abuso físico en la infancia; para los hombres. En el caso de las mujeres: a) Acoso sexual, b) Ataque físico, c) Ser amenazada con un arma, y d) Abuso físico en la infancia (Kessler et al., 1995).

Si bien los hombres tienen más probabilidades que las mujeres de experimentar al menos un suceso traumático a lo largo de sus vidas, las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de experimentar un suceso traumático asociado al desarrollo de TEP. El 44.6% de los hombres encuestados informó haber sufrido un suceso traumático a raíz del cual desarrolló TEP, a diferencia de las mujeres para las cuales la cifra ascendió a 67.6%. Esto se explica porque el trauma más comúnmente asociado al desarrollo de TEP entre los hombres es el participar en un combate, cuya prevalencia de vida es baja entre los hombres, en cambio, el trauma que experimentan de manera más frecuente los hombres es ser testigo de que alguien está siendo dañado o asesinado, cuya probabilidad de generar TEP es también escasa. En contraste, para las mujeres, los sucesos traumáticos que se asocian con más frecuencia al desarrollo de TEP son la violación y el acoso sexual, ambos con una prevalencia de vida alta (Kessler et al., 1995).

7.3. CURSO DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Según el DSM-IV y su versión revisada, el TEP puede iniciarse a cualquier edad y tener un curso variable. Puede darse el TEP agudo, que no dura más de tres meses, el TEP crónico que dura más de tres meses y el TEP de inicio demorado que aparece después de 6 meses o más de haberse producido el acontecimiento traumático. La duración de los síntomas también muestra grandes variaciones, la mitad de los casos suele recuperarse durante los primeros tres meses, pero en otras ocasiones los síntomas persisten incluso después de un año de vivido el evento traumático (APA, 1994, 2000).

Según la NCS, la media de remisión del TEP entre aquellos encuestados que alguna vez estuvieron en tratamiento por el trastorno fue de 36 meses, mientras que para aquellos que nunca estuvieron en terapia fue de 64 meses. Según los autores, el trastorno no remite en más de un tercio de las personas que lo han padecido, incluso después de muchos años e independientemente de que hayan recibido tratamiento para el trastorno o no (Kessler et al., 1995).

El TEP crónico parece ser la forma más común del trastorno y, en contraste, el TEP de inicio demorado se daría en contadas ocasiones (Schnurr, Friedman & Bernardy, 2002). Un ejemplo de TEP crónico es el que suelen desarrollar las víctimas de agresiones sexuales, en las que sólo el 20% no muestra ningún síntoma un año después de la agresión (Echeburúa & Corral, 1995).

7.4. COMORBILIDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y OTROS TRASTORNOS MENTALES

Al presentar TEP puede haber un riesgo mayor de presentar trastorno de angustia, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, fobia específica, trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno relacionado con sustancias (APA, 2000; Jiménez et al., 2000; Schnurr, Friedman & Bernardy, 2002).

Según la NCS, la presencia de al menos otro trastorno a lo largo de la vida se dio en un 88.3% de los hombres que habían tenido TEP en algún momento de su vida y en un 79% de las mujeres. Los autores explican estas elevadas cifras de comorbilidad aludiendo a que muchos síntomas del TEP se solapan con síntomas de otros trastornos, como es el caso de algunos síntomas del criterio C y D, por ejemplo, disminución del interés en actividades significativas, dificultad para dormir, problemas de concentración, que también corresponden a síntomas de depresión u otros síntomas del criterio C, como irritabilidad y respuesta de alarma exagerada, que corresponden también a síntomas del trastorno de ansiedad generalizada (Kessler et al., 1995).

Sin embargo, los datos sugieren que al menos algunos trastornos comórbidos pueden estar directamente asociados a la presencia del trastorno de estrés postraumático. El abuso de sustancias psicoactivas en sujetos que han sido víctimas de un trauma, podría ser una forma de evitación o falta de sensibilidad. Asimismo, la investigación sobre depresión en individuos con trastorno de estrés postraumático ha mostrado respuestas biofisiológicas diferentes a las encontradas en individuos con depresión solamente, lo que podría indicar que la depresión que acompaña al trastorno de estrés postraumático tiene una base biológica diferente a la depresión no asociada a él. Todo esto podría implicar que el tratamiento del trastorno de estrés postraumático estuviera unido a la desaparición de los trastornos comórbidos (Astin & Resick, 1997; Schnurr, Friedman & Bernardy, 2002).

Además de los trastornos ya mencionados, otros autores han destacado el hecho de que las personas que padecen TEP pueden llegar a desarrollar grandes cambios en su personalidad, ver afectadas sus relaciones sociales y ver dañado su funcionamiento cognitivo (Yule, Williams & Joseph, 1999).

7.5. FACTORES DE RIESGO DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

La intensidad, duración y proximidad de la exposición al acontecimiento traumático constituyen los factores más importantes que determinan la probabilidad de presentar TEP. La calidad del apoyo social, los antecedentes familiares, las experiencias durante la etapa infantil, los rasgos de personalidad y los trastornos mentales preexistentes, pueden influir en la aparición del trastorno (APA, 2000).

Hidalgo & Davidson (2000), señalan diversos factores de riesgo, no sólo para desarrollar TEP, sino para padecer un suceso traumático. Entre estos últimos se encuentran el género (los hombres tiene un riesgo mayor de vivir un suceso traumático que las mujeres), la edad (el riesgo de vivir un suceso traumático disminuye a medida que se avanza en edad), la historia familiar de trastornos psiquiátricos y la exposición previa a eventos traumáticos (ambas asociadas a un riesgo mayor de sufrir un acontecimiento traumático). En cuanto a los factores de riesgo para el desarrollo de TEP, nuevamente el género parece ser importante (las mujeres tienen más riesgo que los hombres de desarrollar TEP), personalidad e historia psiquiátrica (el TEP se asocia con problemas psiquiátricos como trastorno obsesivo-compulsivo, distimia y trastorno maníaco depresivo, así como también con historia de problemas conductuales antes de los 15 años), historia psiquiátrica familiar (la historia familiar de conducta antisocial y de trastornos de ansiedad aumenta el riesgo de TEP) y tipo de trauma (violación, acoso sexual, ataque físico, ser amenazado con arma y abuso físico en la infancia para las mujeres, y participar en combate, negligencia y abuso físico en la infancia, para los hombres).

En lo que respecta a la variable género, parece ser que la mayor probabilidad que presentan las mujeres de desarrollar TEP no se debe tanto a una mayor vulnerabilidad sino al tipo de trauma experimentado (Kessler et al., 1995; Schnurr, Friedman & Bernardy, 2002).

Un meta-análisis realizado por Brewin, Andrews & Valentine (2000), en el que revisan 77 investigaciones sobre factores de riesgo o predictores de TEP, con muestras combinadas que van desde 1.149 a más de 11.000 sujetos, sugiere que identificar un grupo de predictores del TEP que sea igualmente válido entre los diferentes grupos de víctimas, con el estado actual de conocimientos en el área, es impracticable. Sin embargo, habría tres factores de vulnerabilidad que indican un fuerte riesgo de padecer TEP, con tamaños del efecto de pequeños a moderados, éstos

son: a) Severidad del trauma, b) Falta de apoyo social, y c) Nivel de estrés habitual. Es de destacar que dos de estos factores –falta de apoyo social y nivel de estrés habitual– actúan después del trauma, así como también es interesante hacer notar que el valor de las experiencias tempranas en la infancia es escaso. La tabla 7.2. muestra un resumen de los factores de riesgo revisados en este meta-análisis.

TABLA 7.2. Resumen de factores de riesgo que predicen el trastorno de estrés postraumático*

FACTOR DE RIESGO	NÚMERO DE ESTUDIOS	NÚMERO DE PERSONAS	RANGO DEL EFECTO	PESO PROMEDIO
Género (femenino)	25	11.261	-.04 / .31	.13
Menores de edad	29	7.207	-.38 / .28	.06
Bajo nivel socioeconómico	18	5.957	.01 / .38	.14
Bajo nivel educativo	29	11.047	-.11 / .37	.10
Bajo nivel intelectual	6	1.149	.08 / .38	.18
Raza (minorías)	22	8.165	-.27 / .39	.05
Historia psiquiátrica	22	7.307	.00 / .29	.11
Abuso en la infancia	9	1.746	.07 / .30	.14
Otros traumas previos	14	5.147	-.05 / .36	.12
Experiencias adversas en la infancia	14	6.969	.09 / .60	.19
Historia psiquiátrica familiar	11	4.792	.07 / .28	.13
Severidad del trauma	49	13.653	-.14 / .76	.23
Falta de apoyo social	11	3.276	-.02 / .54	.40
Nivel de estrés habitual	8	2.804	.26 / .54	.32

* Tomado de Brewin, Andrews & Valentine, 2000

7.6. RESUMEN

El TEP es un trastorno que tiene una alta prevalencia de vida en población general, cercana a un 8%. Asimismo, la experiencia de un suceso traumático es algo muy común en la población y más bien es poco habitual el que alguien no experimente un evento de esas características a lo largo de su vida.

El TEP crónico parece ser el más común de sus subtipos y se estima que en más de un tercio de los casos el trastorno no remite espontáneamente.

El TEP presenta una gran comorbilidad con otros trastornos, especialmente con depresión, trastornos de ansiedad y abuso de sustancias.

Con el estado actual de conocimientos no puede establecerse un modelo que delimite los factores de riesgo de padecer TEP, pero sí parece haber tres factores que pueden predecirlo: Severidad del trauma, falta de apoyo social y nivel de estrés habitual. Es interesante destacar que sobre dos de ellos se puede actuar, incluso después de la aparición del trauma, –falta de apoyo social y nivel de estrés habitual– y evitar así la aparición del trastorno.

8.

MODELOS EXPLICATIVOS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Si bien son muchos los modelos teóricos que se han planteado para explicar el trastorno de estrés posttraumático (TEP), a continuación se hará referencia a los que se considera son los principales. Se aprecia en ellos una clara evolución desde aspectos puramente conductuales hasta la integración de aspectos biológicos, pasando por aspectos cognitivos. En la medida en que la neurofisiología avance en la comprensión del funcionamiento cerebral del ser humano, estos modelos se irán modificando y enriqueciendo con dichos conocimientos.

8.1. TEORÍA DEL APRENDIZAJE

El trastorno de estrés posttraumático puede explicarse por medio del condicionamiento clásico y el operante. A través del condicionamiento clásico se explica el desarrollo de los síntomas del trastorno de estrés posttraumático, especialmente los síntomas de activación y malestar. El trauma sería el estímulo incondicionado (EI) que provoca un temor extremo, la respuesta incondicionada (RI). El trauma (EI) se asocia con el recuerdo del trauma y con una serie de estímulos que se encuentran presentes en el momento del suceso traumático, los que se convierten en estímulos condicionados (EECC). Así, cada vez que se recuerda el trauma, se recuerdan los estímulos asociados a él o vuelven a estar presentes estos estímulos, la presencia de ellos o dicho recuerdo (EC) provoca un temor extremo que se convierte en la respuesta condicionada (RC). Por medio de la generalización de estímulos y del condicionamiento de segundo orden, no sólo el recuerdo del trauma sino también las señales asociadas con el recuerdo y aquellas neutrales que evocan esos estímulos desencadenantes, se convierten en estímulos condicionados que provocan un temor extremo (RC).

Siguiendo el mismo modelo, se esperaría que la asociación entre el EC y la RC se extinguiera con el tiempo si no se presenta el EI original. En este punto es donde se inserta la explicación del condicionamiento operante, para dar cuenta del desarrollo de los síntomas de evitación del trastorno de estrés posttraumático y del mantenimiento de esos síntomas a lo largo del tiempo, a pesar de que el acontecimiento estresante traumático no vuelve a ocurrir. Debido a que el recuerdo del trauma o de los estímulos a él asociados (EECC) provoca una ansiedad extrema (RC), se evita este recuerdo (EECC) y el resultado es una reducción de la ansiedad (RC). De este modo, la evitación del recuerdo del trauma (EC) se refuerza negativamente, lo que impide la extinción de

la asociación entre el recuerdo del trauma (EC) y la ansiedad (RC), algo que sería esperable sin la repetición del mismo trauma (EI) (Astin & Resick, 1997).

8.2. TEORÍA DEL PROCESAMIENTO EMOCIONAL

Aplicando la teoría de las estructuras de miedo de Lang, Foa et al. (Foa et al. 1991; Foa, Zinbarg & Rothbaum, 1992) han planteado una teoría del procesamiento emocional de la información que se centra en la formación de una red de miedo en la memoria de largo plazo.

Esta red contiene: a) Información estimular sobre el evento traumático, b) Información sobre la reacción fisiológica, conductual y cognitiva al evento traumático, y c) Información que asocia las dos anteriores entre sí. Cualquier clave estimular asociada al trauma podría activar la red de miedo, lo que hace que la información contenida en la red entre en la conciencia, constituyendo los síntomas intrusivos del trastorno de estrés postraumático. Los intentos por evitar y suprimir tal activación de la red, conducen al conjunto de síntomas de evitación del trastorno.

Foa plantea que la resolución exitosa del trauma sólo puede ocurrir al integrar la información de la red de miedo con las estructuras de memoria ya existentes, de manera que la percepción de amenaza, coincida con la existencia real de una amenaza. Tal asimilación requiere, primero, la activación de la red de miedo de manera que esté accesible y, segundo, la disponibilidad de información que sea incompatible con la contenida en la red de modo que la estructura de memoria pueda ser modificada. De este modo, la exposición reiterada al recuerdo traumático en un ambiente seguro dará como resultado: a) La activación de la red de miedo, b) La habituación al temor, y c) El cambio posterior de la estructura de temor. Conforme disminuya la emoción, los pacientes con trastorno de estrés postraumático empezarán a modificar los elementos que tienen una significación para ellos, cambiarán sus autoverbalizaciones y reducirán su generalización.

Diversos factores median el curso de esta integración, como por ejemplo, la impredecibilidad e incontrolabilidad del evento traumático, que lo hacen difícil de asimilar a los modelos de memoria existentes en los cuales el mundo es un lugar predecible y controlable. Asimismo, la severidad con que el evento desorganiza los procesos cognitivos de atención y memoria, en el momento del trauma, puede conducir a la formación de una red de miedo fragmentada y desarticulada que será difícil integrar en los modelos organizados existentes.

8.3. TEORÍA DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Resick & Schnicke (1992) han planteado que las emociones postraumáticas no se limitan al temor y que los individuos con trastorno de estrés postraumático pueden también experimentar otras emociones fuertes como vergüenza, ira o tristeza. Estas emociones no surgen sólo del trauma, sino que además surgen de las interpretaciones que hace la víctima del acontecimiento traumático y del papel que ha jugado en él. De este modo, estos autores proponen una teoría más cognitiva del trastorno de estrés postraumático, basada en la teoría del procesamiento de la información.

Para codificar, almacenar y recuperar la información en la memoria, las personas desarrollan esquemas cognitivos o mapas genéricos. La nueva información que es congruente con las creencias previas sobre sí mismo o el mundo se asimila rápidamente y sin esfuerzo, ya que la información encaja con los esquemas y se necesita poca atención para incorporarla. Cuando sucede algo que discrepa con el esquema, los individuos tienen que reconciliar este acontecimiento con sus creencias sobre sí mismo o sobre el mundo, modificando o adaptando sus esquemas para incorporar esta nueva información. Sin embargo, este proceso a menudo se evita debido al potente componente emocional asociado al trauma y porque la modificación de las creencias puede hacer que las personas se sientan más vulnerables ante acontecimientos traumáticos futuros.

En el caso de un componente emocional potente, puede suceder que no se dé el procesamiento cognitivo, en parte porque la propia respuesta emocional puede dificultar o incluso bloquear el procesamiento cognitivo, y en parte porque las víctimas del trauma evitan dicho afecto y, por consiguiente, nunca adaptan la información debido a que nunca recuerdan del todo lo que sucedió o no piensan lo que significa. Aunque el individuo puede ser capaz de distraerse de la experiencia afectiva normal, los acontecimientos traumáticos están asociados a una emoción mucho mayor que no puede evitarse totalmente. Debido a que la información sobre el acontecimiento traumático no ha sido procesada, categorizada y adaptada, los recuerdos del trauma continúan surgiendo como recuerdos invasivos o pesadillas. Surgen también las respuestas emocionales y la activación, que forman parte del recuerdo del trauma, lo que desencadena una mayor evitación.

Según este modelo, es necesaria la expresión afectiva, no para la habituación, sino para que el recuerdo del trauma se procese totalmente. Se supone que el afecto, una vez que se ha tenido acceso a él, se desvanecerá y se podrá empezar a trabajar en adaptar los recuerdos a los esquemas (Astin & Resick, 1997).

8.4. TEORÍA DE LOS SISTEMAS REPRESENTACIONALES ESQUEMÁTICO, PROPOSICIONAL, ASOCIATIVO Y ANALÓGICO (SPAARS)

Esta teoría, planteada por Dalglish y Power en 1995, postula que las emociones son las herramientas que el sistema cognitivo emplea para resolver problemas. Por ejemplo, si el objetivo es resolver una amenaza se activará el módulo de miedo, que es, esencialmente, una reconfiguración del sistema cognitivo para lidiar con la inminente amenaza y con futuras amenazas posibles. Tal reconfiguración podría involucrar la preparación para la pelea o la huida, sesgos atencionales para la información relacionada con la amenaza, activación de conceptos en la memoria relacionados con la amenaza, etc. Del mismo modo, si el objetivo es resolver una pérdida, se activará el módulo de la tristeza, lo que implicará disponer de recursos para la elaboración de material asociado con la pérdida en la memoria, en orden a capacitar al individuo para reemplazar lo perdido (Dalglish, 1999).

Dentro de este esquema las emociones son procesos adaptativos que reorganizan el sistema cognitivo en distintas formas para lidiar con los cambios del medio interno o externo. La naturaleza adaptativa del sistema emocional puede conducir a profundas dificultades emocionales en el caso de un trauma.

Como su nombre indica, esta teoría es un modelo multirepresentacional con cuatro niveles o formatos de representación en que se especifican dos rutas de generación de emociones.

El formato de *representación analógico* guarda la información de manera analógica. Esta información incluye las imágenes visuales, olfativas, auditivas, gustativas y propioceptivas, que pueden ser episódicas o semánticas.

El formato de *representación proposicional*, en cambio, codifica información verbal que representa creencias, ideas, objetos y conceptos y las relaciones entre ellos, en una forma que no es específica de ningún lenguaje.

El formato de *representación de modelos esquemáticos* corresponde a una representación de alto orden, que provee al individuo de su sentido de sí mismo, de la realidad y de su significado, además de guardar relación con la jerarquía de metas del individuo que se utilizan para planear la acción, mantener el sentido de sí mismo y de conexión con la realidad.

Finalmente, el cuarto formato de representación corresponde al *formato asociativo*, que es el responsable de la generación de las emociones automáticas que no requieren acceso al nivel de representación de modelos esquemáticos, se trata de la asociación de acontecimientos y emociones que se han dado de manera repetida.

De este modo, se plantea que hay dos rutas de generación de emociones, los primeros tres formatos de representación son responsables de la ruta controlada, y el último, de la segunda ruta o modo de generación de emociones, la automática.

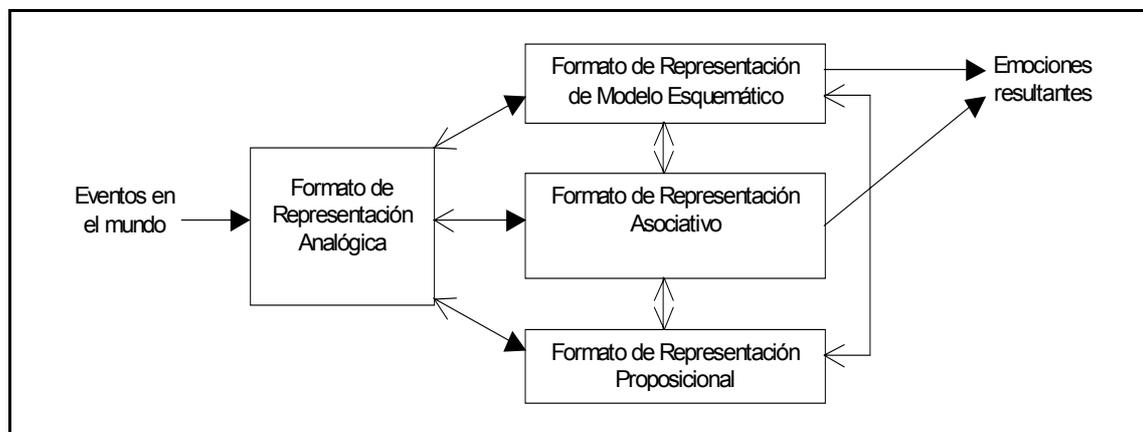


FIGURA 8.1. Arquitectura básica de la teoría SPAARS (Dagleish, 1999)

La información de un acontecimiento traumático, será evaluada por el formato de modelos esquemáticos como información amenazante produciendo miedo intenso. Asimismo, será representada en los formatos analógico, proposicional y de modelo esquemático, lo que explica la constelación de síntomas del trastorno de estrés postraumático.

Los modelos esquemáticos existentes acerca de sí mismo y del mundo intentarán asimilar la información de la experiencia traumática, pero debido a la discrepancia existente, continuarán valorándola como incompatible. Esta valoración de incompatibilidad y la naturaleza amenazante de la información traumática, ocasiona que el individuo experimente reactivación constante del módulo de miedo, lo que se traduce en los síntomas de reexperimentación. Los síntomas de evitación se deben a que el individuo desarrolla un gran número de mecanismos protectores para lidiar con los fenómenos intrusivos, tiende a evitar cualquier recuerdo del trauma, trata de no hablar de lo sucedido y de no pensar en ello. Asimismo, reduce el número de interacciones sociales en un intento de minimizar los posibles estímulos evocadores del acontecimiento traumático. Los síntomas de aumento de activación, derivan de dos factores: a) El módulo de miedo está activándose continuamente, lo que hace que la persona se encuentre en un estado de alarma y sobresalto permanente, y b) La mayoría de los recursos cognitivos disponibles están siendo utilizados en valorar la información no integrada, por lo que no se utilizan en la mediación de otras emociones, como por ejemplo, cólera o irritación, de ahí la presencia de explosiones de ira.

Las diferencias individuales en la reacción a un trauma se deben a las diferencias en los modelos esquemáticos de sí mismo y del mundo. La mayoría de las personas posee modelos del mundo como un lugar razonablemente seguro en el que hay una alta concordancia entre lo que el individuo hace y las consecuencias que obtiene. Además, tales modelos no son rígidos ni

inflexibles, ya que son el producto de una historia de aprendizaje en que se ha procesado información inconsistente con los modelos previos y se ha adaptado esa información a la existente, debido a experiencias inesperadas y adversas para del individuo. Así, tras una experiencia traumática, la mayoría de los individuos experimentará un período inicial de reacciones postraumáticas, que se superará en semanas o meses, a través de la integración de la información traumática en los modelos esquemáticos que el individuo posee. A veces requerirá para ello de la ayuda de redes sociales o de terapia, pero de cualquier manera, será poco probable que desarrolle estrés postraumático crónico.

En contraste, los individuos que poseen un modelo esquemático supervalorado, en el que el mundo es un lugar absolutamente seguro y ellos son totalmente invulnerables, modelo que además es rígido e inflexible, tenderán a desarrollar trastorno de estrés postraumático crónico, por las dificultades para integrar la experiencia real tan dispar con su modelo, y la dificultad de cambiar éste dada su rigidez.

En relación con el tratamiento del trastorno, se plantea que la exposición sirve para reducir la sintomatología de este cuadro clínico a través de dos mecanismos. En primer lugar, permite al individuo reexperimentar la información relativa al trauma en un ambiente seguro, lo que conduce a que el individuo comience a conceptualizar el acontecimiento como algo anómalo e inusual, en un contexto en el que sus creencias acerca de sí y el mundo son válidas. En segundo lugar, la exposición debilita las conexiones entre la información relativa al trauma y la vía automática de miedo, en el formato de representación asociativo, capacitando al individuo para integrar la información relacionada con el trauma en la memoria. Esta debilitación depende de que el individuo experimente una reducción del miedo en la sesión de exposición.

8.5. TEORÍA DE LA REPRESENTACIÓN DUAL

Esta teoría, esbozada por Brewin en 1989 y desarrollada en 1996, plantea que la experiencia de un evento traumático, único o repetido, se representará en la memoria de manera dual a través de dos tipos de representaciones (Brewin, 1989; Brewin, Dalgleish & Joseph, 1996; Brewin, 2001):

- **Conocimiento verbalmente accesible:** Corresponde a la representación o al conjunto de representaciones constituido por la experiencia consciente del trauma de la persona, que puede en principio ser deliberadamente recuperada. Inmediatamente después de la experiencia traumática, es probable que estos recuerdos estén dominados por información detallada con relación a la percepción consciente de los aspectos sensoriales y de las reacciones corporales, así como también por un intento de asignar significado a la experiencia traumática en términos de constructos y categorías verbales y de considerar las implicaciones para las metas vitales

valoradas. A medida que pase el tiempo, sin embargo, se crearán recuerdos más genéricos que abarquen el hecho de haber experimentado la situación traumática, pero sin el mismo nivel de detalle. De este modo, este tipo de recuerdos contendrá alguna información sobre las características sensoriales de la situación, las reacciones emocionales y fisiológicas experimentadas y el significado percibido del evento. Si bien estas memorias pueden ser muy detalladas, es también probable que sean altamente selectivas debido a que la ansiedad experimentada durante la experiencia traumática aumenta la selectividad atencional y disminuye la capacidad de la memoria a corto plazo.

- Conocimiento situacionalmente accesible: Corresponde a la representación o conjunto de representaciones constituido por el procesamiento inconsciente o automático de la situación traumática, al que se puede acceder de manera directa cuando la persona está en un contexto, ya sea interno o externo, en que las características físicas o el significado es similar al de la situación traumática. Los aspectos sensoriales, fisiológicos o motores de la experiencia traumática están representados en estas memorias en forma de códigos analógicos que permiten que la experiencia original sea recreada. Estos códigos serían parte de una representación que contiene: a) Información estimular, b) Información de significado, derivada de un aprendizaje asociativo anterior o incluso de lo innato, y c) Información sobre el estado de conciencia de la persona en la situación traumática. La persona sólo puede llegar a darse cuenta de que estas representaciones han sido agregadas a las que ya tenía, cuando experimenta síntomas como la activación emocional, impulso motor, imágenes intrusivas espontáneas o estados disociados de conciencia.

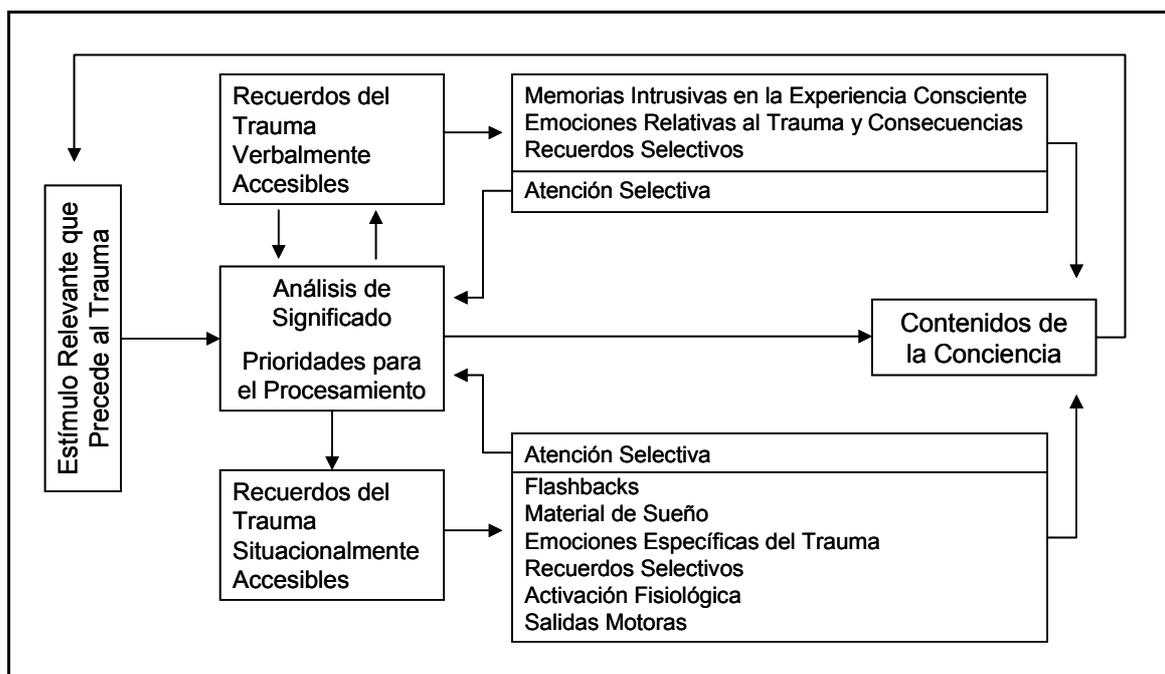


FIGURA 8.2. Procesamiento cognitivo de estímulos relevantes que preceden un trauma (Brewin, Dalgleish & Joseph, 1996)

Ambas representaciones, la verbal y la situacionalmente accesible, son codificadas en paralelo en el momento del trauma, y entre ambas dan cuenta de la fenomenología del trastorno de estrés postraumático. Por ejemplo, los “flashbacks” pueden ser considerados el resultado de la activación de la memoria situacionalmente accesible, mientras que la capacidad de la persona para narrar la experiencia traumática, por ejemplo, en la situación terapéutica, puede ser función de la disponibilidad de la memoria verbalmente accesible (Brewin, Dalgleish & Joseph, 1996).

Para explicar el procesamiento de las situaciones traumáticas, Brewin recurre a la evidencia disponible acerca del funcionamiento cognitivo diferenciado de las estructuras implicadas en situaciones de estrés, específicamente del hipocampo y la amígdala. Así, mientras el hipocampo manifiesta una relación en “U invertida”, es decir, bajo condiciones de ausencia de estrés y de estrés extremo, su funcionamiento resulta limitado (lo que justificaría las lagunas en la memoria autobiográfica del trauma, en concreto, en los “puntos calientes” del mismo), el funcionamiento de la amígdala mejora cuando el estrés aumenta, lo que es consistente con la formación de fuertes respuestas condicionadas y de “flashback”. Es más, la ausencia de procesamiento de la información por parte del hipocampo en períodos de emoción intensa, incrementa la probabilidad de activación de la amígdala y la consiguiente formación de recuerdos situacionalmente accesibles.

No obstante, con posterioridad al trauma, se puede producir una transferencia de información desde la memoria situacionalmente accesible a la verbalmente accesible, integrándose en las estructuras pre-existentes, lo que conllevará la superación de los “flashbacks” mediante la construcción de las correspondientes memorias autobiográficas. En el caso del trastorno de estrés postraumático se produce un fallo en esta transferencia, motivado, entre otros factores, por la presencia de una marcada evitación de los estímulos evocadores del trauma y de los “flashbacks”, lo que impide su reprocesamiento (Brewin, 2001).

Así, las experiencias traumáticas que han sido almacenadas deberán ser elaboradas o procesadas emocionalmente tanto por la memoria verbal como por la memoria situacionalmente accesible. Se propone que los individuos necesitan, en primer lugar, integrar conscientemente la información verbalmente accesible con sus creencias preexistentes y sus modelos del mundo, para lograr reducir los afectos secundarios negativos generados por las implicaciones del trauma, reafirmando el control percibido, reatribuyendo responsabilidad en el hecho traumático y consiguiendo hacer juicios apropiados sobre sí y el mundo. En segundo lugar, se requiere activar la información de la memoria situacionalmente accesible, a través de la exposición a las claves relativas al evento traumático, para lograr prevenir la reactivación automática continua del conocimiento situacionalmente accesible del trauma (Brewin, Dalgleish & Joseph, 1996).

La intervención debe suponer, por lo tanto, la actuación sobre ambos niveles de representación (memoria situacional y verbalmente accesible), y debe intentar favorecer la transferencia de información desde la memoria situacionalmente accesible a la verbalmente accesible, ya que es justamente la disparidad de información proveniente de estos dos canales distintos lo que propicia la aparición del trastorno de estrés postraumático (Brewin, 2001).

El procesamiento emocional adecuado de las memorias verbal y situacionalmente accesibles, llamado completación o integración, no siempre es posible y su resultado depende de diversos factores incluyendo la severidad o duración del trauma, el significado para la persona, las emociones acompañantes como la vergüenza o culpa y la disponibilidad de apoyo social apropiado.

En algunas circunstancias, por ejemplo, cuando la discrepancia entre el trauma y los supuestos previos es demasiado grande, el procesamiento emocional del trauma puede llegar a ser crónico, por lo que la persona se encuentra permanentemente preocupada con las consecuencias del trauma y las memorias intrusivas de éste. Alternativamente, el procesamiento emocional puede ser prematuramente inhibido debido a esfuerzos sostenidos para evitar la reactivación de las memorias situacional y verbalmente accesibles relativas a la experiencia traumática que resultan displacenteras para el individuo. La repetición permanente de estrategias para evitar pensar en el trauma sufrido lleva a que estas estrategias pasen de ser procesos controlados a hacerse automáticos. La persona no se ve afectada por las memorias intrusivas del trauma de manera permanente ni por su recuerdo consciente, pero las memorias situacionalmente accesibles relativas al trauma estarían disponibles, y podrían dispararse sin ser evitadas, en determinadas circunstancias (Brewin, Dalgleish & Joseph, 1996).

El autor hace indicaciones concretas para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático. Plantea que los tratamientos que sólo involucren exposición a las memorias traumáticas, servirán para extinguir las reacciones emocionales experimentadas durante el trauma, predominantemente de miedo, mientras que las reacciones emocionales secundarias, como la culpa, desesperanza o indefensión, derivadas de la evaluación consciente del evento traumático, responderán a técnicas de terapia cognitiva.

De este modo, el tratamiento de exposición sería más efectivo cuando al recordar el trauma no se activen emociones secundarias como la ira o la culpa, que puedan bloquear la habituación al miedo, e incluso dificultar el procesamiento de estos eventos o recuerdos por la memoria verbalmente accesible, por lo que sugiere que estas emociones negativas secundarias deben ser tratadas con técnicas cognitivas antes de usar el tratamiento de exposición (Brewin, Dalgleish & Joseph, 1996).

Asimismo, Brewin propone una modificación en los procedimientos de exposición habituales, centrando ésta en los “puntos calientes” en que se produjo el fallo en la memoria autobiográfica, para facilitar la recodificación verbal de los acontecimientos e imágenes que en su momento fueron procesados por la memoria situacionalmente accesible. Sin embargo, advierte que se debe prestar especial atención a los niveles de activación en el proceso de exposición, ya que si ésta resulta muy elevada se producirá inhibición del procesamiento hipocampal (como sucedió durante la experiencia traumática) de modo que el individuo reexperimentará el trauma sin que se produzca la pretendida transferencia de la memoria situacionalmente accesible a la verbalmente accesible (Brewin, 2001).

Del mismo modo, el tratamiento debe estar dirigido a buscar la consolidación de la memoria verbalmente accesible de modo que pueda actuar inhibiendo la activación de la amígdala, que da lugar a los “flashbacks”. Esta consolidación se logra a través de la reconstrucción de la narración del trauma, y se favorece cuando contiene claves de recuperación críticas que hacen que la nueva representación se codifique con atributos claramente diferenciados que favorezcan su recuperación (Brewin, 2001).

8.6. CONSIDERACIONES A LAS TEORÍAS

Hasta la fecha, los modelos teóricos propuestos para explicar el trastorno de estrés postraumático se han mostrado insuficientes para dar cuenta por sí mismos de la gran complejidad de este cuadro clínico. De hecho, el estudio del trauma y sus consecuencias abarca procesos variados y complejos que hasta hoy han sido pobremente comprendidos (Crespo, 2001).

Para analizar la bondad de cada una de las teorías revisadas, se tomará como marco de referencia lo planteado por Dagleish (1999), para quien una buena teoría del trastorno de estrés postraumático necesita dar cuenta satisfactoriamente de las siguientes condiciones:

1. Explicar las tres constelaciones de síntomas del trastorno de estrés postraumático: Reexperimentación, evitación y aumento de la activación.
2. Dar cuenta del rango de reacciones individuales al trauma: Ausencia de secuelas emocionales aparentes, trastorno de estrés postraumático agudo, trastorno de estrés postraumático crónico y trastorno de estrés postraumático de inicio demorado.
3. Explicar los efectos de diversas variables, como la historia previa de problemas psicológicos, apoyo social, estilo atribucional y actitudes hacia la expresión emocional.
4. Dar cuenta de la eficacia de los tratamientos de exposición para el trastorno de estrés postraumático.
5. Generar un modelo coherente dentro del cual las condiciones anteriores puedan ser comprendidas.

En ese sentido, la teoría del aprendizaje a pesar de explicar gran parte del desarrollo y mantenimiento del trastorno de estrés postraumático, no explica los síntomas de reexperimentación, es decir, los recuerdos reiterados del trauma que invaden los pensamientos de la víctima (primera condición), sólo ofrece una explicación parcial del miedo y las respuestas de evitación (tanto conductuales como cognitivas) de los estímulos relacionados con la situación traumática, así como de la resistencia del trastorno a la extinción. Tampoco da cuenta del rango de reacciones individuales al trauma (segunda condición), ni explica los efectos de diversas variables, como la historia previa de problemas psicológicos, apoyo social, estilo atribucional, etc. (tercera condición). Por ello, no genera un modelo coherente dentro del cual todas las condiciones previas puedan ser entendidas (quinta condición).

La teoría del procesamiento emocional es capaz de explicar los tres grupos de síntomas del trastorno de estrés postraumático (primera condición). Asimismo, al poner énfasis en factores como la predictibilidad y controlabilidad del trauma, asigna un rol importante a las atribuciones e interpretaciones que el individuo hace del evento traumático (tercera condición). Del mismo modo, al sugerir que la disponibilidad de información incompatible con el trauma es necesaria para un adecuado procesamiento de la información relativa al trauma, provee un marco para entender el éxito que tiene la exposición en las intervenciones en estrés postraumático (cuarta condición). Sin embargo, es menos claro, cómo esta red, con un único nivel de representación puede explicar la existencia de estructuras de significado y modelos del mundo, y cómo puede llevarse a cabo la integración de la información relativa al trauma en esas estructuras (quinta condición), ni por qué algunos individuos reaccionan de una manera frente al trauma y otros de otra (segunda condición) (Dalgleish, 1999).

La teoría del procesamiento de la información es capaz de dar cuenta de tres de las cinco condiciones establecidas por Dalgleish, al explicar las tres constelaciones de síntomas del trastorno de estrés postraumático (primera condición), poner énfasis en los efectos de diversas variables (historia previa de problemas psicológicos, apoyo social, estilo atribucional, etc.) (tercera condición) y dar cuenta de la eficacia de los tratamientos de exposición, al hacer hincapié en la expresión afectiva como una forma de procesar totalmente el recuerdo del trauma (cuarta condición). Sin embargo, esta teoría no da indicaciones concretas de por qué algunos individuos desarrollan el trastorno y otros no (segunda condición), ni es capaz de generar un modelo coherente que abarque todas las condiciones señaladas (quinta condición).

Tanto la teoría de los sistemas representacionales esquemático, proposicional, asociativo y analógico planteada por Dalgleish, como la teoría de la representación dual planteada por Brewin, son capaces de dar cuenta de las cinco condiciones que se plantean como requisito de una buena teoría en el área.

Sin embargo, la teoría de la representación dual presenta la ventaja de integrar los elementos planteados por las teorías ya revisadas, así como también conocimientos aportados por la investigación en cognición y emoción, específicamente acerca de las bases neurológicas de la memoria del miedo. De hecho, el planteamiento realizado acerca de las memorias verbal y situacionalmente accesibles, guarda directa relación con los hallazgos de LeDoux de una vía nerviosa que comunica directamente el tálamo con la amígdala en las reacciones emocionales y que puede representar un papel crucial en los procesos emocionales automáticos, no conscientes; frente a una vía más indirecta que desde el tálamo pasa a la corteza, donde se lleva a cabo una representación precisa y detallada sobre el estímulo, procesamiento consciente de la experiencia, y de ahí es transmitida a la amígdala (LeDoux, 1994).

Desde un punto de vista clínico, Brewin desarrolla un modelo teórico convincente y sólidamente fundamentado que resulta esencial para el avance en el tratamiento. De hecho, partiendo del análisis teórico y de la revisión de la evidencia empírica, Brewin ofrece sugerencias y propuestas de tratamiento que resultan sumamente interesantes, especialmente si se tiene en cuenta que se está frente a un trastorno que sigue constituyendo, en muchos casos, un desafío para el clínico (Crespo, 2001).

9.

TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Los procedimientos aplicados para tratar el trastorno de estrés posttraumático (TEP) han sido principalmente tres: a) La terapia de exposición, en la que el paciente debe enfrentarse a las situaciones temidas o, en algunas ocasiones, a las imágenes de las mismas, sin escaparse de ellas con el objetivo de evocar ansiedad y promover la habituación a ella; b) El entrenamiento en técnicas para el control de la ansiedad, cuyo objetivo es dotar al paciente de una serie de habilidades para hacer frente a la ansiedad en la vida cotidiana, y c) La reestructuración cognitiva con el objetivo de modificar pensamientos, supuestos y creencias irracionales (Richards & Lovell, 1999).

Por otra parte, el informe elaborado por la División 12 de la Asociación Psicológica Americana –cuyo objetivo es evaluar la eficacia de los tratamientos psicológicos para los trastornos mentales, estableciendo un directorio de las terapias de eficacia probada– señala como tratamiento psicológico probablemente eficaz para el TEP, la terapia de exposición, el entrenamiento en inoculación de estrés y la terapia de reprocesamiento y desensibilización por movimientos oculares (Labrador, Echeburúa & Becoña, 2000).

Si bien se han publicado cientos de investigaciones acerca de la efectividad de distintas formas de tratamiento del TEP, la inmensa mayoría de dichas investigaciones son descripciones de casos más que estudios empíricos sistemáticos (Solomon & Johnson, 2002). La revisión que se hará a continuación sólo contempla aquellos estudios que se han llevado a cabo de manera controlada.

9.1. CONSIDERACIONES ACERCA DE LA METODOLOGÍA EN LOS ESTUDIOS DE EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES

La Comisión sobre Promoción y Difusión de Procedimientos Psicológicos (*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*), que depende de la División de Psicología Clínica de la Asociación Psicológica Americana, planteó en 1995 ciertos requisitos que deben reunir las investigaciones sobre la eficacia de las intervenciones. Éstos son (Labrador, Echeburúa & Becoña, 2000):

1. Asignación aleatoria de los pacientes a las condiciones experimentales y de control, y mínimo de 30 sujetos por cada modalidad terapéutica.

2. Evaluación detallada con arreglo a criterios diagnósticos operativos del DSM-IV, y medidas de evaluación múltiples.
3. Entrevistadores “ciegos” respecto al grupo de tratamiento asignado al paciente evaluado.
4. Exclusión de pacientes con trastornos múltiples.
5. Tratamientos claramente descritos y protocolizados.
6. Fijación de un número determinado de sesiones.
7. Seguimientos de los pacientes a largo plazo.

Asimismo, dado que Edna Foa es una investigadora especialmente prestigiosa en el campo del TEP, parece conveniente incluir lo que ella plantea respecto a las características que deben cumplir los estudios bien controlados, como una propuesta complementaria a lo planteado por la Comisión sobre Promoción y Difusión de Procedimientos Psicológicos. De este modo, las características señaladas por Foa y su equipo son (Foa & Meadows, 1997; Foa, Keane & Friedman, 2000):

1. Definición clara de los síntomas sobre los que se pretende actuar: Se debe especificar la presencia de un diagnóstico concreto, así como también criterios claros de inclusión y exclusión de los participantes en el tratamiento.
2. Fiabilidad y validez en las medidas: Los instrumentos de evaluación empleados deben tener propiedades psicométricas adecuadas.
3. Utilización de evaluadores ciegos: La persona que lleva a cabo las evaluaciones de los participantes en el tratamiento no debe ser la misma que ha aplicado la intervención ni debe estar al tanto de ella. Asimismo, los participantes deben ser entrenados para no revelar el tipo de tratamiento que han recibido durante la evaluación.
4. Entrenamiento en evaluación: La fiabilidad y validez de las evaluaciones dependen en gran medida de las habilidades de quien la lleva a cabo, por lo que es de vital importancia que el o los evaluadores sean entrenados en el procedimiento de evaluación.
5. Utilización de programas de tratamiento específicos y estandarizados: Se deben emplear tratamientos específicamente diseñados para cada trastorno, que cuenten con un manual de tratamiento que describa en detalle lo que se debe hacer sesión a sesión. La existencia de un manual de tratamiento no sólo asegura la consistencia en la aplicación del programa de intervención entre distintos pacientes y terapeutas, sino que también facilita la posibilidad de replicar el programa desarrollado.
6. Asignación al tratamiento no sesgada: Los participantes de cada condición terapéutica deben ser asignados a las mismas de manera aleatoria o con un muestreo estratificado. Del mismo

modo, cada condición terapéutica debe ser llevada a cabo por al menos dos terapeutas y los participantes también deben ser asignados a ellos de manera aleatoria.

7. Evaluación de adherencia al tratamiento: Se deben utilizar sistemas de evaluación de la adherencia de los participantes al programa de intervención.

De este modo, dada la gran cantidad de investigaciones acerca de la efectividad de las intervenciones psicológicas para el TEP, sólo se analizarán de manera exclusiva aquellas que reúnan ciertas características que permitan afirmar que se trata de intentos serios de investigación, aunque no cumplan todos los criterios comentados recientemente. Las características elegidas son:

1. Existencia de grupos de control o comparación entre tratamientos.
2. Asignación no sesgada de los participantes a las condiciones experimentales y de control.
3. Evaluación detallada con arreglo a criterios diagnósticos del DSM.
4. Fiabilidad y validez en los instrumentos de medida empleados.
5. Tratamientos claramente descritos y protocolizados.
6. Fijación de un número determinado de sesiones.
7. Seguimientos de los pacientes a medio y/o largo plazo.

9.2. ESTUDIOS SOBRE TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

La tabla 9.1. muestra un resumen de las investigaciones de tratamiento a las que se hará referencia a continuación.

TABLA 9.1. Resumen de investigaciones de tratamiento en trastorno de estrés postraumático

AUTOR	PARTICIPANTES	N	TIPO DE INTERVENCIÓN	RESULTADOS
Keane et al., (1989)	Veteranos de guerra	24	2 grupos: a) Exposición prolongada (EP). b) Control de lista de espera (CLE).	*La EP fue superior al CLE tanto al postratamiento como al seguimiento (6 meses).
Foa et al. (1991)	Víctimas de agresiones sexuales	45	4 grupos: a) Exposición prolongada (EP). b) Entrenamiento en inoculación de estrés (EIE). c) Terapia de apoyo (TA). d) Control de lista de espera (CLE).	*Al postratamiento el EIE produce mejores resultados que la EP. *Al seguimiento (3,5 meses) la EP produce mejores resultados que el EIE.
Resick & Schnicke (1992)	Víctimas de violación	39	2 grupos: a) Terapia cognitivo conductual (TCC). b) Control de lista de espera (CLE).	*La TCC fue superior al CLE tanto en el postratamiento como en el seguimiento (6 meses).
Echeburúa et al. (1996b)	Víctimas de violación	20	2 grupos: a) Entrenamiento en relajación progresiva (ERP). b) Terapia cognitivo conductual (TCC).	*No hubo diferencias significativas entre las dos intervenciones al postratamiento. *Al año de seguimiento la TCC obtiene resultados superiores a los del ERP, en los síntomas del TEP.
Echeburúa et al. (1997c)	Víctimas de agresiones sexuales	20	2 grupos: a) Entrenamiento en relajación progresiva (ERP). b) Terapia cognitivo conductual (TCC).	*La TCC obtiene resultados significativamente superiores a los del ERP, tanto al postratamiento como al año de seguimiento.

TABLA 9.1. Resumen de investigaciones de tratamiento en trastorno de estrés postraumático (continuación)

AUTOR	PARTICIPANTES	N	TIPO DE INTERVENCIÓN	RESULTADOS
Marks et al. (1998)	Distintos tipos de víctimas	87	4 grupos: a) Exposición prolongada (EP). b) Reestructuración cognitiva (RC). c) Combinación de ambos tratamientos (EP-RC). d) Entrenamiento en relajación (ER).	*Los 4 tratamientos produjeron mejoras significativas al postratamiento. *La EP, la RC y la EP-RC fueron superiores al entrenamiento en relajación, tanto al postratamiento como en los seguimientos. *No hubo diferencias significativas entre los 3 tipos de tratamiento activos en el postratamiento ni en el mes de seguimiento. *EP fue levemente superior a RC al tercer y sexto mes de seguimiento.
Fecteau & Nicki (1999)	Víctimas de accidentes de tránsito	20	2 grupos: a) Terapia cognitivo conductual (TCC). b) Control de lista de espera (CLE).	*Hubo diferencias clínica y estadísticamente significativas a favor de la TCC, a los 6 meses de seguimiento.
Foa et al. (1999a)	Víctimas de asalto sexual y no sexual	96	4 grupos: a) Exposición prolongada (EP). b) Entrenamiento en inoculación de estrés (EIE). c) Combinación de ambos tratamientos (EP-EIE). d) Control de lista de espera (CLE).	*Los 3 tratamientos produjeron resultados superiores al CLE, en relación con la evaluación pretratamiento. *No hubo diferencias significativas entre los 3 tipos de tratamiento en las medidas de trastorno de estrés postraumático ni en las de depresión. *EP fue superior a EIE y a EP-EIE en las medidas de ansiedad y de ajuste social, al año de seguimiento.
Glynn et al. (1999)	Veteranos de guerra	42	3 grupos: a) Terapia cognitivo conductual (TCC). b) Terapia cognitivo conductual (TCC) + Terapia familiar conductual (TFC). c) Control de lista de espera (CLE).	*La TCC redujo de manera significativa los síntomas positivos del TEP tanto al postratamiento como al seguimiento (6 meses). *La TFC no contribuye a la reducción de ningún tipo de síntomas.
Tarrier et al. (1999)	Distintos tipos de víctimas	72	2 grupos: a) Exposición en imaginación (EI). b) Terapia cognitiva (TC).	*Los 2 tratamientos produjeron mejorías significativas en comparación con la evaluación pretratamiento. *No hubo diferencias significativas entre ambos.
Foa (2000)	Víctimas de asalto sexual y no sexual	74	3 grupos: a) Exposición prolongada (EP). b) Terapia cognitivo conductual (combinación de exposición y reestructuración cognitiva) (TCC) c) Control de lista de espera (CLE).	*Los 2 tratamientos produjeron resultados superiores al CLE, en relación con la evaluación pretratamiento. *EP fue superior a TCC en necesidad de aumentar sesiones de participantes por reducción de síntomas de TEP.
Paunovic & Öst (2001)	Refugiados	20	2 grupos: a) Exposición en imaginación (EI). b) Terapia cognitivo conductual (TCC).	*Los 2 tratamientos produjeron mejorías significativas en comparación con la evaluación pretratamiento. *No hubo diferencias significativas entre ambos.
Resick et al. (2002)	Víctimas de violación	171	3 grupos: a) Terapia cognitivo conductual (TCC). b) Exposición prolongada (EP). c) Control de lista de espera (CLE).	*Los 2 tratamientos produjeron resultados superiores al CLE, en relación con la evaluación pretratamiento. *No hubo diferencias significativas entre los 2 tratamientos en las medidas de trastorno de estrés postraumático ni en las de depresión. *TCC fue superior a EP en cogniciones de culpa al postratamiento y seguimiento (9 meses), y en el estado de funcionamiento final, al postratamiento y seguimiento (3 meses).
Kubany, Hill & Owens (2003)	Víctimas de violencia doméstica	37	2 grupos: a) Terapia cognitivo conductual de inicio inmediato (TCC). b) Terapia cognitivo conductual de inicio demorado (funciona también como control de lista de espera) (TCC y CLE).	*La TCC fue superior al CLE. *Hubo diferencias clínica y estadísticamente significativas a favor de la TCC, al postratamiento y a los 3 meses de seguimiento.

9.2.1. TERAPIA DE EXPOSICIÓN

Las terapias de exposición tienen la característica común de intentar reducir la ansiedad a través de la confrontación del paciente con los estímulos o eventos que le generan ansiedad, variando la forma de exposición (en imaginación o en vivo), la duración de la exposición (breve o prolongada) y el nivel de activación durante la misma (alto o bajo) (Báguena, 2001; Foa & Meadows, 1997; Solomon & Johnson, 2002).

Si bien hay algunos estudios que utilizan la desensibilización sistemática (DS) para tratar el TEP, no se han llevado a cabo de manera adecuada e incluso en algunos casos se duda de la validez de sus resultados. Por estas razones se considera que la DS ha sido dejada de lado en favor de la exposición prolongada en el tratamiento del TEP (Rothbaum et al., 2000).

Keane et al., (1989), asignan aleatoriamente a 24 veteranos de la guerra de Vietnam que sufren TEP, a dos condiciones: a) Exposición prolongada y b) Control de lista de espera. El programa de tratamiento, de modalidad individual, se llevó a cabo en 14 a 16 sesiones con una duración de 90 minutos por sesión. La exposición mostró resultados significativamente superiores frente al grupo control al postratamiento y al seguimiento llevado a cabo a los 6 meses de concluida la intervención, en síntomas de reexperimentación, depresión y ansiedad.

Foa et al. (1991) asignaron aleatoriamente a 45 víctimas de agresiones sexuales aquejadas de TEP a una de cuatro modalidades terapéuticas: a) Exposición prolongada en imaginación y en vivo, b) Entrenamiento en inoculación de estrés, c) Terapia de apoyo (con el objetivo de controlar los factores inespecíficos de la terapia), y d) Control de lista de espera. El programa de tratamiento fue individual y constó de 9 sesiones de 90 minutos con una periodicidad de 2 veces por semana. Los resultados indican que tanto la inoculación de estrés como la exposición se mostraron más eficaces que la terapia de apoyo y el grupo control de lista de espera en la reducción de los síntomas de estrés postraumático, aunque no en los síntomas de depresión y ansiedad en que todos los grupos mejoraron por igual. A corto plazo la inoculación de estrés fue superior a la exposición, pero a medio plazo (en el seguimiento de 3,5 meses) la exposición fue superior a la inoculación de estrés.

Marks et al. (1998) asignaron aleatoriamente a 87 sujetos aquejados de TEP por diversas causas, a cuatro modalidades de tratamiento: a) Exposición (en imaginación y en vivo), b) Reestructuración cognitiva, c) Exposición y reestructuración cognitiva, y d) Relajación. La intervención constaba de 10 sesiones con una periodicidad semanal. Los resultados mostraron que los cuatro grupos experimentales mejoraron significativamente, sin embargo, la exposición, la reestructuración cognitiva y la combinación de ambas fueron superiores a la relajación tanto al postratamiento como al seguimiento. No hubo diferencias significativas entre los tres grupos de

tratamiento activos al postratamiento ni al mes de seguimiento, no obstante, al tercer y al sexto mes de seguimiento, la exposición fue levemente superior a la reestructuración cognitiva.

Foa et al., en 1999, asignan aleatoriamente a 96 mujeres víctimas de asalto (sexual y no sexual), que cumplían criterios DSM-IV para TEP, a una de cuatro condiciones de tratamiento: a) Exposición prolongada, b) Entrenamiento en inoculación de estrés, c) Combinación de ambos, y d) Control de lista de espera. El programa consistió en 9 sesiones, 2 veces a la semana, en modalidad individual. Los resultados indican que las tres modalidades de tratamiento reducen la severidad del trastorno de estrés postraumático y de los síntomas de depresión en comparación con el control de lista de espera, pero no se encuentran diferencias significativas entre las diversas modalidades de intervención, resultados que se dan no sólo en el postratamiento sino también en los seguimientos (3, 6 y 12 meses). Sin embargo, la exposición prolongada fue superior al entrenamiento en inoculación de estrés y a la combinación de ambos al comparar los niveles de ansiedad y de ajuste social (Foa et al., 1999a).

Del mismo modo, Tarrrier et al. (1999) asignan aleatoriamente a 72 pacientes aquejados de TEP, que han experimentado distintos tipos de eventos traumáticos, a una de dos condiciones de tratamiento: a) Exposición en imaginación y b) Terapia cognitiva. El programa de intervención constó de 16 sesiones de 1 hora de duración en modalidad individual. Encontraron que ambos tratamientos generaron mejorías significativas en los sujetos en todas las medidas realizadas, tanto en el postratamiento como en el seguimiento de 6 meses, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre las modalidades de tratamiento.

En un tercer estudio de Foa y su equipo (aún no publicado), se asigna a 74 víctimas de asalto (sexual y no sexual) aquejadas de TEP, a una de tres condiciones: a) Terapia de exposición, b) Terapia de exposición y reestructuración cognitiva, y c) Control de lista de espera. Los programas de tratamiento se llevaban a cabo en 9 sesiones, que podían ser aumentadas en 3 sesiones más para aquellas participantes que no hubiesen mejorado en el 70% de los síntomas postraumáticos. Los resultados preliminares sugieren que ambos programas fueron muy efectivos, reduciendo de manera significativa los síntomas del TEP, lo que no se dio en el grupo control de lista de espera. Sin embargo, la terapia de exposición fue más efectiva por si sola que en combinación con la terapia cognitiva, en términos de que el 52% de las participantes asignadas a ella no requirieron sesiones extra de terapia, a diferencia del 14% de las participantes asignadas a la combinación de terapia de exposición y reestructuración cognitiva que no requirió sesiones extras (citado en Foa, 2000).

Paunovic & Öst (2001) asignan aleatoriamente a 20 refugiados que sufren TEP a dos condiciones experimentales: a) Exposición en imaginación y en vivo, y b) Terapia cognitivo conductual que incluye exposición, terapia cognitiva y entrenamiento en respiración controlada. El

programa de intervención, de modalidad individual, constó de 16 a 20 sesiones de 60 a 120 minutos de duración, con una periodicidad semanal. Los resultados indican que ambos programas de tratamiento produjeron mejorías significativas en los sujetos en todas las variables evaluadas, tanto en el postratamiento como a los 6 meses de seguimiento, no obstante, no se encontraron diferencias significativas entre las modalidades de intervención.

Por último, Resick et al. (2002) asignan de manera aleatoria a 171 víctimas de violación a una de tres condiciones: a) Terapia de procesamiento cognitivo, tratamiento desarrollado específicamente para víctimas de violación y que incluye cuestionamiento socrático y exposición por escrito, b) Exposición prolongada, en la imaginación y en vivo, y c) Control de lista de espera. Los programas de tratamiento se llevaron a cabo de manera individual y tuvieron una duración de 13 horas cada uno, variando el número y extensión de las sesiones. Los resultados indican que ambas intervenciones fueron altamente exitosas en el tratamiento del TEP y de los síntomas depresivos, al postratamiento y a los seguimientos de 3 y 9 meses, lo que no ocurrió con el grupo control de lista de espera. No obstante, la terapia de procesamiento cognitivo fue superior a la exposición prolongada en el tratamiento de las ideas de culpa y presentó una pequeña ventaja en el tamaño del efecto, en el estado final de funcionamiento de las participantes al seguimiento.

En resumen, de las 8 investigaciones aquí revisadas, en todas aquellas en que se compara la exposición con un grupo de control de lista de espera, se encuentran mejorías significativas para los participantes que recibieron el tratamiento de exposición. En cuatro de las investigaciones la exposición fue superior a otro tratamiento (Foa, 2000; Foa et al., 1991, 1999a; Marks et al., 1998); en dos no se encontraron diferencias significativas entre exposición y terapia cognitiva y exposición y terapia cognitivo conductual (que incluye exposición) (Tarrrier et al., 1999; Paunovic & Öst, 2001); y sólo en una investigación la terapia cognitivo conductual (que incluye exposición) fue superior a la terapia de exposición, pero sólo en ideas de culpa y estado de funcionamiento final de las participantes (Resick et al., 2002).

De este modo, la terapia de exposición ha probado ser la técnica más eficaz para tratar el TEP, no obstante se plantea que influye sólo en síntomas observables y en los relacionados con la ansiedad, es decir, en aquellos que se ha llamado síntomas positivos del TEP (reexperimentación e hiperactivación), pero no en aquellos conocidos como síntomas negativos (evitación y embotamiento afectivo) (Báguena, 2001). Otros autores plantean que esto depende del tipo de exposición que se lleve a cabo, así, la exposición prolongada en imaginación sería útil sólo para reducir los síntomas positivos del TEP, mientras que la exposición en vivo reduciría los síntomas negativos (Bryant, 2000).

9.2.2. TÉCNICAS PARA EL CONTROL DE LA ANSIEDAD

Las técnicas para el control de la ansiedad se han diseñado para reducir la ansiedad dotando al paciente de habilidades que le permitan controlarla. Entre estas técnicas se incluye el entrenamiento en relajación, entrenamiento en inoculación de estrés, biofeedback, entrenamiento en habilidades sociales, diálogo autoguiado y técnicas de distracción cognitiva (Foa & Meadows, 1997; Solomon & Johnson, 2002). De todas ellas, la técnica o procedimiento más usado ha sido el entrenamiento en inoculación de estrés (Báguena, 2001; Bryant, 2000).

Echeburúa et al., en 1996, publican los resultados de un estudio en que se asignó de manera aleatoria a 20 mujeres víctimas de violación que sufrían trastorno de estrés postraumático agudo, a una de dos modalidades de tratamiento: a) Entrenamiento en relajación progresiva y b) Terapia cognitivo conductual (que incluía reestructuración cognitiva, entrenamiento en relajación, detención de pensamiento, técnicas de distracción cognitiva y exposición). El programa consistió en 5 sesiones individuales, de 1 hora de duración, con una periodicidad semanal. Los resultados no establecieron diferencias significativas entre ambas modalidades terapéuticas al postratamiento, pero sí al seguimiento de doce meses en que la terapia cognitivo conductual se muestra superior a la relajación en los síntomas del trastorno de estrés postraumático, pero no en otras medidas (Echeburúa et al., 1996b).

El mismo equipo desarrolla un programa de tratamiento para víctimas de agresiones sexuales que han desarrollado trastorno de estrés postraumático crónico. Asignan aleatoriamente a 20 participantes a dos condiciones de tratamiento: a) Entrenamiento en relajación progresiva, y b) Terapia cognitivo conductual (autoexposición en imaginación y en vivo y reestructuración cognitiva). El programa constó de 6 sesiones con una periodicidad semanal y en modalidad individual. Los resultados indican que la tasa de éxito fue superior en todas las medidas evaluadas para el grupo de terapia cognitivo conductual, tanto en el postratamiento como al año de seguimiento (Corral et al., 1995; Echeburúa et al., 1997c).

El estudio ya revisado de Marks et al. (1998), indica que la exposición, la reestructuración cognitiva y la combinación de ambas son superiores a la relajación tanto al postratamiento como al seguimiento, en distintos tipos de víctimas aquejadas de TEP.

Con respecto al entrenamiento en inoculación de estrés, el estudio de Foa et al. (1991), comentado en el apartado anterior, indica que la inoculación de estrés es más eficaz que la terapia de apoyo y el grupo control de lista de espera en la reducción de los síntomas de estrés postraumático. Asimismo, a corto plazo la inoculación de estrés es superior a la exposición, pero a medio plazo (seguimiento de 3,5 meses) la exposición es superior a la inoculación de estrés en el tratamiento del TEP.

Del mismo modo el estudio de Foa et al. (1999a) indica que el entrenamiento en inoculación de estrés reduce la severidad del trastorno de estrés postraumático y de los síntomas de depresión tanto al postratamiento como a los seguimientos de 3, 6 y 12 meses, sin haber diferencias significativas con exposición prolongada ni con la combinación de ésta y la inoculación de estrés. No obstante, la exposición prolongada fue superior al entrenamiento en inoculación de estrés y a la combinación de ambos, al comparar los niveles de ansiedad y de ajuste social.

En síntesis, en los tres estudios revisados acerca de efectividad de la relajación se ve que sus resultados son inferiores frente a otros programas de intervención (Corral et al., 1995; Echeburúa et al., 1996b, 1997c; Marks et al., 1998). Con respecto al entrenamiento en inoculación de estrés, los dos estudios llevados a cabo por Foa et al. (1991, 1999a) demuestran que si bien es una técnica efectiva para el TEP, la exposición parece ser superior a medio plazo en el tratamiento del TEP y a largo plazo en medidas de ansiedad y ajuste social.

9.2.3. TERAPIA COGNITIVA

Las terapias cognitivas intentan examinar pensamientos irracionales y disfuncionales, dotando al paciente de habilidades para su corrección (Báguena, 2001; Bryant, 2000; Solomon & Johnson, 2002). Hay muy pocas investigaciones en este campo debido a que la mayoría de los programas que utilizan terapia cognitiva para el tratamiento del TEP, incluyen también terapia de exposición (Bryant, 2000).

El estudio ya revisado de Marks et al. (1998) indica que la reestructuración cognitiva es eficaz para el tratamiento del TEP, si bien al tercer y al sexto mes de seguimiento, la exposición se mostró levemente superior a la reestructuración cognitiva.

No obstante, el estudio de Tarrrier et al. (1999) indica que la terapia cognitiva genera mejorías significativas en los participantes en todas las medidas realizadas, tanto en el postratamiento como en el seguimiento de 6 meses, sin haber diferencias significativas entre ésta y la terapia de exposición.

9.2.4. TERAPIAS MULTICOMPONENTES

Muchos investigadores han apostado por la combinación de técnicas de intervención para el tratamiento del TEP, en un intento por lograr resultados superiores a los que se encuentran al utilizar técnicas aisladas.

Resick & Schnicke (1992) compararon los resultados de una terapia cognitivo conductual, que incluía reestructuración cognitiva y exposición por escrito, aplicada a 19 víctimas de violación, con los de un grupo de 20 mujeres en lista de espera. El programa de tratamiento, constó de 12 sesiones que se llevaban a cabo de manera grupal y con una frecuencia semanal. Los resultados

indican que la terapia cognitivo conductual fue superior al grupo control en las medidas de estrés postraumático y de síntomas depresivos en el postratamiento, manteniéndose los resultados en el seguimiento de tres y seis meses.

Por su parte, Fecteau & Nicki (1999), asignaron a 20 pacientes aquejados de trastorno de estrés postraumático debido a accidentes de tránsito, a dos condiciones: a) Terapia cognitivo conductual (entrenamiento en relajación, exposición y reestructuración cognitiva) y b) Control de lista de espera. La intervención consistió en 4 sesiones individuales, de 2 horas de duración cada una, con una periodicidad semanal. Los resultados encontrados a los seis meses de seguimiento indican que la terapia cognitivo conductual fue significativamente superior al control de lista de espera.

Los dos estudios ya revisados de Echeburúa et al. (1996b, 1997c), comparan la terapia cognitivo conductual con el entrenamiento en relajación, encontrándose en ambos resultados superiores para la terapia cognitivo conductual.

La investigación llevada a cabo por Marks et al. (1998) encuentra que la combinación de exposición y reestructuración cognitiva es igual de efectiva que la aplicación de cada técnica por separado.

El trabajo de Foa et al. (1999a) conduce a los mismos resultados que el anterior, la combinación de exposición prolongada y de entrenamiento en inoculación de estrés no produce mejores resultados que la aplicación de cada uno por separado; es más, la exposición prolongada fue superior al entrenamiento en inoculación de estrés y a la combinación de ambos al comparar los niveles de ansiedad y de ajuste social. Asimismo, la investigación comentada por Foa (2000), indica, que por lo menos en cuanto a resultados preliminares, la terapia de exposición es superior a la terapia de exposición más reestructuración cognitiva, con un porcentaje mayor de recuperación de sintomatología postraumática para la exposición (52%) que para su combinación con terapia cognitiva (14%).

Asimismo, Glynn et al. (1999), asignaron de manera aleatoria a 42 ex combatientes que padecían TEP crónico a una de tres condiciones: a) 18 sesiones de terapia cognitivo conductual (exposición prolongada en la imaginación y reestructuración cognitiva), b) 18 sesiones de terapia cognitivo conductual (exposición prolongada en la imaginación y reestructuración cognitiva), más 16 sesiones de terapia familiar conductual (psicoeducación, entrenamiento en comunicación, manejo de la ira y entrenamiento en solución de problemas), y c) Control de lista de espera. Los tratamientos se llevaron a cabo de manera individual, salvo para las 16 sesiones de terapia familiar conductual que se realizaban en conjunto con un familiar del excombatiente, en general su cónyuge o pareja. Los resultados indican que la terapia cognitivo conductual redujo de manera significativa los síntomas positivos del TEP (reexperimentación e hiperactivación) manteniéndose estos cambios

a los 6 meses de seguimiento, y que la terapia familiar conductual no contribuye a la reducción de ningún tipo de síntoma.

En la misma línea se encuentra el trabajo de Paunovic & Öst (2001), descrito en detalle en el apartado de terapia de exposición, que apunta a que tanto la exposición como la terapia cognitivo conductual, que incluye exposición, producen mejorías significativas en los sujetos en todas las variables evaluadas, tanto en el postratamiento como a los 6 meses de seguimiento, sin haber diferencias significativas entre las modalidades de intervención.

El trabajo de Resick et al. (2002) es el único que encuentra que una terapia multicomponente es superior a la terapia de exposición, si bien no en los síntomas de TEP, sí en las ideas de culpa y en el estado final de funcionamiento de las participantes al seguimiento.

Finalmente, el trabajo de Kubany, Hill & Owens (2003), descrito en el capítulo 5, sobre tratamiento en mujeres víctimas de violencia doméstica que han desarrollado TEP, encuentra que la terapia multicomponente es superior a una lista de espera y produce mejorías clínicas y estadísticamente significativas en todas las variables evaluadas, esto es, TEP, depresión, autoestima, vergüenza y culpa, resultados que se mantienen a los 3 meses de seguimiento.

En resumen, la terapia cognitivo conductual, o terapia multicomponente ya que emplea técnicas de exposición, reestructuración cognitiva y en ocasiones entrenamiento en relajación, es más efectiva que la ausencia de tratamiento (Fecteau & Nicki, 1999; Resick & Schnicke, 1992; Kubany, Hill & Owens, 2003) y que el entrenamiento en relajación (Echeburúa et al., 1996b, 1997c). Sin embargo, si se compara la terapia de exposición con una terapia multicomponente que la incluya y agregue otras técnicas (exposición y reestructuración cognitiva, exposición y entrenamiento en inoculación de estrés, exposición y terapia cognitivo conductual que incluye exposición) no se encuentran diferencias significativas (Foa et al., 1999a; Marks et al., 1998; Paunovic & Öst, 2001). Tampoco se las encuentra al comparar la terapia cognitivo conductual con terapia cognitivo conductual más terapia familiar conductual (Glynn et al., 1999). Al parecer no habría beneficios adicionales al emplear una terapia multicomponente en vez de sus técnicas por separado, salvo para las ideas de culpa y el estado de funcionamiento general.

Una explicación para este hecho puede tener que ver con el mayor número y extensión de las sesiones de programas aislados, como exposición y reestructuración cognitiva, en comparación con los programas en que se combina estas técnicas (Foa, 2000). Por ejemplo, al combinar terapia de exposición y terapia cognitiva y compararla con dichos programas por separado, los pacientes, en el programa multicomponente, suelen recibir la mitad de las sesiones de exposición que reciben aquellos a los que sólo se les administra exposición, y la mitad de las sesiones de reestructuración cognitiva que aquellos pacientes a los que sólo se les aplica reestructuración cognitiva.

9.2.5. TERAPIA DE REPROCESAMIENTO Y DESENSIBILIZACIÓN POR MOVIMIENTOS OCULARES

Esta técnica novedosa y controvertida ha generado mucha investigación en los 10 últimos años, tanto por sus partidarios como por sus detractores. Debido a ello parece pertinente, más que hacer una revisión de las investigaciones bien controladas llevadas a cabo en el área, hacer alusión a los resultados de un meta-análisis realizado recientemente.

Davidson & Parker (2001) hacen una revisión meta-analítica de 34 estudios acerca de la eficacia de la terapia de reprocesamiento y desensibilización por movimientos oculares (TRDMO), en comparación con grupos controles de lista de espera u otro tipo de intervención psicológica, incluyendo exposición, en vivo o en la imaginación, y formas modificadas de la TRDMO. Los resultados indican que cuando la TRDMO es comparada con ausencia de tratamiento y con terapias no específicas, sus resultados son superiores, sin embargo, cuando la TRDMO es comparada con terapias de exposición, ya sea en la imaginación o en vivo, no se encuentran diferencias significativas entre ambas. Asimismo, no se encuentran diferencias significativas al comparar la TRDMO con sus variantes en que hay ausencia de movimientos oculares, por lo que los autores concluyen que éstos son innecesarios en la técnica.

Así, esta técnica no sólo carece de un sustrato teórico sólido, sino que también, como plantean Rosen et al. (1999) lo que es efectivo en esta terapia no es nada nuevo (la exposición) y lo que es nuevo no es efectivo (los movimientos oculares).

9.3. ESTUDIOS META-ANALÍTICOS ACERCA DE LA EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES EN EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Si bien los estudios meta-analíticos han sido criticados entre otras razones, por el sesgo en la selección de las investigaciones revisadas, la variedad en el rigor metodológico de las mismas, el énfasis en las relaciones entre variables individuales y la mezcla de estudios que miden de manera muy distinta las variables dependientes e independientes (Rosenthal & DiMatteo, 2001), este tipo de estudios es en la actualidad una herramienta muy buena para examinar de manera exhaustiva el conjunto de conocimientos existentes sobre un fenómeno determinado y obtener, de este modo, un resumen e integración objetivo de la información disponible.

En este momento se han llevado a cabo tres estudios meta-analíticos sobre la efectividad de las intervenciones en el TEP. Dos de ellos se encuentran publicados y a continuación se describen sus resultados.

Van Etten & Taylor (1998) revisaron 61 ensayos clínicos correspondientes a 39 estudios de tratamiento del TEP crónico. Utilizaron como criterios de inclusión: a) Todos los participantes de las investigaciones cumplieran criterios DSM-III, DSM-III-R o DSM-IV para TEP crónico, b) En cada ensayo debía haber 5 o más participantes, c) Se disponía de suficiente información para calcular el tamaño del efecto de cada investigación, d) Los resultados consistían en medidas de autoinforme o de observación por terceros acerca de intrusión, evitación, TEP global, depresión y ansiedad, y e) Los instrumentos utilizados para evaluar dichas variables poseían propiedades psicométricas adecuadas. Las investigaciones fueron clasificadas en: 1) Terapias farmacológicas, 2) Terapias psicológicas, y 3) Controles (listas de espera o placebos).

Los resultados del meta-análisis indican que las terapias psicológicas tienden a ser más efectivas que las farmacológicas, y ambas más efectivas que los controles. En cuanto a adherencia al tratamiento, nuevamente las terapias psicológicas son las más efectivas, con un 14% de abandonos, en comparación con un 31.9% de abandonos producidos en las terapias farmacológicas y un 16.6% en los controles. Dentro de las terapias psicológicas, la terapia conductual -categoría con la que los autores denominan tanto a la terapia de exposición como al entrenamiento en inoculación de estrés- y la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares, fueron las más efectivas tanto al postratamiento como en los seguimientos, con el mismo grado de eficacia, si bien la terapia conductual fue la más efectiva, en comparación con todos los tratamientos analizados, en cuanto a los síntomas globales de TEP, medidos a través de la observación de terceros (Van Etten & Taylor, 1998). La tabla 9.2. ofrece un resumen de los resultados del meta-análisis recién comentado.

TABLA 9.2. Resumen de resultados del meta-análisis de Van Etten & Taylor (1998)

TRATAMIENTO	Nº DE ENSAYOS	% DE ABANDONOS	TAMAÑO DEL EFECTO TEP GLOBAL		TAMAÑO DEL EFECTO ANSIEDAD		TAMAÑO DEL EFECTO DEPRESIÓN	
			Autoinforme	Observación	Autoinforme	Observación	Autoinforme	Observación
			Farmacológico	19	31.9	0.69	1.05	0.61	0.64	0.65	0.72
Psicológico	27	14.0	1.17	1.51	1.04	1.47	1.00	-
Control	14	16.6	0.43	0.81	0.17	0.38	0.23	0.36

Según Hembree & Foa (2000), un problema de la revisión meta-analítica realizada por Van Etten & Taylor es que no considera la calidad metodológica de los estudios empleados para llevar a cabo la revisión. Para paliar estas críticas, Tolin conduce otro meta-análisis, pero incluye sólo estudios que cuenten con cierto nivel metodológico definido por las “reglas de oro” propuestas por Foa & Meadows (1997). Los resultados indican que cuando la calidad metodológica es tenida en cuenta, la terapia de exposición presenta un tamaño del efecto mayor al seguimiento que la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (Tolin, 1999; citado en Hembree & Foa, 2000).

Por su parte, Sherman (1998), revisa 17 estudios acerca de tratamiento psicológico para el TEP en diversas víctimas, 11 estudios se llevaron a cabo con excombatientes, 4 con mujeres víctimas de asalto o violación y 2 con víctimas de accidentes de tránsito, crimen violento, abuso en la infancia o pérdida traumática de un ser querido. La mayoría de los estudios utiliza algún tipo de técnica de exposición (15 de 17). Los criterios de inclusión de las investigaciones revisadas fueron: a) Los participantes en los estudios debían cumplir criterios DSM-III, DSM-III-R o DSM-IV para TEP, b) Las investigaciones debían tener algún grupo de comparación, c) Debía haber información para calcular tamaños del efecto, y d) Se debían haber tomado medidas objetivas al pre y postratamiento.

El tamaño del efecto al postratamiento varía entre .03 y 8.4, y entre los 12 estudios que presentaban resultados de evaluaciones de seguimiento, entre -.25 y 1.69, lo que sugiere que la magnitud de la mejoría debido a la intervención psicoterapéutica es moderada y que los tratamientos psicológicos son efectivos para reducir síntomas de TEP, ansiedad y depresión, manteniéndose los cambios en los seguimientos. Se debe destacar que los efectos más importantes encontrados se dan sobre los síntomas de reexperimentación y evitación (Sherman, 1998). La tabla 9.3. presenta en detalle los tamaños del efecto para cada variable medida.

TABLA 9.3. Tamaños del efecto para cada variable del meta-análisis de Sherman (1998)

VARIABLE	POSTRATAMIENTO <i>d</i>	<i>R</i>	SEGUIMIENTOS <i>d</i>	<i>r</i>
Reexperimentación	.62 (.43-.80)	.30	.97 (.76-1.2)	.44
Evitación	.79 (.58-1.0)	.37	.76 (.55-.97)	.35
Hiperactivación	.58 (.38-.79)	.28	.79 (.56-1.0)	.37
Ansiedad	.53 (.35-.72)	.26	.88 (.65-1.1)	.40
Depresión	.55 (.35-.75)	.27	.65 (.42-.88)	.31

9.4. CONCLUSIONES ACERCA DE LOS ESTUDIOS SOBRE TRATAMIENTO

Las terapias psicológicas son relativamente eficaces en el tratamiento del TEP, con tamaños del efecto mayores en el seguimiento que en el postratamiento, lo que avala el proceso de aprendizaje subyacente a la intervención psicológica. A pesar de la eficacia moderada de las terapias psicológicas, hay superioridad respecto a las terapias farmacológicas, única alternativa clínica viable, que por tanto queda descartada.

Dentro de las terapias psicológicas, parece ser que la exposición es la terapia que ha demostrado ser más efectiva en el tratamiento del trastorno. Si bien la terapia de reprocesamiento y desensibilización por movimientos oculares, parece arrojar los mismos resultados que la terapia de exposición, cuenta con escaso apoyo teórico y no presenta ventajas clínicas frente a la exposición, lo que cuestiona su uso.

Con respecto al resto de las intervenciones psicológicas, claramente el entrenamiento en relajación es descartado por su inferioridad frente a otras técnicas, lo mismo que la inoculación de

estrés, que parece ser un programa demasiado extenso y complejo, que no aporta resultados superiores a los de la exposición e incluso, en algunos casos, sus resultados se han mostrado inferiores.

En cuanto a las técnicas cognitivas y a los programas multicomponentes (principalmente exposición y reestructuración cognitiva), se observa que las investigaciones publicadas hasta la fecha no son claras respecto a la eficacia de los distintos componentes terapéuticos, algunas señalan que tanto la exposición como los componentes cognitivos son eficaces, sin haber diferencias significativas entre ellos, y otras (un gran número) que la exposición es por sí sola efectiva para tratar este trastorno, sin necesidad de utilizar componentes cognitivos. Sin embargo, la mayoría de las intervenciones en el área mezcla ambos componentes en un mismo protocolo de tratamiento y las diversas teorías que explican el TEP avalan esta decisión. No obstante, con el estado actual de conocimientos en el área, no se puede establecer la contribución de cada componente terapéutico al resultado final de aquellas intervenciones multicomponentes. Es claro que la exposición funciona, pero no es tan claro qué otros componentes sí lo hacen, ni de qué manera.

Si no hay claridad respecto a que un tratamiento multicomponente sea superior a la exposición, ¿Para qué llevar a cabo un programa de tratamiento más largo? Es cierto que parece más tranquilizador, pero quizás sólo se trate de eso, de una señal de inseguridad del terapeuta que quiere utilizar todas las técnicas disponibles para asegurar la eficacia de su intervención.

El problema parece ser que no sólo no se sabe cuál es la contribución de cada técnica en un programa multicomponente, sino que, dado que se desconoce el proceso que subyace a la eficacia de cada técnica, es difícil establecer un programa terapéutico modelo.

En otro orden de cosas, cabe destacar, que la gran mayoría de las investigaciones bien controladas se ha llevado a cabo en víctimas de agresiones sexuales o violación, unas pocas en veteranos de guerra y en distintos tipos de víctimas, habiendo casos aislados de investigaciones en víctimas de accidentes de tránsito, refugiados y víctimas de violencia doméstica, lo que no permite generalizar los resultados obtenidos a todo el que desarrolle TEP, en concreto a este último tipo de víctimas, que es la población estudiada en este trabajo.

Del mismo modo, hay disparidad en los seguimientos llevados a cabo en las investigaciones, algunos de los cuales sólo llegan a los 3 meses o 3 meses y medio, otros hasta los 6 meses y unos pocos hasta el año, como sería recomendable, para tener una idea más clara del mantenimiento de los cambios a largo plazo.

Finalmente, el escaso número de los participantes en los estudios, la mayoría de los cuales no alcanza los 15 sujetos por grupo, puede debilitar la potencia de las investigaciones, dificultando que se encuentren diferencias significativas entre modalidades de intervención.

**TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN
MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA**

10.

PROPUESTA DE PROGRAMA DE TRATAMIENTO

10.1. CONSIDERACIONES PREVIAS

Como se ha visto en el capítulo 3, la violencia doméstica produce serias consecuencias en la salud mental de sus víctimas. Entre las principales se encuentran el trastorno de estrés postraumático, depresión, abuso o dependencia de sustancias, baja autoestima, cogniciones postraumáticas, déficit en solución de problemas, inadaptación y suicidio o ideación suicida. De todos estos problemas los más importantes, debido a su elevada frecuencia, son el TEP y la depresión, que se encuentran en promedio en tasas de prevalencia de un 63.8% y un 47.6%, respectivamente (Golding, 1999).

A pesar de ello, las investigaciones específicas de tratamiento para mujeres víctimas de violencia doméstica son escasas y suelen evaluar variables cuya relación con el problema no es importante, dejando de lado la evaluación del TEP y la depresión. Asimismo, presentan grandes problemas metodológicos, como la ausencia de instrumentos válidos y fiables en la evaluación, ausencia de seguimientos a largo plazo, ausencia de grupos control o cuasi control, etc. (Abel, 2000). Tampoco se describen con detalle las técnicas empleadas, las que se utilizan no se deducen de un marco de referencia claro ni guardan relación con modelos teóricos sólidos.

Esto último puede deberse a que los principales modelos que han orientado las intervenciones con víctimas de malos tratos, son modelos explicativos del problema de la violencia doméstica, esto es, modelos que intentan dar cuenta del por qué de la conducta violenta del agresor y/o del mantenimiento de la víctima en la situación de violencia, centrándose en variables del agresor, de la víctima y/o de la relación que permitan explicar el fenómeno. De este modo, se ha intentado modificar habilidades de comunicación, de resolución de problemas, autoestima, etc., de la víctima, en un intento de evitar su “recaída” en una relación violenta, en definitiva, se ha hecho un esfuerzo por modificar características de las víctimas que se suponen actúan como causas de la violencia doméstica.

Otras intervenciones, no se han basado en modelos teóricos de ningún tipo y con gran pragmatismo, han querido abordar sólo las consecuencias de la violencia doméstica en sus víctimas.

Entre las intervenciones que abordan las consecuencias de la violencia doméstica, son pocas las que se centran en el TEP, a pesar de que parece ser el diagnóstico que mejor describe el conjunto de síntomas que padecen las mujeres maltratadas.

El estado actual de conocimientos acerca de este trastorno, permite afirmar que las terapias psicológicas son relativamente eficaces en el tratamiento del TEP y, dentro de ellas, la terapia de exposición ha demostrado ser la más efectiva en el tratamiento del trastorno. Sin embargo, la mayoría de las intervenciones para el tratamiento del TEP –llevadas a cabo en víctimas distintas a las de violencia doméstica– mezcla componentes cognitivos y de exposición en un mismo protocolo de tratamiento y las teorías que explican el trastorno apoyan esta decisión.

Asimismo, la mayoría de las intervenciones terapéuticas realizadas se ha llevado a cabo en víctimas de agresiones sexuales o violación, veteranos de guerra y en distintos tipos de víctimas, (víctimas de accidentes de tránsito, víctimas de asalto, etc.), pero no en víctimas de violencia doméstica, lo que no permite generalizar los resultados obtenidos a ellas.

Las víctimas de violencia doméstica que desarrollan TEP presentan ciertas características específicas en cuanto a los síntomas postraumáticos y a otros problemas psicopatológicos desarrollados. Un estudio llevado a cabo por Echeburúa, Corral & Amor (1998), encuentra que la inadaptación a la vida cotidiana es mucho más marcada en víctimas de violencia doméstica que en víctimas de agresiones sexuales, así como también la aparición de depresión. A su vez, las víctimas de agresiones sexuales presentan mayores niveles de ansiedad. Los síntomas más frecuentes encontrados en las víctimas de violencia doméstica fueron: Recuerdos intrusivos, malestar psicológico intenso al recordar el maltrato, pérdida de interés en actividades que antes eran significativas y sensación de futuro desolador, todos ellos presentes en más del 75% de las mujeres que desarrollaron TEP o su subsíndrome. Asimismo, entre el 50% y el 75% de ellas presentaba malestar fisiológico intenso al recordar el maltrato, evitación de pensamientos y sentimientos asociados al maltrato, sensación de distanciamiento respecto a los demás, insomnio, irritabilidad y dificultades de concentración (Echeburúa, Corral & Amor, 1998). Estos resultados coinciden con los hallados en una muestra de 100 mujeres australianas víctimas de violencia doméstica, cuyos síntomas más frecuentes fueron: Recuerdos intrusivos sobre el maltrato, evitación de pensamientos y sentimientos acerca del maltrato y dificultad para conciliar o mantener el sueño (Mertin & Mohr, 2000).

Asimismo, la violencia doméstica se diferencia de otro tipo de sucesos traumáticos por darse en el lugar que se supone fuente de seguridad y protección, el hogar, lo que desestructuraría más la visión del mundo como un lugar seguro y organizado en este tipo de víctimas. Por ello se cuestiona que el empleo exclusivo de técnicas de exposición valga como herramienta terapéutica eficaz, no sólo por la necesidad de abordar la visión que tiene la víctima de sí y su entorno, sino porque aspectos como la organización de una nueva red de contactos y recursos parecen también necesarios por las condiciones de aislamiento a la que la víctima se ha encontrado sometida, y por los cambios de domicilio e incluso de situación laboral a la que se enfrenta, en la mayoría de las ocasiones, tras abandonar al agresor.

A partir de estas consideraciones, se ha visto la necesidad de desarrollar un programa terapéutico para víctimas de violencia doméstica que: a) Considere el desarrollo del TEP en este tipo de víctimas, b) Incluya técnicas de exposición, pero también técnicas cognitivas, y c) Tenga en cuenta las necesidades de adaptación al medio a que se ven enfrentadas las mujeres en esta situación, tras dejar al agresor.

De este modo, el programa de intervención que a continuación se presenta, se basa por una parte, en los resultados experimentales encontrados en las intervenciones que se han llevado a cabo en víctimas de violencia doméstica y en personas aquejadas de TEP, y por otra, en un modelo teórico sólido, no acerca de la violencia doméstica, sino, lo que se cree más adecuado, acerca del trastorno de estrés postraumático, que es el objetivo directo que se abordará en esta investigación. El modelo al que se alude es la Teoría de la Representación Dual de Brewin, debido a que, como se ha visto en el capítulo 8, es el modelo que parece más adecuado para dar cuenta del trastorno.

10.2. PROPUESTA DE PROGRAMA DE TRATAMIENTO

El programa de tratamiento que se ha elaborado y puesto a prueba en esta investigación consta de cuatro componentes: 1) Psicoeducación, 2) Entrenamiento en control de la activación, 3) Terapia cognitiva, y 4) Terapia de exposición.

Se trata de un programa de tratamiento grupal, debido a que se ha planteado que esta modalidad presenta ciertas ventajas en este tipo de víctimas, al permitir a las participantes darse cuenta que hay otras mujeres en su situación, que sus reacciones frente a lo ocurrido son normales, crear redes de apoyo social y aprender de las experiencias de sus compañeras de grupo.

El primer componente, *psicoeducación*, es un elemento clave de cualquier programa de tratamiento con víctimas de violencia doméstica, porque permite a la mujer entender qué es lo que le está pasando y cómo puede establecer un marco de referencia para orientar su actuación. En este caso específicamente se trata de entregar información a las participantes acerca de la violencia doméstica (ciclo y escalada), de las consecuencias de la misma, explicar los objetivos terapéuticos y el programa de tratamiento que se realizará.

El segundo componente, *entrenamiento en control de la activación*, tiene por objetivo lograr disminuir la activación fisiológica que presentan las víctimas, mejorando su calidad de sueño, su capacidad de concentración y disminuyendo sus niveles de irritabilidad y respuestas de alarma exagerada en los casos en que estos síntomas están presentes. Se aplica a través del entrenamiento en control de la respiración, debido a que es una técnica de fácil aplicación, que se entrena con rapidez (en una sola sesión) y que, debido a sus también rápidos resultados, puede aumentar la motivación de las participantes en el tratamiento.

El tercer componente, *terapia cognitiva*, tiene como objetivo trabajar aquellas emociones secundarias que se derivan de la evaluación que las víctimas hacen de la situación de violencia doméstica que han vivido, la idea es trabajar ideas de culpa, desesperanza, autoestima disminuida (muy relacionada con las ideas de culpa), etc. Para ello se emplean: a) Detención de pensamiento, b) Reevaluación cognitiva, y c) Entrenamiento en solución de problemas.

El cuarto y último componente, *terapia de exposición*, tiene como objetivo eliminar el miedo y la ansiedad que se deriva directamente de la experiencia de violencia doméstica que han vivido las víctimas. Se lleva a cabo principalmente a través de exposición prolongada en la imaginación y por escrito, pero en los casos en que es factible también se lleva a cabo en vivo, esto es, en aquellos casos en que no hay peligro para la víctima ni posibilidad de recondicionamiento.

Así, además de tratar los síntomas postraumáticos (reexperimentación, evitación y aumento de la activación) con técnicas de desactivación y exposición, se tratan las ideas y sentimientos desarrollados tras la vivencia de la experiencia de violencia doméstica y se dota a la víctima de habilidades que le permiten adaptarse al medio que le toca enfrentar tras la ruptura con el agresor, a través de técnicas como la detención de pensamiento, la reevaluación cognitiva y el entrenamiento en solución de problemas.

La selección de los componentes terapéuticos no es aleatoria, sino que responde a los planteamientos realizados por Brewin al desarrollar la Teoría de la Representación Dual. El autor plantea que los tratamientos que sólo involucren exposición a las memorias traumáticas, servirán para extinguir las reacciones emocionales experimentadas durante el trauma (miedo), mientras que las reacciones emocionales secundarias que se derivan de la evaluación consciente del evento traumático (culpa, desesperanza o indefensión) responderán a técnicas de terapia cognitiva (Brewin, Dalgleish & Joseph, 1996).

Asimismo, el orden de aplicación ideal de estos componentes en el programa de tratamiento también responde a fundamentos teóricos, y es el mismo que se ha seguido en su descripción: Psicoeducación y entrenamiento en relajación, en primer lugar, seguido de terapia cognitiva y, por último, terapia de exposición. Esto debido a que la efectividad de la exposición será mayor cuando al recordar el trauma, en este caso los episodios de violencia doméstica, no se

activen emociones secundarias como la culpa o la desesperanza, que puedan bloquear la habituación al miedo, e incluso dificultar el procesamiento de estos recuerdos por la memoria verbalmente accesible, por lo que se sugiere que estas emociones negativas secundarias deben ser tratadas con técnicas cognitivas antes de usar el tratamiento de exposición (Brewin, Dalgleish & Joseph, 1996).

Finalmente, la idea que subyace a todo este planteamiento ha sido la búsqueda de un proceso de actuación, deducido teóricamente y sometido a prueba experimental.

PARTE EMPÍRICA

11.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

11.1. INTRODUCCIÓN

El estado actual de conocimientos sobre el trastorno de estrés postraumático indica que las terapias de elección para el mismo suelen ser la terapia de exposición, el entrenamiento en técnicas para el control de la ansiedad y la reestructuración cognitiva (Richards & Lovell, 1999). Asimismo, se sabe que los tratamientos psicológicos probablemente eficaces son la terapia de exposición, el entrenamiento en inoculación de estrés y la terapia de reprocesamiento y desensibilización por movimientos oculares (Labrador, Echeburúa & Becoña, 2000), si bien esta última cuenta con un apoyo teórico escaso y no presenta ventajas frente al empleo de la exposición.

En relación con las víctimas de violencia doméstica que desarrollan este trastorno hay dos datos claros e importantes: 1) La cifra de prevalencia es elevada, desde 31% a 84.4%, con una media ponderada de 63.8%, y 2) El desarrollo de programas de tratamiento específicos para tratar el trastorno de estrés postraumático, en este tipo de víctimas, es escaso.

Además, y con respecto a la evaluación de la eficacia de las intervenciones, la mayoría de las investigaciones en el área centran la evaluación del cambio terapéutico en variables como la autoestima, la ansiedad y/o la depresión y no en la sintomatología de estrés postraumático propiamente tal, y suelen tener problemas metodológicos importantes como ausencia de grupos de control o cuasi control, ausencia de seguimientos y escasa formación terapéutica de los profesionales que llevan a cabo los programas de tratamiento (Abel, 2000).

Entre los intentos más interesantes de abordar el tratamiento de las víctimas de violencia doméstica en relación a su sintomatología postraumática, destacan dos trabajos: 1) El desarrollado en la Universidad del País Vasco por Echeburúa y su equipo (Echeburúa et al., 1996a), y 2) El trabajo publicado recientemente por Kubany, Hill & Owens (2003). En ambos casos se trata de un programa de intervención bien diseñado y protocolizado, que emplea instrumentos de evaluación válidos y fiables, tanto para la inclusión de las participantes en el programa como para evaluar sus resultados al postratamiento y en los seguimientos, que en el caso del trabajo del equipo de Echeburúa et al. se llevaron a cabo hasta un año después de haber finalizado la intervención.

El programa propuesto por el equipo de Echeburúa se divide en: a) Expresión emocional, b) Reevaluación cognitiva, y c) Entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento (relajación, solución de problemas, recuperación de actividades gratificantes, exposición y distracción cognitiva). El programa elaborado por Kubany, Hill & Owens, se compone de:

a) Psicoeducación acerca del TEP y de las técnicas que se emplearían en la terapia, b) Psicoeducación en manejo del estrés y entrenamiento en relajación muscular progresiva, c) Exposición, d) Terapia cognitiva (especialmente orientada a tratar las ideas de culpa), e) Entrenamiento en asertividad, f) Entrenamiento en manejo de encuentros con el agresor, g) Entrenamiento en autocuidado y autodefensa, y h) Entrenamiento en evitar la revictimización. Ambos programas muestran resultados clínicos y estadísticamente significativos al postratamiento y en los seguimientos, no sólo en TEP, sino también en el resto de las variables evaluadas (depresión, autoestima, etc.). Sin embargo, a pesar de los resultados, no está claro el fundamento o marco teórico a partir del cual se han desarrollado estos programas de intervención.

Por ello, parece conveniente diseñar un programa terapéutico que responda a un marco teórico sólido y no sólo a los hallazgos empíricos respecto al TEP y a este tipo de víctimas. En este sentido, el programa de tratamiento diseñado y puesto a prueba en esta investigación, responde a lo planteado en la Teoría de la Representación Dual del TEP, por Brewin y colaboradores: La exposición sería clave en el proceso de recuperación de cualquier víctima que haya desarrollado TEP, y es entendida como un procedimiento para facilitar el reprocesamiento y el paso de los contenidos almacenados en la memoria situacionalmente accesible a la verbalmente accesible (Brewin, 1989; Brewin, Dalgleish & Joseph, 1996; Brewin, 2001).

Este punto de partida diferente es importante a la hora de tratar de explicar el valor de los distintos componentes de los paquetes terapéuticos y sus objetivos. Los programas de tratamiento desarrollados por Echeburúa et al. y por Kubany, Hill & Owens, parecen abordar la exposición como un componente más del paquete terapéutico, sin darle un espacio especial, espacio que, debido a los hallazgos experimentales, parece que debe tener en cualquier intervención orientada a tratar el TEP. Asimismo, en el programa propuesto por Echeburúa et al. la exposición se considera como una habilidad específica de afrontamiento que le permitirá a las víctimas, sólo en los casos que sea necesario, lidiar con conductas de evitación. En el caso del programa propuesto por Kubany, Hill & Owens, la exposición se aplica en el inicio de la intervención y no parece tratarse de exposición a los recuerdos del suceso traumático, si no más bien de tareas de exposición a situaciones similares a las vividas por las víctimas (fotografías y películas de violencia doméstica).

De este modo, la forma y el momento en que se lleva a cabo la exposición cobran vital importancia, y son algo diferentes en los distintos programas terapéuticos. Si el objetivo de la exposición es reprocesar todas las memorias no verbales, será necesario exponer a la víctima a todos los “puntos calientes” de la memoria del trauma para que se produzca un reprocesamiento adecuado. También desde este marco teórico, Teoría de la Representación Dual del TEP, se considera necesaria la intervención cognitiva previa a la exposición, a fin de que la persona pueda entender sus síntomas y reducir las respuestas emocionales secundarias. Sólo después de esta

reducción en las respuestas emocionales se podría llevar a cabo un reprocesamiento más adecuado cuando se desarrolle la exposición.

Por otra parte, ambos programas terapéuticos se han llevado a cabo en modalidad individual, dejando de lado las ventajas que puede suponer para las participantes desarrollar la intervención en grupo: a) Contrastar su experiencia al conocer a otras mujeres en la misma situación y darse cuenta de que sus reacciones frente a lo vivido no son anormales, b) Disponer de apoyo emocional y de la posibilidad de construir una red de apoyo social que les ayude a salir de su aislamiento, c) Aprender de la experiencia de otras participantes estrategias específicas que pueden utilizar para hacer frente al problema y llegar a independizarse del agresor.

Finalmente, es de vital importancia en una intervención con víctimas de violencia doméstica, no sólo lograr la mejoría en términos de TEP, sino también promover la readaptación de la mujer a su medio, en todos los ámbitos de su vida, por lo que es necesario tener en cuenta estos aspectos en el proceso de evaluación.

11.2. OBJETIVOS

Debido a lo recién mencionado los objetivos de esta investigación son:

1. Establecer un programa de tratamiento breve y eficaz para mujeres víctimas de violencia doméstica que sufren trastorno de estrés postraumático.
2. Establecer la eficacia diferencial de dos programas breves de tratamiento que tienen idénticos componentes, pero que varían en el orden de intervención. Esto es, comparar un programa de tratamiento en el que se abordan primero los componentes cognitivos y luego la exposición, con uno en el que se hace lo contrario.

11.3. HIPÓTESIS

Las hipótesis son:

H₁: Si los dos tratamientos experimentales son más eficaces que el no tratamiento, entonces:

H_{1a}: Habrá un grado significativamente mayor de remisión de síntomas del trastorno de estrés postraumático, en las participantes asignadas a la condición experimental que en las asignadas al grupo control.

H_{1b}: Habrá un grado significativamente mayor de remisión de síntomas de depresión, en las participantes asignadas a la condición experimental que en las asignadas al grupo control.

- H_{1c}: Habrá una mejoría significativa del nivel de autoestima de las participantes asignadas a la condición experimental que de las asignadas al grupo control.
- H_{1d}: Habrá un grado significativamente mayor de mejoría en el funcionamiento o adaptación (trabajo, vida social, actividades de ocio, relación de pareja y vida familiar, así como de adaptación en general) de las participantes asignadas a la condición experimental que en el de las asignadas al grupo control.
- H_{1e}: Habrá un grado significativamente mayor de remisión de cogniciones postraumáticas, en las participantes asignadas a la condición experimental que en las asignadas al grupo control.
- H₂: Si, de acuerdo con la propuesta de Brewin, para obtener mejores resultados en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático es necesario trabajar los componentes cognitivos antes de abordar la exposición, entonces habrá un grado significativamente mayor de remisión de síntomas del trastorno de estrés postraumático en las participantes asignadas al grupo experimental de terapia cognitiva + terapia de exposición, que en aquellas asignadas al grupo experimental de terapia de exposición + terapia cognitiva; en el postratamiento y en los seguimientos.
- H₃: Si la remisión de síntomas postraumáticos se asocia de alguna manera con la mejoría en variables de adaptación y sintomatología concomitante, entonces:
- H_{3a}: Habrá un grado significativamente mayor de remisión de síntomas de depresión, en las participantes asignadas al grupo experimental de terapia cognitiva + terapia de exposición, que en aquellas asignadas al grupo experimental de terapia de exposición + terapia cognitiva; en el postratamiento y en los seguimientos.
- H_{3b}: Habrá una mejoría significativa del nivel de autoestima de las participantes asignadas al grupo experimental de terapia cognitiva + terapia de exposición, que de aquellas asignadas al grupo experimental de terapia de exposición + terapia cognitiva; en el postratamiento y en los seguimientos.
- H_{3c}: Habrá un grado significativamente mayor de mejoría en el funcionamiento o adaptación (trabajo, vida social, actividades de ocio, relación de pareja y vida familiar, así como de adaptación en general) de las participantes asignadas al grupo experimental de terapia cognitiva + terapia de exposición, que en el de aquellas asignadas al grupo experimental de terapia de exposición + terapia cognitiva; en el postratamiento y en los seguimientos.

H_{3d}: Habrá un grado significativamente mayor de remisión de cogniciones postraumáticas, en las participantes asignadas al grupo experimental de terapia cognitiva + terapia de exposición, que en aquellas asignadas al grupo experimental de terapia de exposición + terapia cognitiva; en el postratamiento y en los seguimientos.

H₄: Si la terapia cognitiva es mejor que la exposición para tratar las cogniciones postraumáticas, entonces habrá un grado mayor de remisión de cogniciones postraumáticas en la mitad del tratamiento, en aquellas participantes asignadas al grupo experimental de terapia cognitiva + terapia de exposición, que en aquellas asignadas al grupo experimental de terapia de exposición + terapia cognitiva.

H₅: Si la terapia de exposición es mejor que la terapia cognitiva para tratar la sintomatología de reexperimentación, entonces habrá un grado menor de síntomas de reexperimentación, y éstos serán de menor intensidad, en la mitad del tratamiento, en aquellas participantes asignadas al grupo experimental de terapia de exposición + terapia cognitiva, que en aquellas asignadas al grupo experimental de terapia cognitiva + terapia de exposición.

12.

MÉTODO

12.1. DISEÑO

Diseño cuasi experimental de grupos no equivalentes con medidas repetidas, en el que sólo para la evaluación postratamiento existe una condición control.

12.1.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

La variable independiente es la intervención psicológica, es decir, el programa de tratamiento aplicado a mujeres víctimas de violencia doméstica que sufran trastorno de estrés postraumático. Esta variable asume tres niveles:

1. Terapia cognitiva + Terapia de exposición (Grupo Experimental 1).
2. Terapia de exposición + Terapia cognitiva (Grupo Experimental 2).
3. Grupo control de lista de espera (Grupo Control).

Las mujeres que demandan atención producto de violencia doméstica se encuentran en una situación de urgencia y sufrimiento tal, que no parece ético crear un grupo control estrictamente de lista de espera, retardando así su atención de manera intencionada, ni tampoco asignarlas a una condición de placebo que se sabe no reportará los beneficios esperados tras la intervención.

Por ello, a modo de grupo control, se aprovechó el hecho de que algunas participantes debían pasar por un período de espera entre la evaluación pretratamiento y el inicio de la intervención, ya sea por aguardar a otras participantes para lograr formar el grupo de tratamiento o por razones ajenas a la investigación. Con aquellas participantes en que el tiempo de espera fue similar al tiempo de duración del programa de intervención, es decir, dos meses, se llevó a cabo una segunda evaluación antes de iniciar el tratamiento, en la que se aplicaron los instrumentos de medida de las variables dependientes. Esta segunda evaluación pretratamiento fue considerada, en términos de análisis estadísticos, como un control de lista de espera, con la cautela del caso ya que no se trata de grupos independientes. El objetivo fue ver si el mero paso del tiempo influía en las variables dependientes.

12.1.2. VARIABLES DEPENDIENTES

Resultado de la intervención psicológica

Operacionalmente se mide de dos maneras:

1. Índice Clínico: Variable cuantitativa medida a través de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa et al., 1997b), al postratamiento y en los seguimientos.

Se considerará éxito aquellos casos en que se den diferencias estadísticamente significativas, y además estas diferencias sean también significativas desde el punto de vista clínico, esto es, al finalizar la intervención las participantes no sólo se hayan “mejorado”, sino también “recuperado”, presentando además de una disminución en la sintomatología, un funcionamiento normal en la variable medida, según lo planteado por Jacobson et al. (1999).

2. Adherencia al Tratamiento: Se mide a través de:
 - a) Abandono: Variable cualitativa nominal que toma dos valores:
 - Abandono en algún momento del programa, durante el tratamiento o en el seguimiento.
 - Ausencia de abandono, es decir, se realiza el programa íntegro.
 - b) Comportamiento: Variable cuantitativa medida a través del registro de asistencia de las participantes a sesión.
 - c) Cumplimiento de tareas: Variable cuantitativa medida a través del registro de cumplimiento de tareas de las participantes.

Variables de adaptación y sintomatología concomitante

Para medir estas variables se empleará:

1. Inventario de Depresión de Beck (BDI).
2. Escala de Autoestima de Rosenberg.
3. Escala de Inadaptación (Echeburúa, Corral & Fernández-Montalvo, 2000).
4. Inventario de Cogniciones Postraumáticas (Foa et al., 1999b).

12.1.3. VARIABLES EXTRAÑAS O CONTAMINADORAS

Asignación de las participantes a los grupos experimentales

Por razones ajenas a la investigación, las primeras 13 participantes evaluadas y que cumplían los criterios de inclusión para la investigación, fueron derivadas al grupo experimental 1, es decir, terapia cognitiva + terapia de exposición. Por ello, las siguientes 13 participantes que cumplían los criterios de inclusión para la investigación, fueron derivadas al grupo experimental 2, es decir, terapia de exposición + terapia cognitiva. De ahí en adelante se aplicó la técnica de balanceo según fuente de derivación, ya que la formación de los grupos terapéuticos se hacía en función de la fuente de derivación de las participantes. La idea fue lograr que en cada grupo experimental hubiese aproximadamente el mismo número de participantes por fuente de derivación. En los casos en que los grupos experimentales se encontraban balanceados para una determinada fuente de derivación, los grupos terapéuticos nuevos que surgieron de la misma se asignaron al azar a la modalidad experimental.

Terapeuta

Para controlar esta variable se aplicó la constancia. Las evaluaciones³, el tratamiento y los seguimientos aplicados a todas las participantes de esta investigación, fueron llevados a cabo por la autora de esta tesis doctoral, Psicóloga de la Universidad de Concepción, Chile, con título homologado al de Licenciada en Psicología, por el Ministerio de Educación, Cultura y Deportes de España, según credencial 0058605/2002/H03057.

Otras variables

Asimismo, se midieron variables demográficas (edad, nivel educacional, etc.) y de historia del problema (denuncias realizadas, abandono del hogar, etc.), ya que pueden actuar como variables extrañas. Su control se realizó en el análisis de los resultados.

³ Hay cinco casos que constituyen una excepción ya que estas participantes fueron evaluadas inicialmente por Dña. María Arinero García.

12.2. PARTICIPANTES

Se evaluó a 88 mujeres que eran o habían sido víctimas de violencia doméstica –ya sea física, sexual y/o psicológica– en su relación de pareja. De ellas, 23 participantes fueron derivadas a otros programas de tratamiento porque no cumplían criterios DSM-IV para el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático. De las 65 mujeres que sí tenían TEP⁴, 13 rechazaron el tratamiento por diversas razones, la gran mayoría relacionadas con la imposibilidad de acudir por estar trabajando o no tener con quien dejar a sus hijos, y 2 participantes fueron asignadas a un grupo piloto, cuyos resultados no se consideran.

De este modo la muestra con la que se trabajó estuvo constituida por 50 mujeres que demandaban asistencia psicológica por ser o haber sido víctimas de violencia doméstica en su relación de pareja, cumpliendo criterios DSM-IV para el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático, por este motivo.

La media de edad de las participantes es de 35 años y el rango oscila entre los 16 y los 57 años. El 88% de las participantes no vivía con el agresor, estando solteras, casadas, en trámite de separación, separadas o divorciadas, y el 12% sí lo hacía. La gran mayoría de las participantes, 82%, tenía hijos. El 68% de la muestra consideraba que pertenecía al extracto socioeconómico medio; el 24%, al extracto socioeconómico medio-bajo y el 8% restante, al extracto socioeconómico bajo. El 10% de las participantes tenía estudios primarios incompletos, el 44% los había completado, un 42% tenía estudios secundarios y un 4%, universitarios.

Las participantes fueron derivadas desde: 1) Concejalía de Mujer del Ayuntamiento de Collado-Villalba, 2) Concejalía de Mujer del Ayuntamiento de Leganés, 3) Piso de acogida para víctimas de violencia doméstica dependiente de la Concejalía de Mujer del Ayuntamiento de Toledo, 4) Servicio de Atención a la Víctima de los Juzgados de Coslada, 5) Servicio de Atención a la Víctima de los Juzgados de Móstoles, y 6) Servicio de Atención a la Víctima del Decanato Plaza de Castilla, de la Comunidad Autónoma de Madrid.

En la tabla 12.1. se describen las características sociodemográficas de la muestra.

⁴ Cabe destacar que no se puede hacer una estimación directa de la presencia de TEP en víctimas de violencia doméstica considerando la proporción de 65 sobre 88, ya que de las 88 mujeres que fueron evaluadas, 25 habían sido derivadas a este programa de tratamiento justamente por tener TEP debido a la vivencia de violencia doméstica.

TABLA 12.1. Características sociodemográficas de la muestra

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS		N	%
Edad	11-20	2	4
	21-30	17	34
	31-40	18	36
	41-50	11	22
	51-60	2	4
Estado civil	Soltera	11	22
	Conviviente con pareja estable	3	6
	Casada	19	38
	En trámite de separación/separada/divorciada	17	34
	Viuda	0	0
Número de hijos	Ninguno	9	18
	Uno	12	24
	Dos	20	40
	Tres	6	12
	Cuatro	1	2
	Cinco o más	2	4
Clase social subjetiva	Baja	4	8
	Media-baja	12	24
	Media	34	68
	Media-Alta	0	0
	Alta	0	0
Nivel educacional	Primarios incompletos	5	10
	Primarios completos (EGB)	22	44
	Secundarios (BUP, COU, FP)	21	42
	Universitarios	2	4
Ocupación actual	Fuerzas armadas	0	0
	Dirección empresas y administración pública	0	0
	Profesional científico e intelectual	1	2
	Técnico y profesional de apoyo	0	0
	Empleada de tipo administrativo	4	8
	Trabajadora de servicios	13	26
	Trabajadora cualificada agricultura y pesca	0	0
	Artesana y trabajadora cualificada industria	1	2
	Operadora instalaciones y maquinarias	0	0
	Trabajadora no cualificada	7	14
	Ama de casa	7	14
	Estudiante	1	2
	Paro	16	32
Fuente de derivación	Concejalía de Mujer de Collado-Villalba	9	18
	Concejalía de Mujer de Leganés	11	22
	Piso de Acogida de Toledo	5	10
	Servicio de Atención a la Víctima Coslada	5	10
	Servicio de Atención a la Víctima Móstoles	10	20
	Servicio de Atención a la Víctima Plaza de Castilla	10	20

12.3. MATERIALES E INSTRUMENTOS

12.3.1. ENTREVISTA

La entrevista ha sido elaborada específicamente para esta investigación, con el fin de obtener información para la inclusión o exclusión de las participantes en el programa de tratamiento y recoger información relevante a antecedentes sociodemográficos, historia del problema de violencia doméstica, consumo de sustancias adictivas y trastornos de ansiedad.

De este modo el contenido de la entrevista, se estructura en cuatro apartados, que están disponibles en el anexo 1:

1. Ficha de antecedentes personales \Rightarrow Antecedentes sociodemográficos.
2. Entrevista semiestructurada \Rightarrow Historia del problema.
3. Entrevista semiestructurada + cuestionario CAGE \Rightarrow Consumo de sustancias adictivas.
4. Entrevista estructurada \Rightarrow Diagnóstico de trastornos de ansiedad.

12.3.2. INSTRUMENTOS DE AUTOINFORME

Se describen los instrumentos de autoinforme que se han aplicado en la evaluación pre y postratamiento, así como en los seguimientos. En el anexo 1 se encuentra un ejemplar de cada uno de ellos.

Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta & Sarasua, 1997).

Es una escala de evaluación heteroaplicada, a modo de entrevista estructurada, que sirve para evaluar los síntomas y la intensidad del trastorno de estrés postraumático según criterios diagnósticos DSM-IV (Echeburúa et al., 1997b).

Está estructurada en un formato tipo Likert de 0 a 3 puntos, según la frecuencia e intensidad de los síntomas, consta de 17 ítems, de los que 5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de hiperactivación. El rango es de 0 a 51 puntos en la escala global, de 0 a 15 en la subescala de reexperimentación, de 0 a 21 en la de evitación y de 0 a 15 en la de activación.

El punto de corte propuesto para detectar la gravedad clínica de este trastorno es de 15 puntos en la escala global. Los puntos de corte sugeridos en cada una de las subescalas parciales son los siguientes: Reexperimentación, 5 puntos; evitación, 6 puntos; y aumento de la activación, 4 puntos. Asimismo, los sujetos deben presentar a lo menos 1 síntoma de reexperimentación, 3 de evitación y 2 de aumento de la activación, siendo necesario puntuar al menos 2 para ser considerado síntoma.

La escala ha sido validada en población española, con muestra de pacientes y de población normal de 175 y 463 sujetos, respectivamente. El coeficiente de fiabilidad test-retest es de 0,89 ($p < 0,001$) y el índice de consistencia interna, obtenido mediante el coeficiente alfa de Cronbach, en el conjunto total de sujetos, es de 0,92.

En relación con la validez se la ha establecido en términos de validez de contenido, convergente y de constructo. La validez de contenido se ha definido por medio de la determinación del grado en que los ítems de la escala cubren los criterios diagnósticos DSM-IV referidos al

cuadro clínico estudiado. La escala abarca el 100% del contenido de los criterios diagnósticos de dicho manual.

En cuanto a la validez convergente, se ha establecido, por un lado, una correlación biserial puntual entre la puntuación total de la escala y la presencia o no del trastorno de estrés postraumático según el diagnóstico categorial del DSM-IV, en la muestra total de sujetos, con el resultado de una correlación alta y significativa ($r=0,82$; $p<0,001$). Por otro lado se ha correlacionado la puntuación total de la escala con la del instrumento *Impact Event Scale (IES)*, de Horowitz et al., siendo la correlación resultante de $0,77$ ($p<0,001$).

Finalmente, en relación con la validez de constructo, se ha establecido correlacionando la puntuación de la escala global del instrumento con otros síntomas psicopatológicos presentes en este cuadro clínico, como la depresión, la ansiedad y la inadaptación en diferentes áreas de la vida cotidiana. Así, la correlación entre la puntuación global obtenida en la escala y el *Inventario de Depresión de Beck (BDI)*, es de $0,54$ ($p<0,001$); con la *Escala de Depresión de Hamilton* es de $0,60$ ($p<0,001$); con el *Inventario de Ansiedad-Estado* es de $0,62$ ($p<0,001$); y con la *Escala de Inadaptación de Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo* es de $0,48$ ($p<0,001$).

Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979)

Se utilizó la versión autoaplicada de 21 ítems traducida al castellano por Vázquez (Vázquez & Sanz, 1997). Cada ítem está compuesto por 4 alternativas, ordenadas de menor a mayor gravedad (de 0 a 3 puntos), frente a las que el sujeto debe elegir la frase que se aproxime más a cómo se ha sentido durante la última semana. En relación con sus características psicométricas, la fiabilidad, medida como consistencia interna a través del coeficiente alfa de Cronbach, es alta, $0,90$; En relación con la validez, como ésta depende del propósito, se puede afirmar que el BDI es un instrumento válido para detectar y cuantificar síntomas depresivos en pacientes (Vázquez & Sanz, 1999).

Escala de Autoestima de Rosenberg (1965)

Tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Consta de 10 ítems generales que puntúan de 1 a 4 en una escala de tipo Likert. El rango del cuestionario es de 10 a 40, cuanto mayor es la puntuación, mayor es la autoestima del sujeto. En algunos estudios se utiliza como punto de corte 29 (Echeburúa et al., 1998; Ward, 1977).

La fiabilidad test-retest es de 0.85 con estudiantes universitarios, siendo la validez convergente y discriminante también satisfactoria: 0.67 con el *Kelly Repertory Test*, 0.83 con el *Health Self-Image Questionnaire* y 0.56 con evaluaciones de autoestima del entrevistador (Zubizarreta et al., 1994).

Escala de Inadaptación (Echeburúa, Corral & Fernández-Montalvo, 2000)

Es una escala tipo Likert que cuenta con 6 ítems, con una gradación de 0 (nada) a 5 (muchísimo), que evalúa en qué medida el problema del sujeto afecta a diferentes áreas de su vida cotidiana como trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y convivencia familiar, junto con una valoración global. El rango de la escala total es 0 a 30, cuanto mayor es la puntuación, mayor es la inadaptación, proponiéndose como punto de corte 12, en la escala total, y 2 en cada subescala o ítem (Echeburúa, Corral & Fernández-Montalvo, 2000).

La escala ha sido validada en población española, con una muestra clínica de 222 pacientes aquejados de cuadros clínicos diversos y con una muestra normativa de 100 sujetos. El índice de consistencia interna, obtenido mediante el coeficiente alfa de Cronbach, en el conjunto total de sujetos, es de 0,94.

Inventario de Cogniciones Postraumáticas (Foa, Ehlers, Clark, Tolin & Orsillo, 1999)

Es una escala tipo Likert que cuenta con 36 ítems, con una gradación de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo), que sirve para evaluar pensamientos y creencias relacionados con el trauma. Consta de tres subescalas que miden cogniciones negativas acerca de sí mismo, cogniciones negativas acerca del mundo y autopunición (Foa et al., 1999b).

La escala fue validada en una muestra de 601 voluntarios norteamericanos, de los que 392 habían experimentado eventos traumáticos y 170 de ellos habían desarrollado trastorno de estrés postraumático. Ha sido traducida para esta investigación.

12.3.3. MATERIAL UTILIZADO EN EL TRATAMIENTO

A lo largo del proceso de intervención, las participantes debían llevar a cabo tareas para poner en práctica las técnicas entrenadas en cada sesión. Para facilitar la ejecución de dichas tareas se diseñaron diversos autorregistros, que a continuación se detallan:

- ✓ Autorregistro de actividades gratificantes.
- ✓ Autorregistro de definición de problemas.
- ✓ Autorregistro de detención de pensamiento.
- ✓ Autorregistro de ejercicio de control de respiración.
- ✓ Autorregistro de síntomas de reexperimentación.

- ✓ Autorregistro de situaciones evitadas.
- ✓ Autorregistro de situaciones problemáticas.
- ✓ Autorregistro de solución de problemas.
- ✓ Autorregistro de tareas de exposición a situaciones evitadas.
- ✓ Autorregistro de tareas de exposición al relato de la situación vivida.
- ✓ Hoja A-B-C.
- ✓ Hoja A-B-C-D.
- ✓ Relato de una situación de violencia doméstica.

Se elaboró también, un juego de tarjetas para la discusión de las normas de trabajo a lo largo de la terapia, un compromiso de secreto terapéutico y un juego de tarjetas para la evaluación cualitativa del tratamiento. Asimismo, se diseñó y elaboró material didáctico, en forma de trípticos, con información relacionada a lo comentado en sesión y que las participantes debían leer, en total tres: a) Tríptico de violencia doméstica o malos tratos en el hogar, b) Tríptico de autoestima y c) Tríptico de solución de problemas.

Del mismo modo, para evaluar cada sesión se diseñó una Escala de Cambio Percibido, que consta de 7 ítems, con un formato tipo Likert, y que evalúa a grandes rasgos el malestar emocional, los síntomas característicos del trastorno de estrés postraumático, el grado de bienestar general y la evaluación que las participantes hacen de la utilidad de lo visto en sesión.

Por otra parte, se elaboraron dos registros para medir el comportamiento de las participantes en terapia: a) Registro de asistencia a sesión y b) Registro de cumplimiento de tareas.

El material elaborado se adjunta en el anexo 2.

Finalmente, en las sesiones dedicadas a las tareas de exposición se utilizó una grabadora y una cinta de audio, por participante, para grabar la exposición en sesión y para su posterior uso en casa.

12.4. PROCEDIMIENTO

12.4.1. PRUEBA PILOTO DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO

Una primera etapa de la investigación consistió en probar el programa de tratamiento que se había diseñado. Para ello se contó con la derivación de dos mujeres, aquejadas de trastorno de estrés postraumático debido a violencia doméstica, desde el Centro de Servicios Sociales de Las Rozas.

Como resultado de ello el programa fue modificado en términos de número de tareas asignadas en ciertas sesiones, ya que resultaban excesivas; diseño de algunos autorregistros por falta de claridad para las participantes y tiempo estimado de duración de ciertas actividades.

12.4.2. CAPTACIÓN DE LAS PARTICIPANTES

Al mismo tiempo que se llevaba a cabo la prueba piloto, se empezó a establecer contacto con asociaciones e instituciones que pudieran estar interesadas en el programa de tratamiento para mujeres víctimas de violencia doméstica que padecieran trastorno de estrés postraumático, que iba a ser implementado por la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. De estos contactos surgieron acuerdos con las Concejalías de Mujer del Ayuntamiento de Collado-Villalba y del Ayuntamiento de Leganés, un piso de acogida para víctimas de violencia doméstica dependiente de la Concejalía de Mujer del Ayuntamiento de Toledo, y los Servicios de Atención a la Víctima de los Juzgados de Coslada, Móstoles y del Decanato Plaza de Castilla, de la Comunidad Autónoma de Madrid.

Las participantes derivadas desde el Servicio de Atención a la Víctima del Decanato Plaza de Castilla fueron evaluadas y tratadas en la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, debido a que dicho Servicio no cuenta con la infraestructura necesaria para llevar a cabo la intervención. En el caso de las otras fuentes de derivación, tanto la evaluación, la intervención y el seguimiento se llevaron a cabo en las dependencias de las propias instituciones. La idea fue facilitar a las mujeres su participación en el programa de tratamiento.

12.4.3. EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO

Se llevó a cabo en una sesión individual de una hora y media a dos horas de duración. El primer paso, tras haber llevado a cabo las presentaciones oportunas, era cumplimentar la ficha de antecedentes personales. En segundo lugar, se aplicaba la entrevista semiestructurada para víctimas de violencia doméstica. En tercer lugar, se administraba la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático de Echeburúa et al., tras lo cual se procedía a aplicar la entrevista estructurada para el diagnóstico DSM-IV de trastornos de ansiedad. Finalmente, se pedía a la entrevistada que contestara el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Autoestima de Rosenberg, la Escala de Inadaptación de Echeburúa, Corral & Fernández-Montalvo y el Inventario de Cogniciones Postraumáticas de Foa et al.

Con esta información se aplicaban los criterios de inclusión/exclusión que se resumen en el cuadro 12.1. Si la participante era incluida en el programa se le explicaba el carácter de éste y la necesidad de esperar hasta la configuración de un grupo de tratamiento, si no se contaba aún con un número suficiente de participantes, o en el caso contrario, la necesidad de coordinar los horarios de las participantes, tras lo cual la terapeuta la llamaría indicándole la fecha de inicio del tratamiento. En los casos de exclusión, se remitía a las participantes a las instituciones oportunas, en coordinación con la psicóloga, trabajadora social o directora de la institución desde la que había sido derivada para la evaluación.

CUADRO 12.1. Criterios de inclusión/exclusión de las participantes en el programa de tratamiento

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ser mujer. ✓ Ser víctima de violencia doméstica en la relación de pareja. ✓ Cumplir los criterios DSM-IV para diagnóstico de trastorno de estrés postraumático. 	<ul style="list-style-type: none"> ✗ Diagnóstico actual o previo de trastorno mental orgánico o psicosis, según criterios DSM-IV. ✗ Inmediata y clara posibilidad de suicidio. ✗ Abuso de alcohol o drogas. ✗ Disminuidos psíquicos. ✗ Estar en algún tipo de terapia para el problema en cuestión, en el momento del estudio.

12.4.4. TRATAMIENTO

El programa de tratamiento que se ha elaborado y llevado a cabo consta de cuatro componentes: Psicoeducación, entrenamiento en relajación, terapia cognitiva y terapia de exposición. La duración total del programa es de 12 horas de duración, que en la modalidad de terapia cognitiva + terapia de exposición se distribuyen en ocho sesiones de 90 minutos de duración cada una, y en la modalidad de terapia de exposición + terapia cognitiva se distribuyen en 6 sesiones de 90 minutos, 2 de 70 minutos y una sesión de 40 minutos de duración. En ambas modalidades las sesiones tuvieron una periodicidad semanal.

Las tablas 12.2. y 12.3. muestran un resumen de ambos programas y en el anexo 2. se encuentra el manual de tratamiento elaborado en el que se hace una descripción detallada de cada sesión.

12.4.5. EVALUACIÓN POSTRATAMIENTO

Una vez concluido el tratamiento, se llevó a cabo su evaluación a través de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, el BDI, la Escala de Autoestima, la Escala de Inadaptación y el Inventario de Cogniciones Postraumáticas.

12.4.6. SEGUIMIENTOS

Se realizaron seguimientos al mes, a los tres y a los seis meses de concluido el tratamiento, en que se aplicaron los mismos instrumentos utilizados en la evaluación postratamiento. Se contempla llevar a cabo un seguimiento al año de acabada la intervención.

TABLA 12.2. Resumen del programa de tratamiento Terapia Cognitiva + Terapia de Exposición

SESIÓN	CONTENIDO	DURACIÓN
1	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de las participantes y de la terapeuta. • Establecimiento de normas de trabajo en grupo. • Explicación del problema. • Explicación de los objetivos del tratamiento. • Explicación de los conceptos de ciclo y escalada de violencia. • Entrenamiento en control de la respiración. <p><i>Tareas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✍ Ejercitar control de la respiración. ✍ Registrar síntomas de reexperimentación. 	90 minutos
2	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas. • Detención de pensamiento. • Control de la respiración. <p><i>Tareas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✍ Ejercitar detención de pensamiento. ✍ Completar hojas A-B-C. ✍ Ejercitar control de la respiración. 	90 minutos
3	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas. • Reevaluación cognitiva. • Control de la respiración. <p><i>Tareas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✍ Leer material autoestima. ✍ Realizar actividades gratificantes. ✍ Completar hojas A-B-C-D. ✍ Identificar y registrar situaciones problemáticas. ✍ Ejercitar control de la respiración. 	90 minutos
4	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas. • Reevaluación cognitiva. • Solución de problemas. • Control de la respiración. <p><i>Tareas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✍ Identificar, registrar y definir situaciones problemáticas. ✍ Leer material acerca de solución de problemas. ✍ Realizar actividades gratificantes. ✍ Ejercitar control de la respiración. 	90 minutos
5	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas. • Solución de problemas. • Control de la respiración. <p><i>Tareas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✍ Identificar y registrar situaciones problemáticas y solucionar un problema diario. ✍ Registrar síntomas de reexperimentación. ✍ Ejercitar control de la respiración. 	90 minutos
6	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas. • Exposición. • Control de la respiración. <p><i>Tareas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✍ Realizar autoexposición en imaginación. ✍ Registrar situaciones evitadas. ✍ Ejercitar control de la respiración. 	90 minutos
7	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas. • Exposición. • Control de la respiración. <p><i>Tareas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✍ Realizar autoexposición en imaginación. ✍ Realizar autoexposición en vivo. ✍ Ejercitar control de la respiración. 	90 minutos
8	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas. • Exposición. • Evaluación del tratamiento. 	90 minutos

TABLA 12.3. Resumen del programa de tratamiento Terapia de Exposición + Terapia Cognitiva

SESIÓN	CONTENIDO	DURACIÓN
1	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de las participantes y de la terapeuta. • Establecimiento de normas de trabajo en grupo. • Explicación del problema. • Explicación de los objetivos del tratamiento. • Explicación de los conceptos de ciclo y escalada de violencia. • Entrenamiento en control de la respiración. <p><i>Tareas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✍ Ejercitar control de la respiración. ✍ Registrar síntomas de reexperimentación. 	90 minutos
2	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas. • Exposición. • Control de la respiración. <p><i>Tareas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✍ Realizar autoexposición en imaginación. ✍ Registrar situaciones evitadas. ✍ Ejercitar control de la respiración. 	90 minutos
3	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas. • Exposición. • Control de la respiración. <p><i>Tareas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✍ Realizar autoexposición en imaginación. ✍ Realizar autoexposición en vivo. ✍ Ejercitar control de la respiración. 	90 minutos
4	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas. • Exposición. • Control de la respiración. <p><i>Tareas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✍ Registrar síntomas de reexperimentación. ✍ Ejercitar control de la respiración. 	70 minutos
5	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas. • Detención de pensamiento. • Control de la respiración. <p><i>Tareas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✍ Ejercitar detención de pensamiento. ✍ Completar hojas A-B-C. ✍ Ejercitar control de la respiración. 	90 minutos
6	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas. • Reevaluación cognitiva. • Control de la respiración. <p><i>Tareas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✍ Leer material autoestima. ✍ Realizar actividades gratificantes. ✍ Completar hojas A-B-C-D. ✍ Identificar y registrar situaciones problemáticas. ✍ Ejercitar control de la respiración. 	90 minutos
7	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas. • Reevaluación cognitiva. • Solución de problemas. • Control de la respiración. <p><i>Tareas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✍ Identificar, registrar y definir situaciones problemáticas. ✍ Leer material acerca de solución de problemas. ✍ Realizar actividades gratificantes. ✍ Ejercitar control de la respiración. 	90 minutos
8	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas. • Solución de problemas. • Control de la respiración. <p><i>Tareas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✍ Identificar y registrar situaciones problemáticas y solucionar un problema diario. ✍ Ejercitar control de la respiración. 	70 minutos
9	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas. • Evaluación del tratamiento. 	40 minutos

13.

RESULTADOS

13.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

13.1.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Los datos que se comentarán a continuación se encuentran en la tabla 12.1. (capítulo 12) y pueden observarse gráficamente en las figuras 13.1. a 13.7.

Edad

La media de edad de las participantes es de 35 años con un rango que va desde los 16 a los 57 años. Si se tiene en cuenta que el 74% de la muestra no supera los 40 años de edad, se puede afirmar que las víctimas son mujeres jóvenes.

Estado civil

El 22% de la muestra se encuentra soltera, el 44%, está casada o convive con pareja estable, y el 34% ha iniciado trámites de separación, se encuentra separada o divorciada. Sin embargo, es importante destacar que en el momento en que se desarrolla la intervención, sólo el 12% de las participantes vive con el agresor.

Número de hijos

El 82% de la muestra tiene hijos, con un promedio de 1.72 y un máximo de 7.

Clase social subjetiva

Más de la mitad de la muestra, un 68%, considera que pertenece a la clase media, un 24% cree pertenecer a la clase media-baja y el 8% restante, a la clase baja. Es decir, la totalidad de la muestra se clasifica entre clase media y baja.

Nivel educacional

La mayoría de la muestra tiene estudios primarios completos, un 44%, y un 42% tiene estudios secundarios.

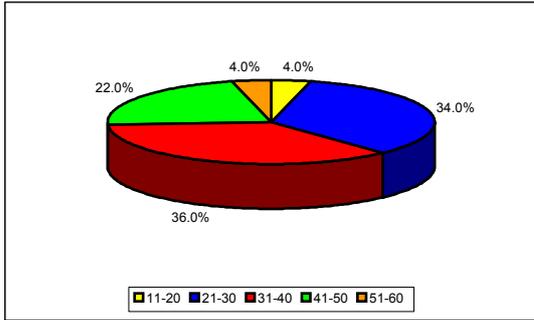


FIGURA 13.1. Distribución de la muestra: Edad



FIGURA 13.2. Distribución de la muestra: Estado civil

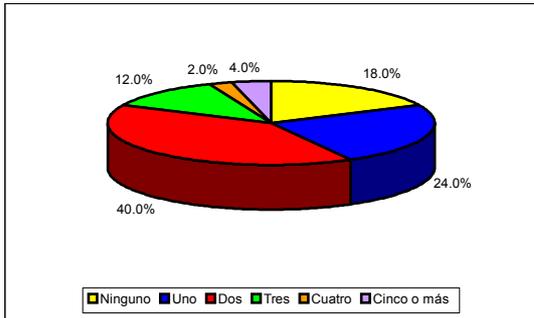


FIGURA 13.3. Distribución de la muestra: Número de hijos

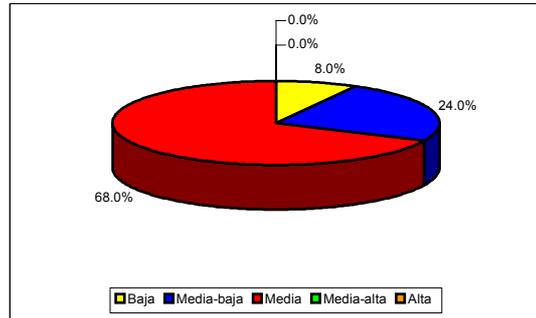


FIGURA 13.4. Distribución de la muestra: Clase social subjetiva

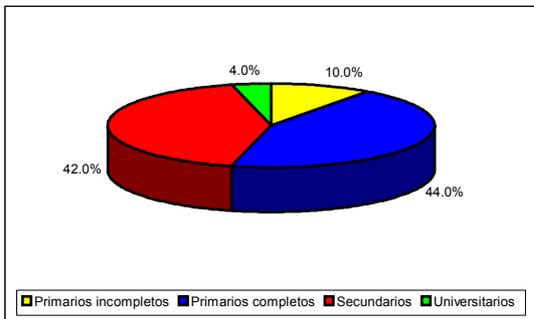


FIGURA 13.5. Distribución de la muestra: Nivel educacional

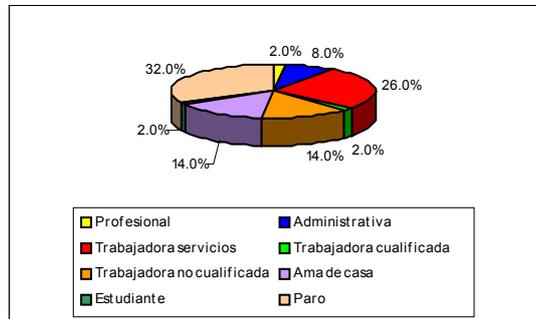


FIGURA 13.6. Distribución de la muestra: Ocupación actual

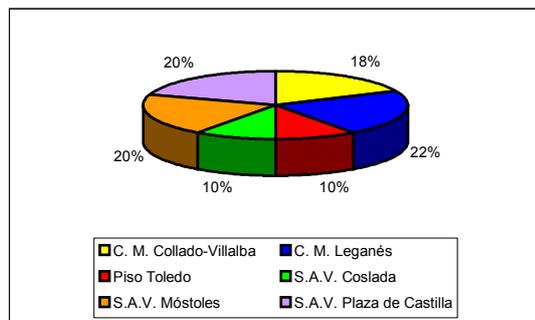


FIGURA 13.7. Distribución de la muestra: Fuente de derivación

Ocupación actual

Las dos situaciones laborales más representativas de la muestra son el paro, 32%, y el sector servicios, 26%, principalmente camareras, peluqueras y dependientas de comercio. Asimismo, destacan las ocupaciones de ama de casa y de trabajos no cualificados (principalmente servicio doméstico), con igual porcentaje de la muestra, 14%.

Fuente de derivación

Un 22% de la muestra fue derivado desde la Concejalía de Mujer de Leganés, un 20% desde el Servicio de Atención a Víctimas de los Juzgados de Móstoles, así como también de los Juzgados de Plaza de Castilla, un 18% fue derivado desde la Concejalía de Mujer de Collado-Villalba y un 10% desde el Piso de acogida para víctimas de violencia doméstica de la Concejalía de Mujer del Ayuntamiento de Toledo, así como también desde el Servicio de Atención a Víctimas de los Juzgados de Coslada.

13.1.2. VARIABLES DE HISTORIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

A continuación se comentan las principales variables de la historia de violencia doméstica, que quedan recogidas en la tabla 13.1. y pueden observarse en las figuras 13.8. a 13.21.

Tipo de violencia doméstica

Un 24% de las participantes ha vivido violencia psicológica; un 64%, violencia física y psicológica y un 8%, violencia física, psicológica y sexual. Además hay una participante (2%) que ha vivido un episodio aislado de violencia física y otra que ha padecido violencia psicológica y sexual (2%). Es decir, la gran mayoría de las participantes en esta investigación ha padecido violencia física (74%) y sólo una pequeña parte ha recibido exclusivamente violencia psicológica (24%), sin embargo, todas las participantes han desarrollado trastorno de estrés postraumático, lo que refleja la existencia de episodios de maltrato intenso en el que han visto amenazada su integridad personal, independiente del tipo de violencia doméstica experimentada.

Duración de la violencia doméstica

La duración media de la violencia doméstica, en años, es de 7.53, si bien la desviación típica indica una gran variabilidad (6.69.), al observar la distribución de frecuencias en esta variable, se aprecia que se trata de un problema de larga duración, la gran mayoría de las participantes ha vivido la violencia por un período superior a dos años (82%) y casi la mitad de la muestra, por un período superior a seis años (46%).

TABLA 13.1. Variables de la historia de violencia doméstica

VARIABLES DE LA HISTORIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA		N	%
Tipo de violencia doméstica	Física	1	2
	Psicológica	12	24
	Física y psicológica	32	64
	Psicológica y sexual	1	2
	Física, psicológica y sexual	4	8
Duración de la violencia doméstica	1 año	8	16
	De 2 a 5 años	18	36
	De 6 a 10 años	10	20
	De 11 a 15 años	7	14
	Más de 15 años	6	12
Frecuencia de la violencia doméstica en el último mes de convivencia	A diario	26	52
	Dos o tres veces por semana	19	38
	Una vez por semana	2	4
	Una vez cada dos semanas	1	2
	Una vez al mes	0	0
	Menos de una vez al mes	2	4
Asistencia médica por lesiones	Sí	26	52
	No	24	48
Tipo de asistencia médica por lesiones	Curación de hematomas y contusiones	18	36
	Curación de esguinces	2	4
	Curación de fracturas	6	12
	No corresponde	24	48
Denuncias	Sí	36	72
	No	14	28
Salidas del hogar	Sí	36	72
	No	14	28
Duración de la salida del hogar	Una noche	2	4
	Dos noches	6	12
	Una semana	9	18
	Tres semanas	1	2
	Seis semanas	1	2
	Meses	2	4
	Definitiva	15	30
No corresponde	14	28	
Lugar donde se ha quedado cuando ha tenido que salir del hogar	Casa de familiares	25	50
	Casa de amigos	3	6
	Piso de acogida	5	10
	No tiene lugar fijo	3	6
	No corresponde	14	28
Violencia doméstica a los hijos	Sí (han presenciado violencia doméstica)	24	48
	Sí (han experimentado violencia psicológica)	4	8
	Sí (han experimentado violencia física)	3	6
	No	10	20
	No corresponde	9	18
Violencia doméstica en familia de origen	Sí	15	30
	No	35	70
Violencia doméstica con pareja anterior	Sí	10	20
	No	40	80
Apoyo familiar	Sí	39	78
	No	11	22
Apoyo social	Sí	41	82
	No	9	18

Frecuencia de la violencia doméstica

Si a la duración del problema se suma la frecuencia del mismo en el último mes de convivencia, se pueden entender las devastadoras consecuencias que tiene para las víctimas. El 52% de ellas ha padecido violencia doméstica a diario y un 38% estima que su frecuencia era de dos a tres veces por semana.

Asistencia médica por lesiones

Un 52% de las participantes había recibido asistencia médica por lesiones producto de la vivencia de violencia doméstica, siendo el tipo de asistencia más común la curación de hematomas o contusiones (36%).

Denuncias

El 72% de las participantes había denunciado la situación de malos tratos en que se encontraba, con una media de 2.92 denuncias.

Salidas del hogar

Del mismo modo, el 72% de las participantes había tenido que abandonar su hogar al menos una vez debido a los malos tratos, con una media de 2.47 veces. Para el 30% de las participantes este abandono era definitivo al momento de ser entrevistada, un 12% sólo se había ido por un par de noches y un 18%, por una semana. El principal refugio al que acuden las víctimas es a casa de sus familiares (50%).

Violencia a hijos

En tres cuartas partes de los casos en que hay hijos, éstos también se han visto afectados por la violencia doméstica. Un 48% de la muestra total la ha presenciado, un 8% ha experimentado violencia psicológica y un 6%, violencia física.

Experiencias anteriores de violencia doméstica

La mayoría de las participantes no ha experimentado violencia doméstica en su familia de origen (70%) ni con alguna pareja anterior (80%).

Apoyo familiar y social

La gran mayoría de las participantes cuenta con apoyo social o familiar. Un 82% de ellas cuenta con apoyo social y un 78% cuenta con apoyo familiar, entendiendo por apoyo amigos, entorno cercano o familiares a los que ellas pueden recurrir o que están al tanto del problema.

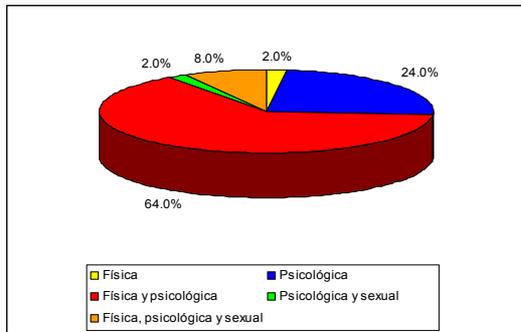


FIGURA 13.8. Tipo de violencia doméstica

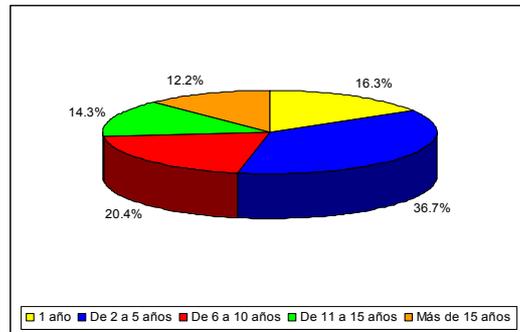


FIGURA 13.9. Duración de la violencia

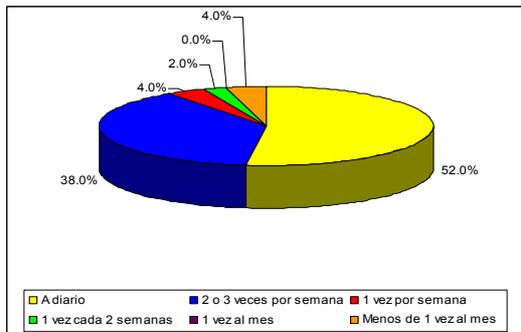


FIGURA 13.10. Frecuencia de la violencia en el último mes de relación

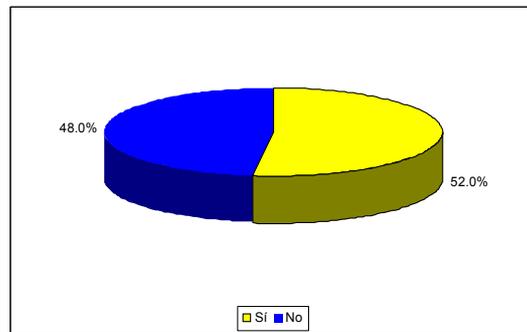


FIGURA 13.11. Porcentaje de la muestra que ha recibido asistencia médica por lesiones

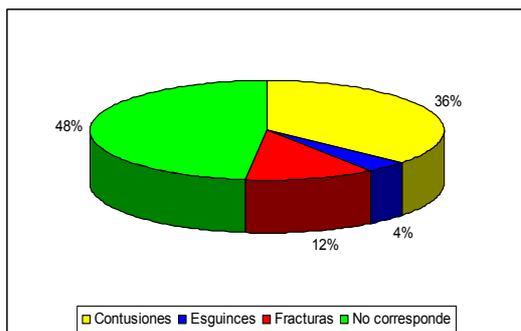


FIGURA 13.12. Tipo de lesiones

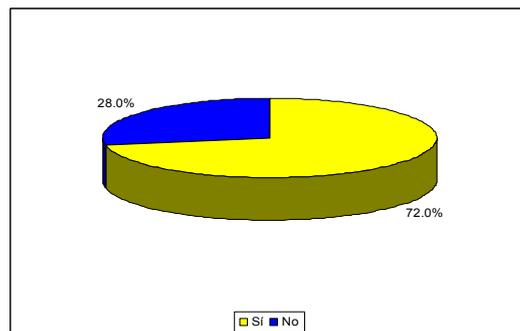


FIGURA 13.13. Porcentaje de la muestra que ha denunciado la violencia doméstica

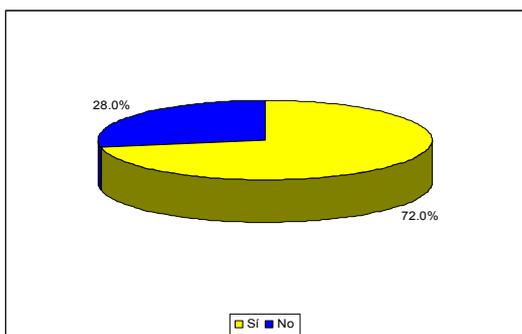


FIGURA 13.14. Porcentaje de la muestra que ha abandonado su hogar debido a la violencia

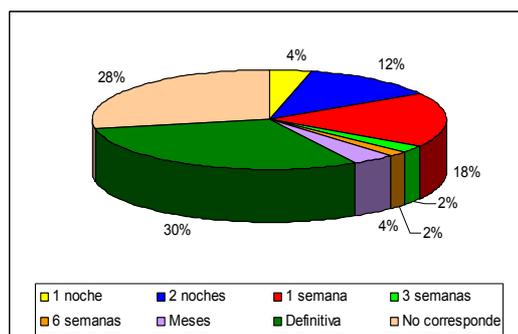


FIGURA 13.15. Duración de las salidas del hogar debido a la violencia doméstica

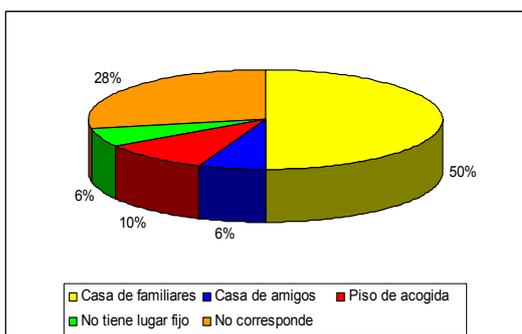


FIGURA 13.16. Lugar de refugio al abandonar el hogar debido a la violencia doméstica

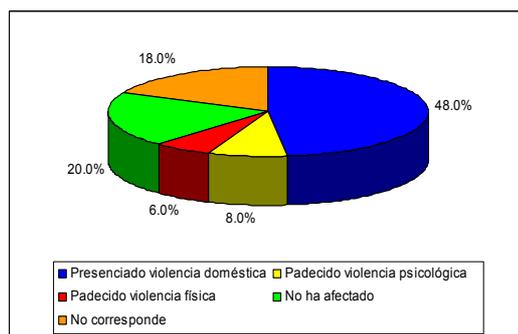


FIGURA 13.17. Porcentaje de la muestra a la que la violencia ha afectado a sus hijos

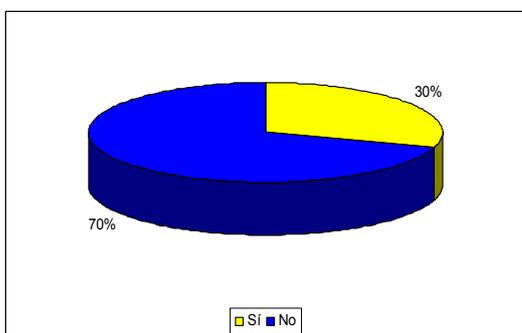


FIGURA 13.18. Porcentaje de la muestra que ha padecido violencia en familia de origen

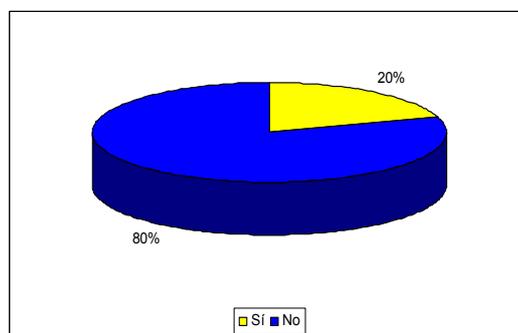


FIGURA 13.19. Porcentaje de la muestra que ha padecido violencia con pareja previa

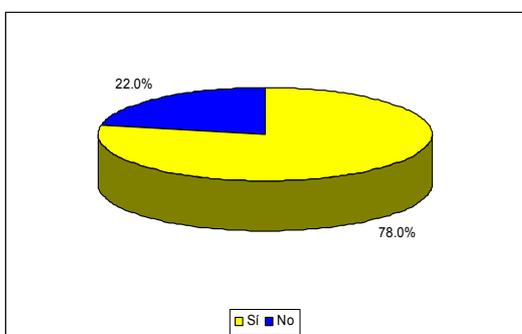


FIGURA 13.20. Porcentaje de la muestra que cuenta con apoyo familiar

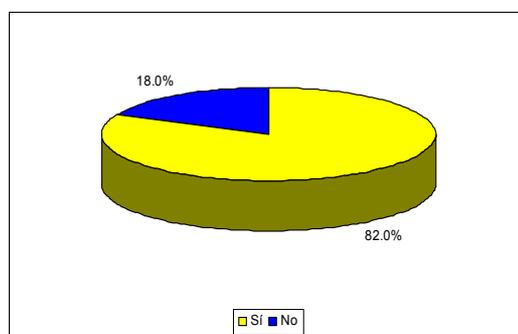


FIGURA 13.21. Porcentaje de la muestra que cuenta con apoyo social

13.1.3. VARIABLES DEPENDIENTES

Trastorno de estrés postraumático

Todas las participantes cumplieron criterios de diagnóstico de estrés postraumático crónico. La tabla 13.2. detalla la media y desviaciones típicas de las puntuaciones obtenidas por las participantes en la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático.

Se debe recordar que el puntaje de corte establecido es, para la escala global, 15 puntos y 5, 6 y 4 puntos, para las subescalas de síntomas de reexperimentación, evitación y aumento de la activación, respectivamente. De este modo cabe destacar la alta puntuación general, así como en cada una de las subescalas, que es indicativa de la intensidad de los síntomas y de la gravedad del trastorno.

TABLA 13.2. Medias y desviaciones típicas en la Escala de Gravedad de Síntomas del trastorno de estrés postraumático

MEDIDA	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
Escala Total	29.70	6.92
Subescala síntomas de reexperimentación	9.28	2.68
Subescala síntomas de evitación	10.82	3.34
Subescala síntomas de aumento de activación	9.72	2.92

Del mismo modo, es interesante analizar los síntomas de estrés postraumático que se dan con mayor frecuencia en las víctimas de violencia doméstica aquí evaluadas. Más del 75% de la muestra presentaba: 1) *Síntomas de reexperimentación*: a) Recuerdos intrusivos (86%), b) Malestar psicológico intenso al recordar el trauma (94%), y c) Malestar fisiológico al recordar el trauma (78%); 2) *Síntomas de evitación*: a) Evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al suceso traumático (86%), y b) Pérdida de interés en actividades significativas (78%); 3) *Síntomas de aumento de la activación*: a) Dificultad para conciliar o mantener el sueño (76%), y b) Hipervigilancia (82%).

Asimismo, son dos los síntomas de evitación que se dan con menor frecuencia en las participantes: a) Incapacidad para recordar algún aspecto importante del suceso traumático, presente sólo en el 18% de la muestra, y b) Sensación de futuro desolador, que se da en un 38% de las participantes.

La tabla 13.3. presenta los síntomas de cada subescala así como su frecuencia en porcentajes.

TABLA 13.3. Frecuencia de los diferentes síntomas del trastorno de estrés postraumático (en %)

SÍNTOMA	NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO	PRESENCIA DE SÍNTOMA*
Subescala de Reexperimentación					
• Recuerdos intrusivos	2	12	30	56	86
• Sueños intrusivos	32	14	28	26	54
• “Flashbacks”	38	18	34	10	44
• Malestar psicológico	0	6	58	36	94
• Malestar fisiológico	14	8	46	32	78
Subescala de Evitación					
• Evitar pensar, sentir...	4	10	56	30	86
• Evitar actividades, lugares...	30	12	34	24	58
• Amnesia	76	6	16	2	18
• Pérdida de interés en actividades significativas	14	8	30	48	78
• Sensación de desapego o enajenación	30	10	34	26	60
• Restricción de la vida afectiva	14	12	28	46	74
• Sensación de futuro desolador	50	12	26	12	38
Subescala de Aumento de la Activación					
• Insomnio	14	10	36	40	76
• Irritabilidad	26	14	32	28	60
• Dificultades de concentración	10	16	46	28	74
• Hipervigilancia	10	8	30	52	82
• Respuesta de sobresalto	8	18	48	26	74

* Se requiere puntuar *bastante* o *mucho* para ser considerado síntoma (Echeburúa et al., 1997b).

Variables de adaptación y sintomatología concomitante

En la tabla 13.4. se recoge la media y desviación típica de las puntuaciones obtenidas por las participantes en el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Autoestima de Rosenberg, la Escala de Inadaptación de Echeburúa, Corral & Fernández-Montalvo, y el Inventario de Cogniciones Postraumáticas de Foa et al.

TABLA 13.4. Medias y desviaciones típicas en los instrumentos de autoinforme

INSTRUMENTO DE AUTOINFORME	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
BDI	27.38	10.64
Escala de Autoestima	24.66	4.28
Escala de Inadaptación	20.94	5.63
• Trabajo-estudios	3.28	1.33
• Vida social	3.26	1.41
• Tiempo libre	3.64	1.45
• Relación de pareja	4.00	1.41
• Vida familiar	2.66	1.83
• Escala global	4.10	1.09
Inventario de Cogniciones Postraumáticas	12.81	3.30
• Cogniciones negativas acerca de sí mismo	3.93	1.33
• Cogniciones negativas acerca del mundo	5.09	1.30
• Autopunición	3.80	1.64

En el BDI las participantes obtienen una media de 27.38, que supone, según los puntos de corte establecidos, un diagnóstico de depresión moderada. Sin embargo, al revisar la distribución por frecuencias, se aprecia que el 42% de las participantes tiene un diagnóstico de depresión grave, como puede observarse en la figura 13.22.

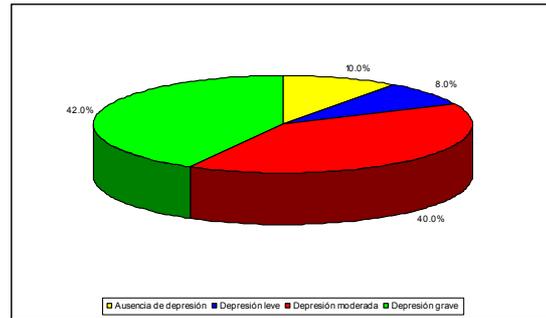


FIGURA 13.22. Distribución de la muestra según diagnóstico BDI

En la Escala de Autoestima la media es de 24.66 lo que es indicativo de que las participantes suelen estar de acuerdo con aquellos ítems que apuntan a una desvalorización de sí mismas y en desacuerdo con aquellos que apuntan a lo contrario (se utiliza como punto de corte 29).

Las puntuaciones medias de las participantes en la Escala de Inadaptación, en cualquiera de las subescalas que la conforman, superan el puntaje de corte establecido para las mismas (2 puntos), encontrándose entre los 2.66 y los 4.10 puntos, lo que implica, que cada una de las áreas evaluadas se ha visto afectada entre poco y mucho, siendo las que más, como era de esperar, su relación de pareja y su vida en general. Asimismo, la puntuación media total de la escala es de 20.94 puntos, puntaje que también supera el punto de corte establecido (12 puntos) indicando una inadaptación global de las participantes debido al problema que las aqueja.

En relación con el Inventario de Cogniciones Postraumáticas, si bien no existen datos normativos, al observar que la media más alta obtenida por las participantes es la de la subescala de cogniciones negativas acerca del mundo, 5.09, se puede afirmar que están entre levemente de acuerdo y muy de acuerdo con dichas cogniciones. Las medias en las subescalas de cogniciones negativas acerca de sí mismo y de autopunición, 3.93 y 3.80, respectivamente, son indicativas de que están levemente en desacuerdo o les son indiferentes los ítems relacionados con esos pensamientos.

13.1.4. OTRAS VARIABLES

Consumo de sustancias adictivas

El 100% de la muestra no presentaba problemas de consumo de sustancias, es decir, ninguna de las participantes tenía un consumo de alcohol problemático, abusaba de fármacos y/o consumía drogas ilegales.

Diagnóstico de otros trastornos de ansiedad

El 70% de las participantes no presentaba ningún otro trastorno de ansiedad al aplicárseles la entrevista estructurada para trastornos de ansiedad según criterios DSM-IV. El 30% restante presentaba crisis de angustia, agorafobia, trastorno de angustia sin agorafobia, fobia específica y fobia social. La tabla 13.5. y la figura 13.23. recogen la información señalada.

TABLA 13.5. Diagnóstico de trastornos de ansiedad distintos al trastorno de estrés postraumático

DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	N	%
Ausencia	35	70
Crisis de angustia	3	6
Agorafobia	1	2
Trastorno de angustia sin agorafobia	3	6
Fobia específica	4	8
Fobia social	4	8

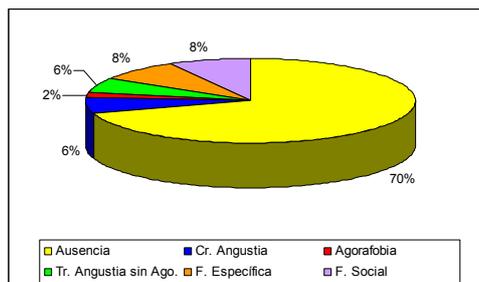


FIGURA 13.23. Porcentaje de la muestra que presenta otros trastornos de ansiedad

13.1.5. EXPECTATIVAS ACERCA DEL TRATAMIENTO

La última pregunta de la entrevista semiestructurada que se aplicaba a las participantes en la evaluación pretratamiento, hacía referencia a lo que ellas esperan conseguir con la terapia. A pesar de la gran variedad en sus respuestas, se las ha agrupado en 10 categorías que representan las expectativas de las participantes acerca de la intervención psicológica, si bien dichas categorías claramente han sido construidas con criterios técnicos y no fueron enunciadas de ese modo por las participantes. Las tablas 13.6. a 13.8. presentan los datos al respecto, y las figuras 13.24. a 13.26. los grafican.

TABLA 13.6. Expectativas de tratamiento, primera respuesta

EXPECTATIVAS	N	%
No sabe	3	6
Aclarar ideas y tomar una decisión	1	2
Saber que es normal	1	2
Eliminar sentimientos de culpa	0	0
Lograr tranquilidad	4	8
Saber afrontar mejor los problemas	5	10
Dejar de tener miedo	9	18
Mejorar el estado de ánimo	10	20
Mejorar la autoestima	8	16
Eliminar síntomas del TEP	4	8
Otras expectativas	5	10

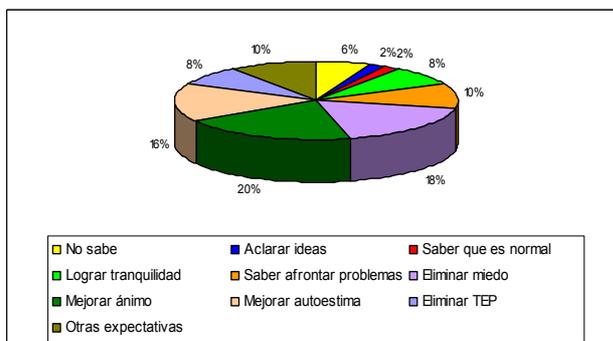


FIGURA 13.24. Distribución de la muestra según expectativas, primera respuesta

TABLA 13.7. Expectativas de tratamiento, segunda respuesta

EXPECTATIVAS	N	%
Aclarar ideas y tomar una decisión	3	6
Saber que es normal	1	2
Eliminar sentimientos de culpa	1	2
Lograr tranquilidad	2	4
Saber afrontar mejor los problemas	5	10
Dejar de tener miedo	6	12
Mejorar el estado de ánimo	4	8
Mejorar la autoestima	2	4
Eliminar síntomas del TEP	13	26
Otras expectativas	2	4
No contesta	11	22

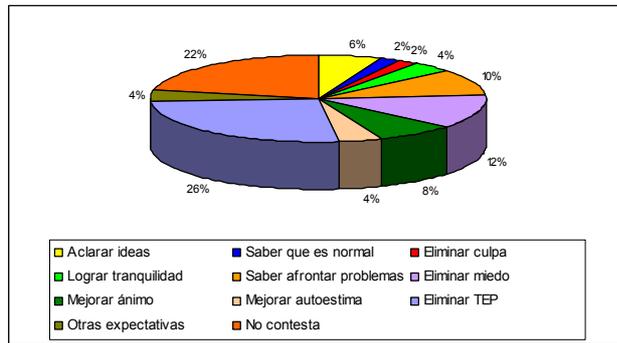


FIGURA 13.25. Distribución de la muestra según expectativas, segunda respuesta

TABLA 13.8. Expectativas de tratamiento, tercera respuesta

EXPECTATIVAS	N	%
Aclarar ideas y tomar una decisión	0	0
Saber que es normal	0	0
Eliminar sentimientos de culpa	1	2
Lograr tranquilidad	6	12
Saber afrontar mejor los problemas	2	4
Dejar de tener miedo	0	0
Mejorar el estado de ánimo	1	2
Mejorar la autoestima	2	4
Eliminar síntomas del TEP	0	0
Otras expectativas	2	4
No contesta	36	72

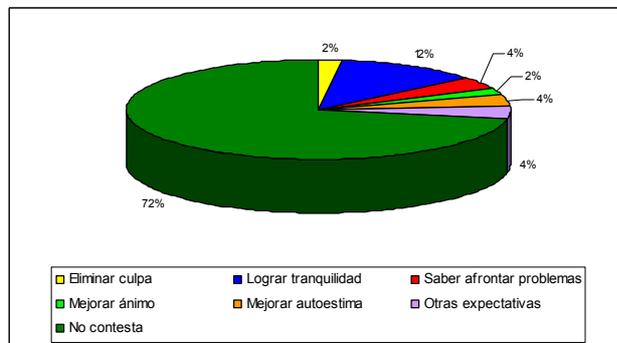


FIGURA 13.26. Distribución de la muestra según expectativas, tercera respuesta

Bajo el enunciado *otras expectativas* se han agrupado aquellas respuestas dadas por las participantes en sólo una ocasión. Estas respuestas son muy diversas, ejemplos son: “Engordar”, “Expresarme más”, “No volver con él”, “Aprender por qué me duele esto”, “Salvar mi relación de pareja”, “Empezar una nueva vida”, etc.

Destacan como primera prioridad de las participantes, mejorar del estado de ánimo (20%), dejar de tener miedo (18%), mejorar la autoestima (16%) y saber afrontar mejor los problemas (10%). Como segunda prioridad destacan eliminar los síntomas postraumáticos (22%), dejar de tener miedo (12%) y saber afrontar mejor los problemas (10%). Para las participantes que señalan un tercer objetivo, destaca lograr tranquilidad (12%).

Al considerar todas las respuestas, se aprecia que un 34% de las participantes está interesada por eliminar la sintomatología postraumática, un 30% quiere dejar de tener miedo y mejorar su estado de ánimo, y un 24% quiere mejorar su autoestima y aprender a afrontar mejor los problemas.

13.2. EFICACIA DEL TRATAMIENTO

13.2.1. ESTUDIO DE LA HOMOGENEIDAD DE LOS GRUPOS

Antes de llevar a cabo el estudio sobre la eficacia del tratamiento, se debe determinar si los grupos experimentales son homogéneos en aquellas variables sociodemográficas y de la historia de violencia doméstica que puedan afectar en alguna manera la eficacia de la intervención. Para ello se utilizó la prueba *ji*-cuadrado de Pearson (χ^2) para las variables cualitativas y la prueba *t* de student para las variables cuantitativas. Como se aprecia en las tablas 13.9. y 13.10., los resultados indican que no existen diferencias significativas en ninguna de las variables seleccionadas.

TABLA 13.9. *Ji*-cuadrado intergrupo: Variables sociodemográficas y de historia de violencia doméstica relevantes

VARIABLES	χ^2_{gl}	SIGNIFICACIÓN*
Nivel educacional	$\chi^2_3 = .248$	No significativo
Tipo de violencia doméstica	$\chi^2_4 = 6.458$	No significativo
Atención psicológica previa debido a la violencia doméstica	$\chi^2_1 = .764$	No significativo
Dependencia económica del agresor	$\chi^2_1 = .857$	No significativo
Aún vive con el agresor	$\chi^2_1 = .758$	No significativo

* Nivel de significación: $p < 0.05$

TABLA 13.10. *t* de student intergrupo: Variables sociodemográficas y de historia de violencia doméstica relevantes

VARIABLES	$t_{(gl)}$	SIGNIFICACIÓN*
Edad	-1.069 ₍₄₈₎	No significativo
Duración de la violencia doméstica	.201 ₍₄₇₎ †	No significativo

* Nivel de significación: $p < 0.05$

† No se cumple el supuesto de homocedasticidad

Del mismo modo, se llevó a cabo una prueba *t* de student para comprobar la homogeneidad de los dos grupos experimentales en las variables dependientes. Los resultados indican que no existen diferencias significativas entre ambos grupos, es decir, las participantes asignadas a las dos modalidades de intervención son homogéneas respecto a las variables dependientes antes de comenzar el tratamiento. La tabla 13.11. muestra dichos resultados.

TABLA 13.11. *t* de student intergrupo: Variables dependientes

VARIABLES	<i>t</i> _(gl)	SIGNIFICACIÓN*
Escala de Gravedad de Síntomas del TEP	.020 ₍₄₈₎	No significativo
• Síntomas de reexperimentación	.209 ₍₄₈₎	No significativo
• Síntomas de evitación	-1.410 ₍₄₈₎	No significativo
• Síntomas de aumento de activación	1.067 ₍₄₈₎	No significativo
BDI	.276 ₍₄₈₎	No significativo
Escala de Autoestima	-.756 ₍₄₈₎	No significativo
Escala de Inadaptación	-.075 ₍₄₈₎	No significativo
• Trabajo-estudios	.423 ₍₄₈₎	No significativo
• Vida social	-1.105 ₍₄₈₎	No significativo
• Tiempo libre	-.580 ₍₄₈₎	No significativo
• Relación de pareja	-.797 ₍₄₈₎	No significativo
• Vida familiar	1.007 ₍₄₈₎	No significativo
• Escala global	.904 ₍₄₈₎	No significativo
Inventario de Cogniciones Postraumáticas	.102 ₍₄₈₎	No significativo
• Cogniciones negativas acerca de sí mismo	-.708 ₍₄₈₎	No significativo
• Cogniciones negativas acerca del mundo	1.055 ₍₄₈₎	No significativo
• Autopunición	-.051 ₍₄₈₎	No significativo

* Nivel de significación: $p < 0.05$

13.2.2. ESTUDIO DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO

Resultados grupo control de lista de espera

Para evaluar los cambios producidos por el paso del tiempo en aquellas participantes que fortuitamente tuvieron que esperar hasta iniciar la terapia, se llevó a cabo una prueba no paramétrica de rangos de Wilcoxon para muestras dependientes.⁵

La tabla 13.12. recoge las medias, desviaciones típicas y el estadístico de la prueba de Wilcoxon para las medidas de las variables dependientes, entre el pretratamiento y la segunda evaluación pretratamiento o control de lista de espera. No se encontraron diferencias significativas para ninguna de las medidas, de lo que se desprende que con el paso de un período de tiempo similar al que se utiliza en la intervención, no remite la sintomatología. De haber cambios tras el tratamiento, éstos se deberían a la intervención llevada a cabo.

⁵ Se realizó también una *t* de student y los resultados fueron los mismos.

TABLA 13.12. Medias, desviaciones típicas y estadístico de la prueba de Wilcoxon para las medidas de las variables dependientes. Comparación pretratamiento y control de lista de espera

INSTRUMENTOS DE MEDIDA	PRETRATAMIENTO N = 14		LISTA DE ESPERA N = 14		Z
	\bar{x}	s _x	\bar{x}	s _x	
Escala de Gravedad de Síntomas del TEP	31.29	8.21	29.36	7.27	-1.179
• Síntomas de reexperimentación	9.50	2.65	9.79	1.63	-.237
• Síntomas de evitación	11.36	3.88	10.71	4.21	-.868
• Síntomas de aumento de activación	10.43	3.27	8.86	3.28	-1.822
BDI	24.71	12.89	25.00	14.08	-.031
Escala de Autoestima	24.36	4.58	23.29	4.03	-1.572
Escala de Inadaptación	20.57	6.32	20.43	6.02	-.284
• Trabajo-estudios	3.00	1.18	2.71	1.54	-.712
• Vida social	3.36	1.28	3.50	1.29	-.275
• Tiempo libre	3.86	1.03	3.79	1.05	-.277
• Relación de pareja	3.93	1.44	4.00	1.36	-.512
• Vida familiar	2.29	1.94	3.07	1.86	-1.690
• Escala global	3.93	1.00	3.36	1.39	-1.119
Inventario de Cogniciones Postraumáticas	13.61	3.86	12.47	4.48	-.691
• Cogniciones negativas acerca de sí mismo	4.36	1.43	3.99	1.80	-1.157
• Cogniciones negativas acerca del mundo	5.06	1.60	4.69	1.73	-.839
• Autopunición	4.19	1.88	3.79	1.65	-.710

* Nivel de significación: p<0.05

Resultado de la intervención psicológica

Índice clínico

Este índice se refiere a la sintomatología del trastorno de estrés postraumático. En el estudio de esta variable se realizó un análisis de varianza de medidas repetidas que asume un factor intergrupo (dos niveles) y un factor intrasujeto (cinco niveles). Los resultados que se recogen en la tabla 13.13. muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ni entre la interacción del grupo y las participantes, éstas sólo se dan intrasujetos.

Las diferencias encontradas, tanto para el puntaje total de la Escala de Gravedad de Síntomas del TEP, como para cada una de sus subescalas, indican que hay una marcada reducción de la sintomatología postraumática al postratamiento, la que se mantiene en los seguimientos realizados, independiente del grupo de tratamiento asignado. Las figuras 13.27. a 13.34. muestran de manera gráfica lo comentado.

TABLA 13.13. ANOVA: Escala de Gravedad de Síntomas del trastorno de estrés postraumático

VARIABLES	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	FUERZA DE ASOCIACIÓN**	POTENCIA
Escala de Gravedad de Síntomas del TEP				
Intergrupo	$F_{(3.38 \text{ y } 104.68)} = 1.305^{\dagger}$	No significativo	.040	.361
Intrasujeto	$F_{(3.38 \text{ y } 104.68)} = 56.401^{\dagger}$	$P < 0.001$	.645	1.000
Comparaciones intrasujeto:††				
Pre – Post	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 15.700$	$P < 0.001$		
Pre – Seguimiento 1 mes	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 16.450$	$P < 0.001$		
Pre – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 16.028$	$P < 0.001$		
Pre – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 16.161$	$P < 0.001$		
Post – Seguimiento 1 mes	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .750$	No significativo		
Post – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .328$	No significativo		
Post – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .461$	No significativo		
Seguimiento 1 mes – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = -.422$	No significativo		
Seguimiento 1 mes – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = -.289$	No significativo		
Seguimiento 3 meses – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .133$	No significativo		
Subescala de Síntomas Reexperimentación				
Intergrupo	$F_{(4 \text{ y } 124)} = 1.150$	No significativo	.036	.313
Intrasujeto	$F_{(4 \text{ y } 124)} = 36.519$	$P < 0.001$	.541	1.000
Comparaciones intrasujeto:††				
Pre – Post	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 4.472$	$P < 0.001$		
Pre – Seguimiento 1 mes	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 5.306$	$P < 0.001$		
Pre – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 4.811$	$P < 0.001$		
Pre – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 5.433$	$p < 0.001$		
Post – Seguimiento 1 mes	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .833$	No significativo		
Post – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .339$	No significativo		
Post – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .961$	No significativo		
Seguimiento 1 mes – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = -.494$	No significativo		
Seguimiento 1 mes – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .128$	No significativo		
Seguimiento 3 meses – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .622$	No significativo		
Subescala de Síntomas Evitación				
Intergrupo	$F_{(4 \text{ y } 124)} = 1.955$	No significativo	.059	.575
Intrasujeto	$F_{(4 \text{ y } 124)} = 44.650$	$p < 0.001$	.590	1.000
Comparaciones intrasujeto:††				
Pre – Post	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 6.039$	$p < 0.001$		
Pre – Seguimiento 1 mes	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 6.011$	$p < 0.001$		
Pre – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 6.567$	$p < 0.001$		
Pre – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 6.100$	$p < 0.001$		
Post – Seguimiento 1 mes	$F_{(1 \text{ y } 124)} = -0.028$	No significativo		
Post – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .528$	No significativo		
Post – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 0.061$	No significativo		
Seguimiento 1 mes – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .556$	No significativo		
Seguimiento 1 mes – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 0.089$	No significativo		
Seguimiento 3 meses – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = -.467$	No significativo		
Subescala de Síntomas Aumento Activación				
Intergrupo	$F_{(3.26 \text{ y } 101.15)} = .773^{\dagger}$	No significativo	.024	.219
Intrasujeto	$F_{(3.26 \text{ y } 101.15)} = 30.673^{\dagger}$	$p < 0.001$	.497	1.000
Comparaciones intrasujeto:††				
Pre – Post	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 5.161$	$p < 0.001$		
Pre – Seguimiento 1 mes	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 5.106$	$p < 0.001$		
Pre – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 4.622$	$p < 0.001$		
Pre – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 4.600$	$p < 0.001$		
Post – Seguimiento 1 mes	$F_{(1 \text{ y } 124)} = -0.056$	No significativo		
Post – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = -.539$	No significativo		
Post – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = -.561$	No significativo		
Seguimiento 1 mes – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = -.483$	No significativo		
Seguimiento 1 mes – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = -.506$	No significativo		
Seguimiento 3 meses – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = -0.022$	No significativo		

* Nivel de significación: $p < 0.05$

† Corregido supuesto de esfericidad (Huynh-Feldt)

** Eta cuadrado

†† Se ha aplicado corrección de Bonferroni

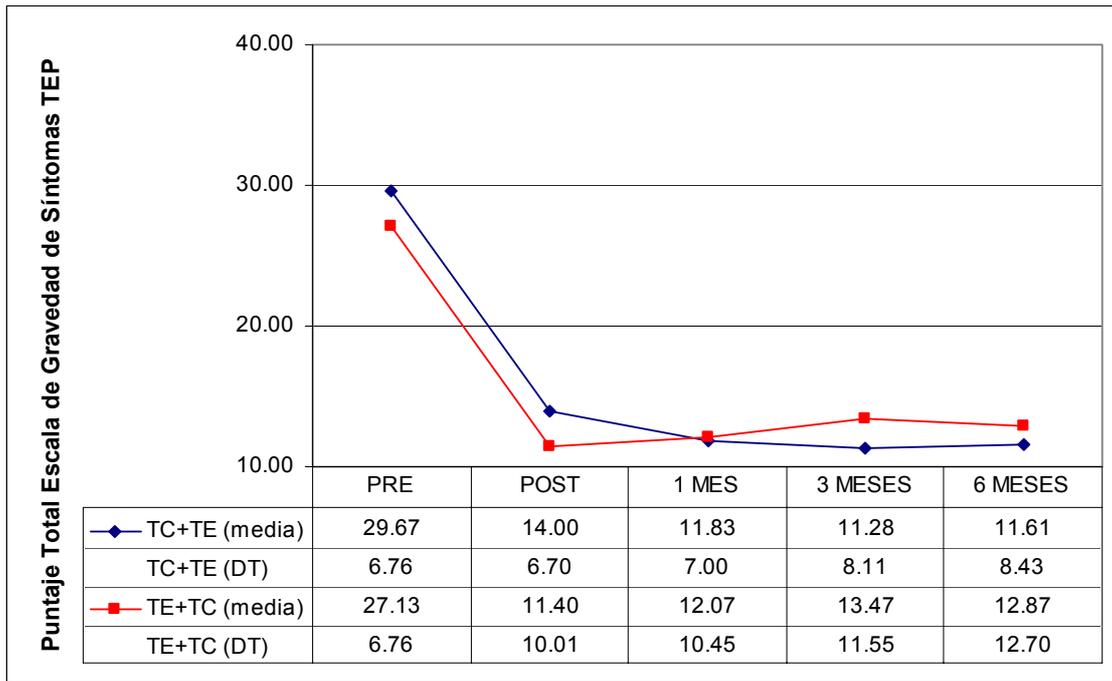


FIGURA 13.27. Puntaje Escala de Gravedad de Síntomas del TEP (media y desviación típica (DT)): Intergrupo

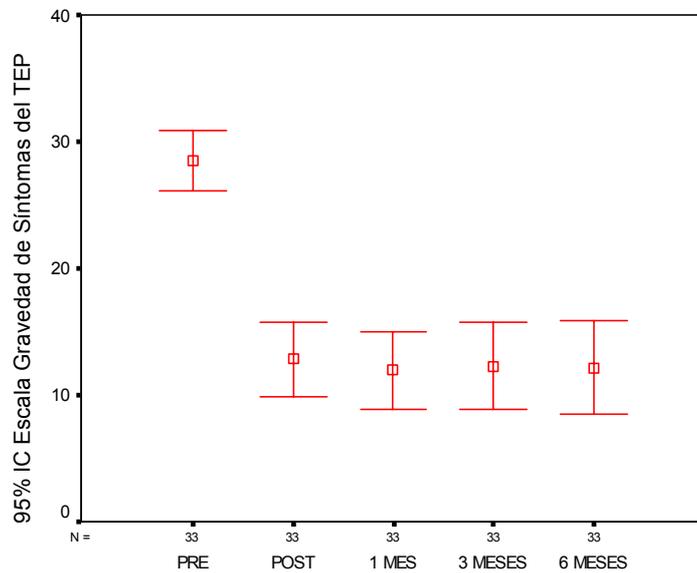


FIGURA 13.28. Diagrama de error para los puntajes en la Escala de Gravedad de Síntomas del TEP: Intrasujeto

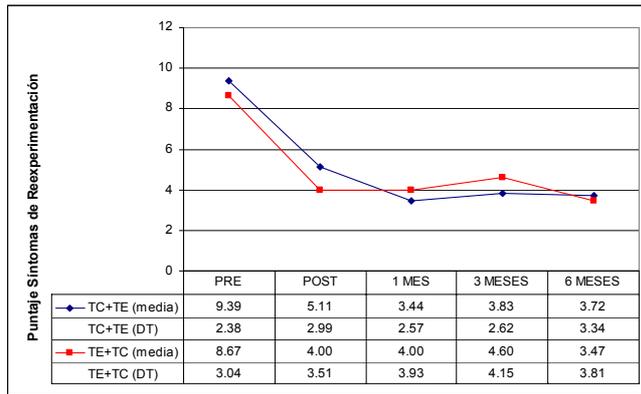


FIGURA 13.29. Puntaje subescala síntomas de reexperimentación (media y desviación típica (DT)): Intergrupo

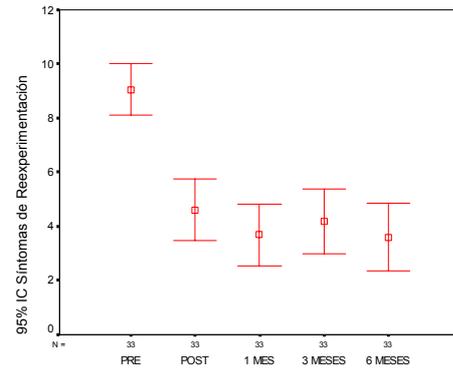


FIGURA 13.30. Diagrama de error para los puntajes en la subescala de síntomas de reexperimentación: Intrasujeto

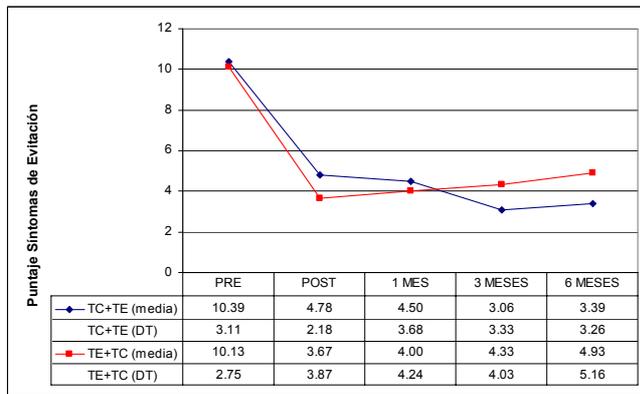


FIGURA 13.31. Puntaje subescala síntomas de evitación (media y desviación típica (DT)): Intergrupo

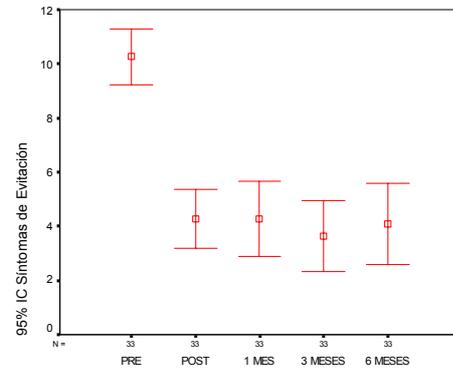


FIGURA 13.32. Diagrama de error para los puntajes en la subescala de síntomas de evitación: Intrasujeto

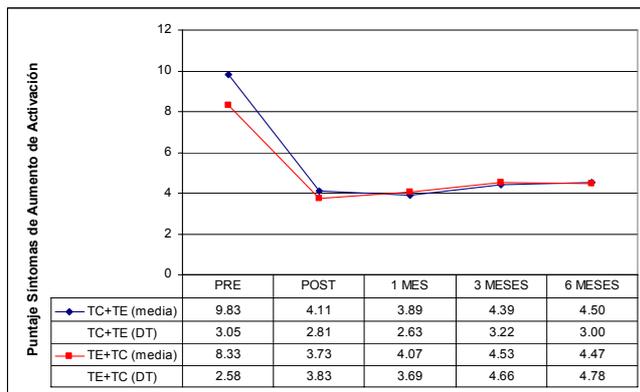


FIGURA 13.33. Puntaje subescala síntomas de aumento de activación (media y desviación típica (DT)): Intergrupo

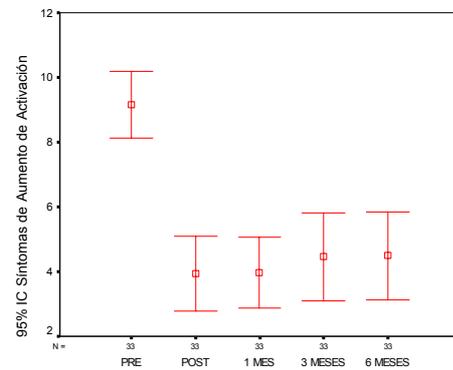


FIGURA 13.34. Diagrama de error para los puntajes en la subescala de síntomas de aumento de activación: Intrasujeto

Los resultados de eta cuadrado indican que la intervención llevada a cabo explica un 65% de la varianza intrasujeto observada en la Escala de Gravedad de Síntomas del TEP, y un 54%, 59% y 50% de la varianza intrasujeto observada en las subescalas de síntomas de reexperimentación, evitación y aumento de activación, respectivamente.

Asimismo, la potencia de la investigación es alta para las comparaciones intrasujeto (1.000), pero baja para las comparaciones intergrupo (valores que fluctúan entre .219 y .575), por lo que no se puede descartar la existencia de diferencias entre las modalidades experimentales, sino más bien se puede afirmar que en esta investigación no se encuentran diferencias significativas entre los grupos experimentales, y que de existir dichas diferencias, la investigación no es lo suficientemente potente para detectarlas.

En términos de significación clínica, de las 33 participantes que acabaron la intervención, al postratamiento sólo 3 presentan TEP, es decir, un 90.9% de las participantes no sólo mejoran de manera significativa sino que también se recuperan desde el punto de vista clínico. Estos resultados se mantienen al mes de seguimiento y presentan una leve reducción a los tres y seis meses de seguimiento en que un 84.8% de las participantes que acabaron la terapia se ve recuperado. La tabla 13.14. ofrece los datos comentados no sólo para la muestra global, sino también para las submuestras de cada modalidad experimental, y las figuras 13.35. y 13.36. lo representan de manera gráfica.

TABLA 13.14. Distribución de la muestra según diagnóstico de trastorno de estrés postraumático al postratamiento y seguimientos: Muestra que acaba la terapia en modalidad grupal (N = 33)

EVALUACIÓN	TIPO DE GRUPO / MUESTRA GLOBAL	PRESENCIA TEP N (%)	AUSENCIA TEP N (%)
POST	TC + TE	1 (5.6)	17 (94.4)
	TE + TC	2 (13.3)	13 (86.7)
	MUESTRA GLOBAL	3 (9.1)	30 (90.9)
1 MES	TC + TE	1 (5.6)	17 (94.4)
	TE + TC	2 (13.3)	13 (86.7)
	MUESTRA GLOBAL	3 (9.1)	30 (90.9)
3 MESES	TC + TE	2 (11.1)	16 (88.9)
	TE + TC	3 (20.0)	12 (80.0)
	MUESTRA GLOBAL	5 (15.2)	28 (84.8)
6 MESES	TC + TE	2 (11.1)	16 (88.9)
	TE + TC	3 (20.0)	12 (80.0)
	MUESTRA GLOBAL	5 (15.2)	28 (84.8)

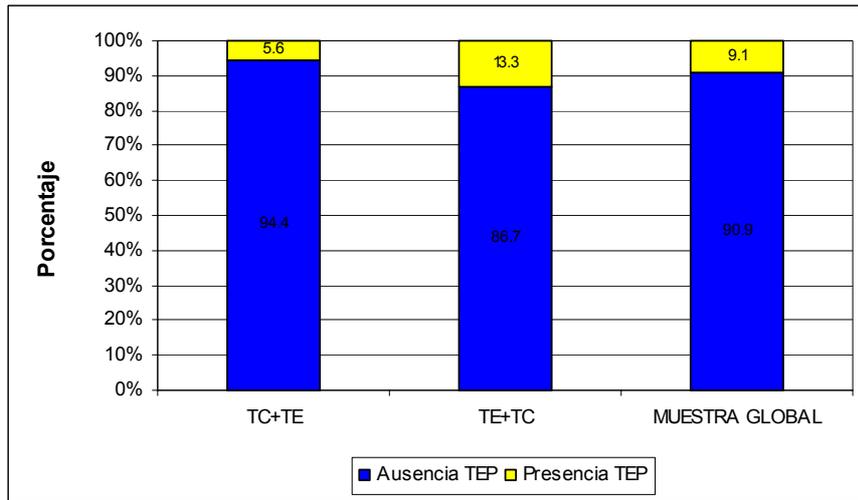


FIGURA 13.35. Resultado final: Comparaciones entre grupos y muestra total al postratamiento y seguimiento de un mes. Muestra que acaba la terapia en modalidad grupal

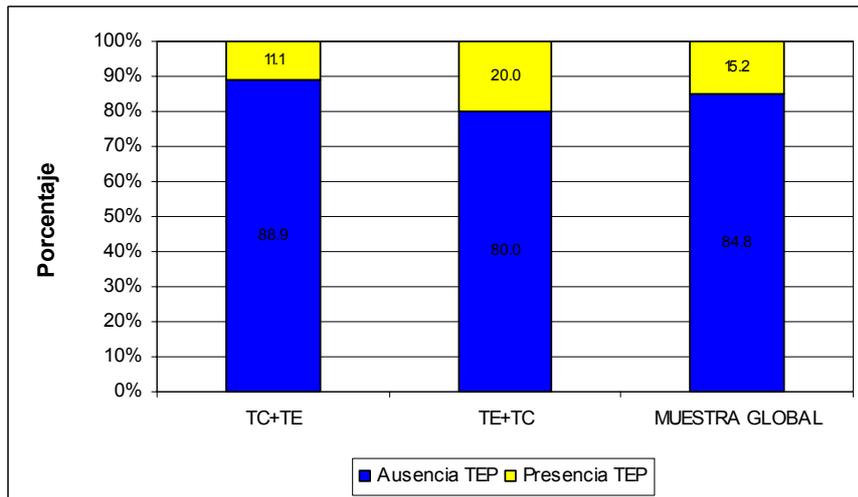


FIGURA 13.36. Resultado final: Comparaciones entre grupos y muestra total al seguimiento de tres y seis meses. Muestra que acaba la terapia en modalidad grupal

Las diferencias que se aprecian en la recuperación de las participantes que acabaron la terapia entre las modalidades experimentales no son estadísticamente significativas, como se puede observar en los resultados de la prueba *ji*-cuadrado de Pearson (χ^2) realizada, que se presentan en la tabla 13.15.

TABLA 13.15. *Ji*-cuadrado intergrupo: Diagnóstico de trastorno de estrés postraumático, muestra que acaba la terapia en modalidad grupal (N = 33)

VARIABLES	χ^2_{gl}	SIGNIFICACIÓN*
Diagnóstico TEP postratamiento	$\chi^2_1 = .599$	No significativo
Diagnóstico TEP 1 mes de seguimiento	$\chi^2_1 = .599$	No significativo
Diagnóstico TEP 3 meses de seguimiento	$\chi^2_1 = .503$	No significativo
Diagnóstico TEP 6 meses de seguimiento	$\chi^2_1 = .503$	No significativo

* Nivel de significación: $p < 0.05$

Ahora bien, si se realizan estos mismos cálculos considerando a todas las participantes que iniciaron el tratamiento y no sólo a aquellas que lo acabaron en modalidad grupal, los porcentajes de efectividad de la intervención disminuyen: A los 6 meses de seguimiento un 56% de las participantes que iniciaron la intervención no presenta trastorno de estrés postraumático (64% de las asignadas a terapia cognitiva más terapia de exposición y 48% de las asignadas a terapia de exposición más terapia cognitiva). La tabla 13.16. ofrece estos resultados tanto para el postratamiento como para los diversos seguimientos realizados y las figuras 13.37. y 13.38. los presentan gráficamente.

TABLA 13.16. Distribución de la muestra según diagnóstico de trastorno de estrés postraumático al postratamiento y seguimientos: Muestra que inició la terapia (N = 50)

EVALUACIÓN	TIPO DE GRUPO / MUESTRA GLOBAL	AUSENCIA TEP N (%)	PRESENCIA TEP N (%)	DIAGNÓSTICO DESCONOCIDO N (%)
POST	TC + TE	17 (68.0)	1 (4.0)	7 (28.0)
	TE + TC	13 (52.0)	2 (8.0)	10 (40.0)
	MUESTRA GLOBAL	30 (60.0)	3 (6.0)	17 (34.0)
1 MES	TC + TE	17 (68.0)	1 (4.0)	7 (28.0)
	TE + TC	13 (52.0)	2 (8.0)	10 (40.0)
	MUESTRA GLOBAL	30 (60.0)	3 (6.0)	17 (34.0)
3 MESES	TC + TE	16 (64.0)	2 (8.0)	7 (28.0)
	TE + TC	12 (48.0)	3 (12.0)	10 (40.0)
	MUESTRA GLOBAL	28 (56.0)	5 (10.0)	17 (34.0)
6 MESES	TC + TE	16 (64.0)	2 (8.0)	7 (28.0)
	TE + TC	12 (48.0)	3 (12.0)	10 (40.0)
	MUESTRA GLOBAL	28 (56.0)	5 (10.0)	17 (34.0)

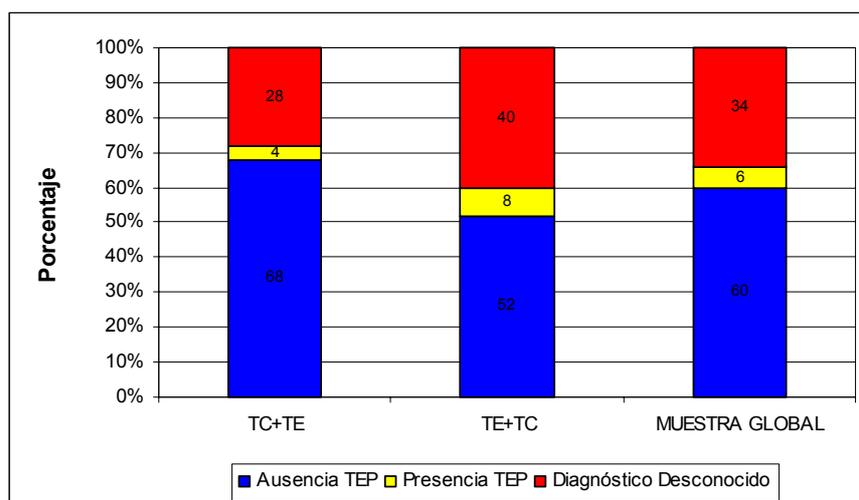


FIGURA 13.37. Resultado final: Comparaciones entre grupos y muestra total al postratamiento y seguimiento de un mes. Muestra que inició la terapia

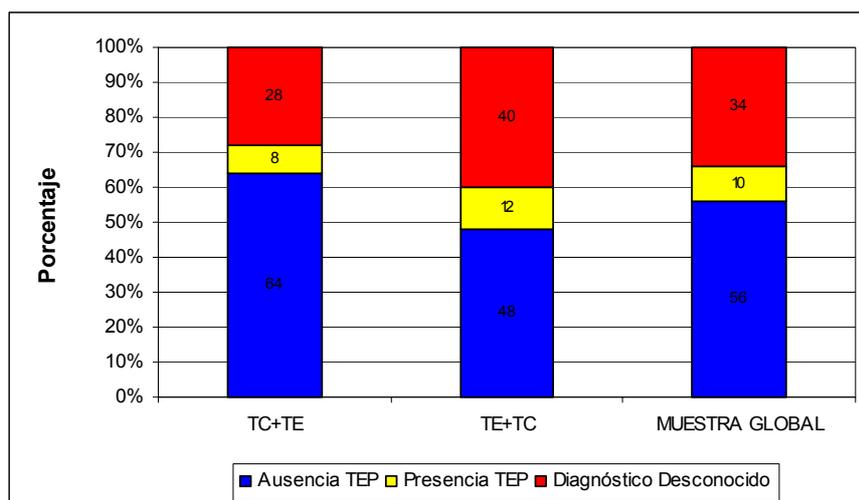


FIGURA 13.38. Resultado final: Comparaciones entre grupos y muestra total al seguimiento de tres y seis meses. Muestra que inició la terapia

Las diferencias observadas en la recuperación de las participantes que iniciaron la terapia entre las modalidades experimentales no son estadísticamente significativas, como puede observarse en los resultados de la prueba *ji*-cuadrado de Pearson (χ^2), presentados en la tabla 13.17.

TABLA 13.17. *Ji*-cuadrado intergrupo: Diagnóstico de trastorno de estrés postraumático, muestra que inició la terapia (N = 50)

VARIABLES	χ^2_{gl}	SIGNIFICACIÓN*
Diagnóstico TEP postratamiento	$\chi^2_2 = 1.396$	No significativo
Diagnóstico TEP 1 mes de seguimiento	$\chi^2_2 = 1.396$	No significativo
Diagnóstico TEP 3 meses de seguimiento	$\chi^2_2 = 1.301$	No significativo
Diagnóstico TEP 6 meses de seguimiento	$\chi^2_2 = 1.301$	No significativo

* Nivel de significación: $p < 0.05$

Asimismo, se llevó a cabo una comparación por grupos de síntomas, tomando como criterio de ausencia o presencia de los grupos sintomáticos los establecidos en la Escala de Gravedad de Síntomas del TEP, esto es, 1) Número de síntomas necesarios para cumplir criterio diagnóstico de TEP según la clasificación DSM-IV: Un síntoma de reexperimentación, tres de evitación y dos de aumento de activación; y 2) Puntaje de corte establecido por la Escala, reexperimentación: 5 puntos, evitación: 6 puntos y aumento de activación: 4 puntos.

A los seis meses de seguimiento, el 66.7% de las participantes no muestra síntomas de reexperimentación ni de aumento de la activación, independientemente del tipo de modalidad experimental a que ha sido asignada. En cuanto a los síntomas de evitación, un 88.9% de las participantes tratadas con terapia cognitiva más terapia de exposición no muestra síntomas, porcentaje un poco menor, 66.7%, para las participantes tratadas con terapia de exposición más terapia cognitiva.

Las tablas 13.18. a 13.20. ofrecen los datos referidos y las figuras 13.39. a 13.50. los muestran de manera gráfica.

TABLA 13.18. Distribución de la muestra según sintomatología de reexperimentación, al postratamiento y seguimientos

EVALUACIÓN	TIPO DE GRUPO/ MUESTRA GLOBAL	PRESENCIA SÍNTOMAS REEXPERIMENTACIÓN N (%)	AUSENCIA SÍNTOMAS REEXPERIMENTACIÓN N (%)
POST	TC + TE	11 (61.1)	7 (38.9)
	TE + TC	6 (40.0)	9 (60.0)
	MUESTRA GLOBAL	17 (51.5)	16 (48.5)
1 MES	TC + TE	7 (38.9)	11 (61.1)
	TE + TC	5 (33.3)	10 (66.7)
	MUESTRA GLOBAL	12 (36.4)	21 (63.6)
3 MESES	TC + TE	8 (44.4)	10 (55.6)
	TE + TC	4 (26.7)	11 (73.3)
	MUESTRA GLOBAL	12 (36.4)	21 (63.3)
6 MESES	TC + TE	6 (33.3)	12 (66.7)
	TE + TC	5 (33.3)	10 (66.7)
	MUESTRA GLOBAL	11 (33.3)	22 (66.7)

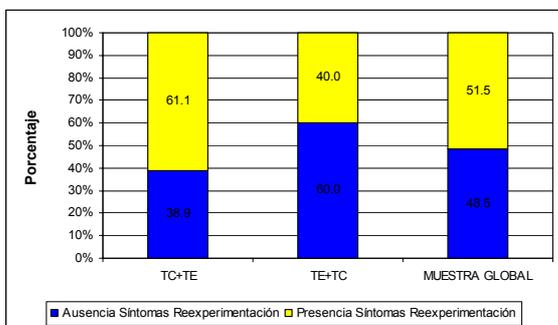


FIGURA 13.39. Síntomas de Reexperimentación: Comparaciones entre grupos y muestra total al postratamiento

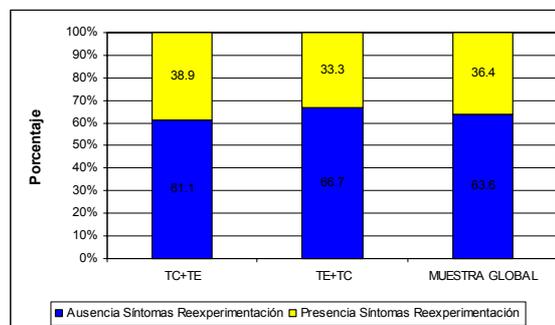


FIGURA 13.40. Síntomas de Reexperimentación: Comparaciones entre grupos y muestra total al seguimiento de un mes

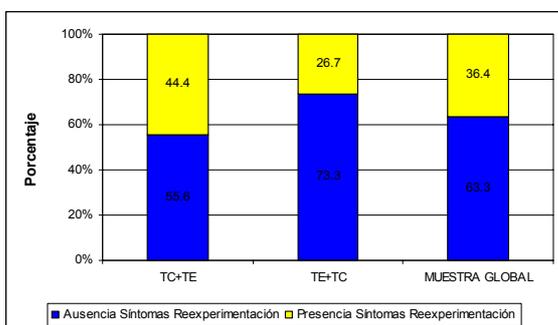


FIGURA 13.41. Síntomas de Reexperimentación: Comparaciones entre grupos y muestra total al seguimiento de tres meses

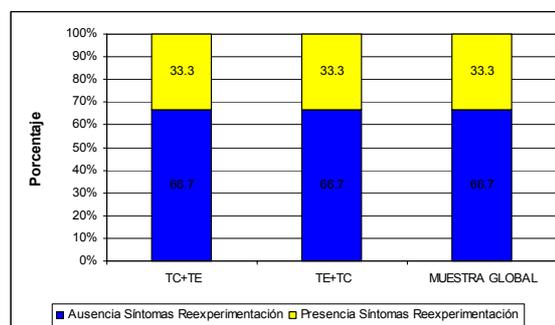


FIGURA 13.42. Síntomas de Reexperimentación: Comparaciones entre grupos y muestra total al seguimiento de seis meses

TABLA 13.19. Distribución de la muestra según sintomatología de evitación, al postratamiento y seguimientos

EVALUACIÓN	TIPO DE GRUPO/ MUESTRA GLOBAL	PRESENCIA SÍNTOMAS EVITACIÓN N (%)	AUSENCIA SÍNTOMAS EVITACIÓN N (%)
POST	TC + TE	1 (5.6)	17 (94.4)
	TE + TC	3 (20.0)	12 (80.0)
	MUESTRA GLOBAL	4 (12.1)	29 (87.9)
1 MES	TC + TE	5 (27.8)	13 (72.2)
	TE + TC	3 (20.0)	12 (80.0)
	MUESTRA GLOBAL	8 (24.2)	25 (75.8)
3 MESES	TC + TE	2 (11.1)	16 (88.9)
	TE + TC	4 (26.7)	11 (73.3)
	MUESTRA GLOBAL	6 (18.2)	27 (81.8)
6 MESES	TC + TE	2 (11.1)	16 (88.9)
	TE + TC	5 (33.3)	10 (66.7)
	MUESTRA GLOBAL	7 (21.2)	26 (78.8)

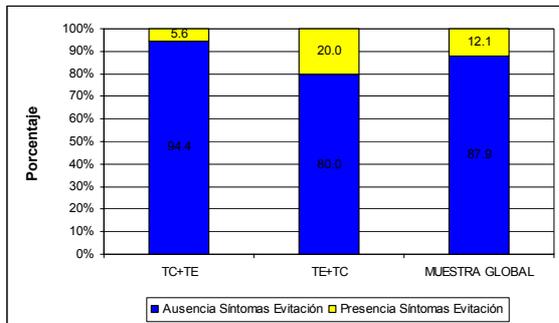


FIGURA 13.43. Síntomas de Evitación: Comparaciones entre grupos y muestra total al postratamiento

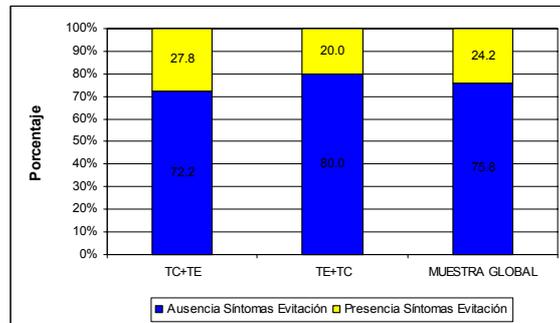


FIGURA 13.44. Síntomas de Evitación: Comparaciones entre grupos y muestra total al seguimiento de un mes

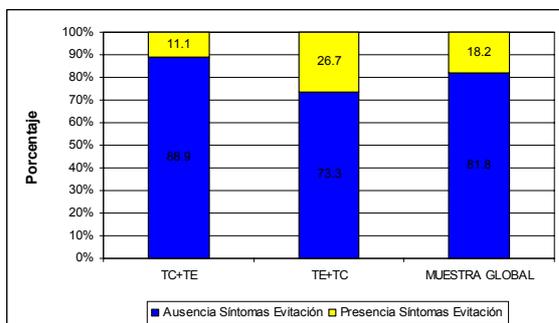


FIGURA 13.45. Síntomas de Evitación: Comparaciones entre grupos y muestra total al seguimiento de tres meses

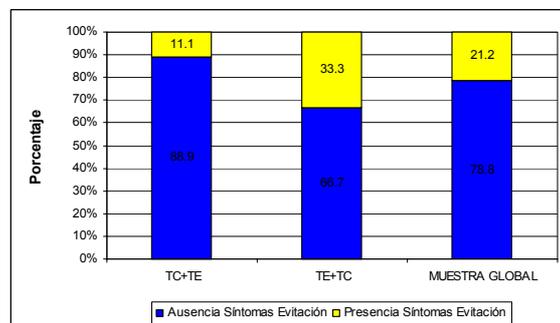


FIGURA 13.46. Síntomas de Evitación: Comparaciones entre grupos y muestra total al seguimiento de seis meses

TABLA 13.20. Distribución de la muestra según sintomatología de aumento de activación, al postratamiento y seguimientos

EVALUACIÓN	TIPO DE GRUPO/ MUESTRA GLOBAL	PRESENCIA SÍNTOMAS AUMENTO ACTIVACIÓN N (%)	AUSENCIA SÍNTOMAS AUMENTO ACTIVACIÓN N (%)
POST	TC + TE	6 (33.3)	10 (66.7)
	TE + TC	5 (33.3)	10 (66.7)
	MUESTRA GLOBAL	11 (33.3)	22 (66.7)
1 MES	TC + TE	8 (44.4)	10 (55.6)
	TE + TC	6 (40.0)	9 (60.0)
	MUESTRA GLOBAL	14 (42.4)	19 (57.6)
3 MESES	TC + TE	9 (50.0)	9 (50.0)
	TE + TC	7 (46.7)	8 (53.3)
	MUESTRA GLOBAL	16 (48.5)	17 (51.5)
6 MESES	TC + TE	6 (33.3)	12 (66.7)
	TE + TC	5 (33.3)	10 (66.7)
	MUESTRA GLOBAL	11 (33.3)	22 (66.7)

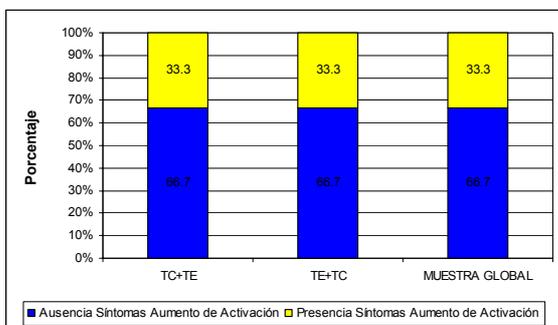


FIGURA 13.47. Síntomas de Aumento de Activación: Comparaciones entre grupos y muestra total al postratamiento

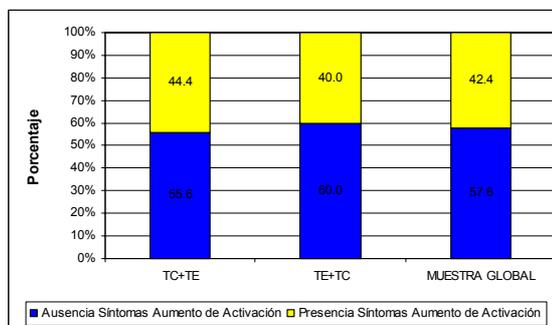


FIGURA 13.48. Síntomas de Aumento de Activación: Comparaciones entre grupos y muestra total al seguimiento de un mes

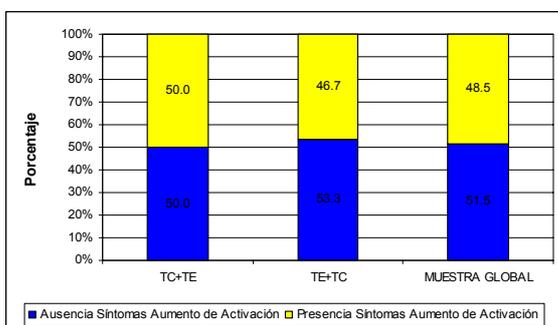


FIGURA 13.49. Síntomas de Aumento de Activación: Comparaciones entre grupos y muestra total al seguimiento de tres meses

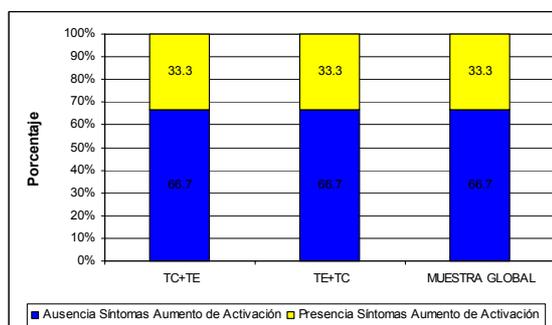


FIGURA 13.50. Síntomas de Aumento de Activación: Comparaciones entre grupos y muestra total al seguimiento de seis meses

Las diferencias que se aprecian en la disminución de los síntomas postraumáticos en las participantes de ambas modalidades experimentales no son estadísticamente significativas, como se puede observar en los resultados de la prueba *ji*-cuadrado de Pearson (χ^2) llevada a cabo, que se presentan en la tabla 13.21.

TABLA 13.21. *Ji*-cuadrado intergrupo: Sintomatología Postraumática

VARIABLES	χ^2_{gl}	SIGNIFICACIÓN*
Síntomas de reexperimentación, postratamiento	$\chi^2_1 = 1.460$	No significativo
Síntomas de reexperimentación, 1 mes de seguimiento	$\chi^2_1 = .109$	No significativo
Síntomas de reexperimentación, 3 meses de seguimiento	$\chi^2_1 = 1.117$	No significativo
Síntomas de reexperimentación, 6 meses de seguimiento	$\chi^2_1 = .000$	No significativo
Síntomas de evitación, postratamiento	$\chi^2_1 = 1.603$	No significativo
Síntomas de evitación, 1 mes de seguimiento	$\chi^2_1 = .270$	No significativo
Síntomas de evitación, 3 meses de seguimiento	$\chi^2_1 = 1.331$	No significativo
Síntomas de evitación, 6 meses de seguimiento	$\chi^2_1 = 2.418$	No significativo
Síntomas de aumento de activación, postratamiento	$\chi^2_1 = .000$	No significativo
Síntomas de aumento de activación, 1 mes de seguimiento	$\chi^2_1 = .066$	No significativo
Síntomas de aumento de activación, 3 meses de seguimiento	$\chi^2_1 = .036$	No significativo
Síntomas de aumento de activación, 6 meses de seguimiento	$\chi^2_1 = .000$	No significativo

* Nivel de significación: $p < 0.05$

Adherencia al tratamiento

La tabla 13.22. ofrece un resumen de las frecuencias y porcentajes de abandono de cada modalidad experimental. Debido a que la terapia se llevó a cabo en modalidad grupal, se producen ciertos casos en que por abandono de algunas participantes, los grupos se desintegran y la participante que queda debe ser tratada en modalidad individual, estos casos no se consideran como abandonos, pero tampoco pueden ser utilizados en los análisis de resultados de la intervención experimental. Por otra parte hay abandonos “reales”, en que las participantes abandonan la intervención sin dar explicaciones, y abandonos “forzados”, en los que se conoce el motivo del mismo ya que las participantes han debido dejar la terapia por diversas razones que ponen en conocimiento de la terapeuta, como incompatibilidad con el horario de un trabajo recién encontrado, cambio de localidad de residencia e imposibilidad para trasladarse al lugar en que se lleva a cabo la intervención, etc. Estos motivos aparecen en la tabla 13.22. como motivos de “fuerza mayor”. La figura 13.51. presenta de manera gráfica los porcentajes de abandono para cada modalidad experimental.

TABLA 13.22. Frecuencias y porcentajes de abandonos en los grupos experimentales

SITUACIÓN DE LAS PARTICIPANTES	TC + TE		TE + TC	
	N	%	N	%
Completó el tratamiento experimental	18	72	15	60
Empezó el tratamiento, pero acabó en modalidad individual	2	8	2	8
Abandonó el tratamiento:	5	20	8	32
• Por motivos de fuerza mayor	3	12	3	12
• Por motivos desconocidos	2	8	5	20

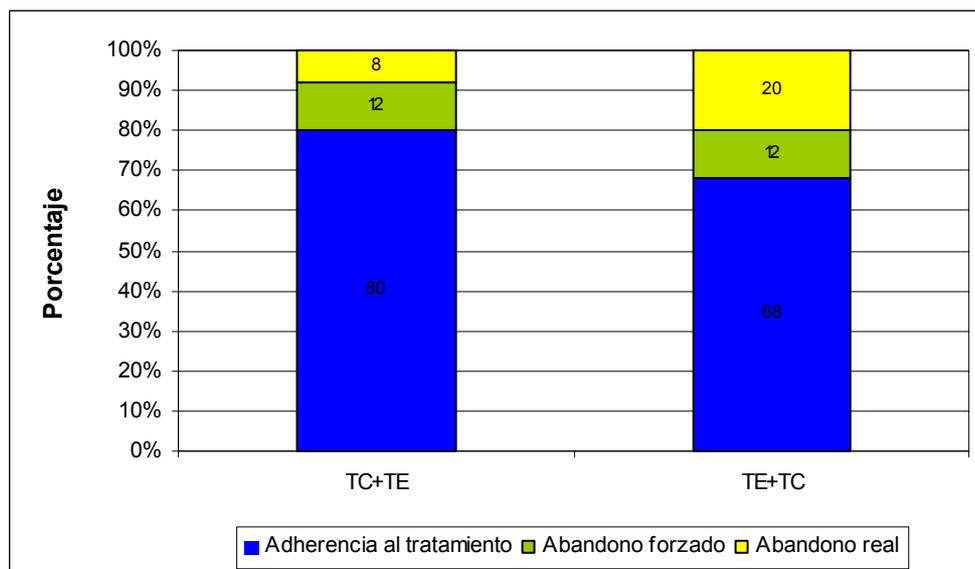


FIGURA 13.51. Porcentajes de abandono para cada grupo experimental

No obstante, las diferencias observadas en cada modalidad experimental no son estadísticamente significativas, como puede apreciarse en la tabla 13.23. que resume los resultados de la prueba *ji*-cuadrado de Pearson (χ^2) realizada.

TABLA 13.23. *Ji*-cuadrado intergrupo: Abandono

VARIABLES	χ^2_{gl}	SIGNIFICACIÓN*
Abandono	$\chi^2_1 = 1.495$	No significativo
Motivo del abandono	$\chi^2_1 = .627$	No significativo

* Nivel de significación: $p < 0.05$

Otra variable que describe la adherencia de las participantes al tratamiento es el comportamiento, es decir, la asistencia de las participantes a las sesiones. En la tabla 13.24. pueden observarse las frecuencias y porcentajes de asistencia a sesiones para cada modalidad experimental. La figuras 13.52. y 13.53. lo presentan de manera gráfica.

TABLA 13.24. Frecuencias y porcentajes de asistencia a sesiones en los grupos experimentales

NÚMERO DE SESIONES	TC + TE		TE + TC	
	N	%	N	%
Cinco	0	0.0	1	6.7
Seis	2	11.1	0	0.0
Siete	4	22.2	0	0.0
Ocho (la totalidad para TC + TE)	12	66.7	1	6.7
Nueve (la totalidad para TE + TC)	No corresponde		13	86.6

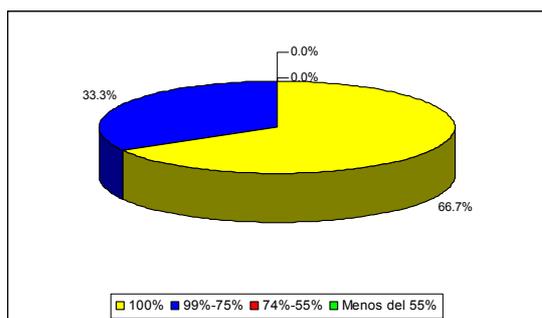


FIGURA 13.52. Porcentaje de asistencia a sesiones: TC + TE

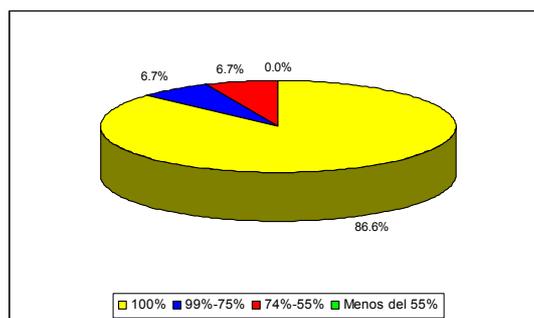


FIGURA 13.53. Porcentaje de asistencia a sesiones: TE + TC

Es de destacar que si bien la terapia de exposición seguida de terapia cognitiva presenta un mayor número de abandonos en comparación con la terapia cognitiva seguida de terapia de exposición, un porcentaje mayor de participantes asiste a la totalidad de las sesiones en esta modalidad experimental, un 86.6%, frente a un 66.7% en la modalidad de terapia cognitiva seguida de exposición. Asimismo, es destacable que en la modalidad de terapia cognitiva más terapia de exposición, todas las participantes asisten a por lo menos el 75% de las sesiones, y en la terapia de exposición más terapia cognitiva, una participante asiste sólo al 55% de las sesiones.

Debido a que el número máximo de sesiones en cada modalidad de tratamiento es distinto, se trabajó con porcentajes y antes de realizar la prueba *t* se les aplicó a dichos porcentajes la función arcoseno. Las diferencias observadas entre las modalidades experimentales no son estadísticamente significativas ($t_{31} = -.969$; no significativo).

Finalmente, se describe la adherencia al tratamiento a través del cumplimiento de tareas de las participantes. Del registro de cumplimiento de tareas que se completaba al final de cada sesión, se calculó el porcentaje de las mismas que había sido llevado a cabo por cada participante al final del tratamiento. En la tabla 13.25. se resume la frecuencia y porcentajes cumplimiento de tareas realizadas por las participantes en cada modalidad de tratamiento, y en las figuras 13.54. y 13.55. se presentan los resultados de manera gráfica.

TABLA 13.25. Frecuencias y porcentajes de cumplimiento de tareas en los grupos experimentales

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE TAREAS	TC + TE		TE + TC	
	N	%	N	%
100%	6	33.3	3	20.0
90%-99%	0	0.0	2	13.3
75%-89%	5	27.8	6	40.0
60%-74%	3	16.7	1	6.7
50%-59%	1	5.5	2	13.3
Menos del 50%	3	16.7	1	6.7

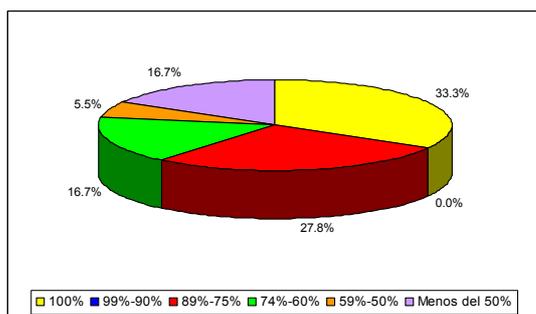


FIGURA 13.54. Porcentaje de cumplimiento de tareas: TC + TE

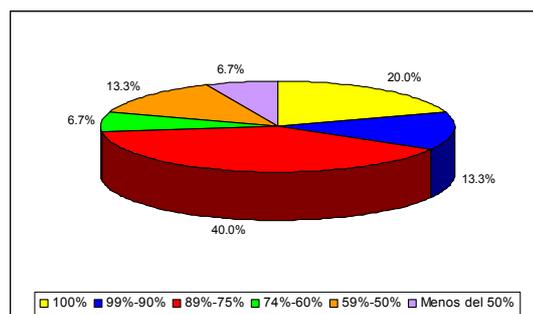


FIGURA 13.55. Porcentaje de cumplimiento de tareas: TE + TC

En la modalidad experimental de terapia cognitiva más terapia de exposición, el 33.3% de las participantes cumplió la totalidad de las tareas asignadas y un 27.8% cumplió entre un 75% y un 99% de las mismas. En la modalidad de terapia de exposición más terapia cognitiva, sólo un 20% de las participantes cumplió la totalidad de las tareas asignadas, pero un 53.3% cumplió entre un 75% y un 99% de las mismas. Es decir, en la modalidad de terapia cognitiva más terapia de exposición, un 61.1% de las participantes tuvo un comportamiento adecuado a la terapia, esto es, cumplió más del 75% de las tareas asignadas, cifra que asciende a un 73.3% de las participantes asignadas a la modalidad de terapia de exposición más terapia cognitiva. Un 16.7% y un 6.7% cumplió menos del 50% de las tareas asignadas, en las modalidades de terapia cognitiva más terapia de exposición y terapia de exposición más terapia cognitiva, respectivamente.

No obstante, las diferencias encontradas en las modalidades de tratamiento en cuanto a cumplimiento de tareas, no son estadísticamente significativas, la media de cumplimiento de tareas es de 12.11 para las participantes asignadas a terapia cognitiva más terapia de exposición, y de 12.67 en las participantes asignadas a terapia de exposición más terapia cognitiva, de un total de 16 tareas ($t_{31} = -.442$; no significativo).

Variables de adaptación y sintomatología concomitante

Para el estudio de estas variables se llevó a cabo un análisis de varianza de medidas repetidas que asume un factor intergrupo (dos niveles) y un factor intrasujeto (cinco niveles), a excepción del Inventario de Cogniciones Postraumáticas (PTCI) en que el factor intrasujeto tiene 6 niveles, pues se realizó una medición en la mitad de cada modalidad de tratamiento, esto es, acabadas las sesiones cognitivas, en la modalidad de terapia cognitiva más terapia de exposición, y acabadas las sesiones de exposición, en la modalidad de terapia de exposición más terapia cognitiva. Los resultados muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ni entre la interacción del grupo y las participantes, éstas sólo se dan intrasujetos.

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

En la sintomatología depresiva evaluada a través del BDI, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el pretratamiento y el postratamiento, diferencias que se mantienen en los seguimientos realizados, independiente del grupo de tratamiento asignado. La tabla 13.26. ofrece los resultados y las figuras 13.56. y 13.57. los muestran de manera gráfica.

TABLA 13.26. ANOVA: BDI

VARIABLES	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	FUERZA DE ASOCIACIÓN**	POTENCIA
BDI				
Intergrupo	$F_{(4, y 124)} = 2.025$	No significativo	.061	.592
Intrasujeto	$F_{(4, y 124)} = 25.692$	$p < 0.001$	.453	1.000
Comparaciones intrasujeto:†				
Pre – Post	$F_{(1, y 124)} = 12.817$	$p < 0.001$		
Pre – Seguimiento 1 mes	$F_{(1, y 124)} = 14.044$	$p < 0.001$		
Pre – Seguimiento 3 meses	$F_{(1, y 124)} = 13.667$	$p < 0.001$		
Pre – Seguimiento 6 meses	$F_{(1, y 124)} = 14.789$	$p < 0.001$		
Post – Seguimiento 1 mes	$F_{(1, y 124)} = 1.228$	No significativo		
Post – Seguimiento 3 meses	$F_{(1, y 124)} = .850$	No significativo		
Post – Seguimiento 6 meses	$F_{(1, y 124)} = 1.972$	No significativo		
Seguimiento 1 mes – Seguimiento 3 meses	$F_{(1, y 124)} = -.378$	No significativo		
Seguimiento 1 mes – Seguimiento 6 meses	$F_{(1, y 124)} = .744$	No significativo		
Seguimiento 3 meses – Seguimiento 6 meses	$F_{(1, y 124)} = 1.122$	No significativo		

* Nivel de significación: $p < 0.05$

†Se ha aplicado corrección de Bonferroni

** Eta cuadrado

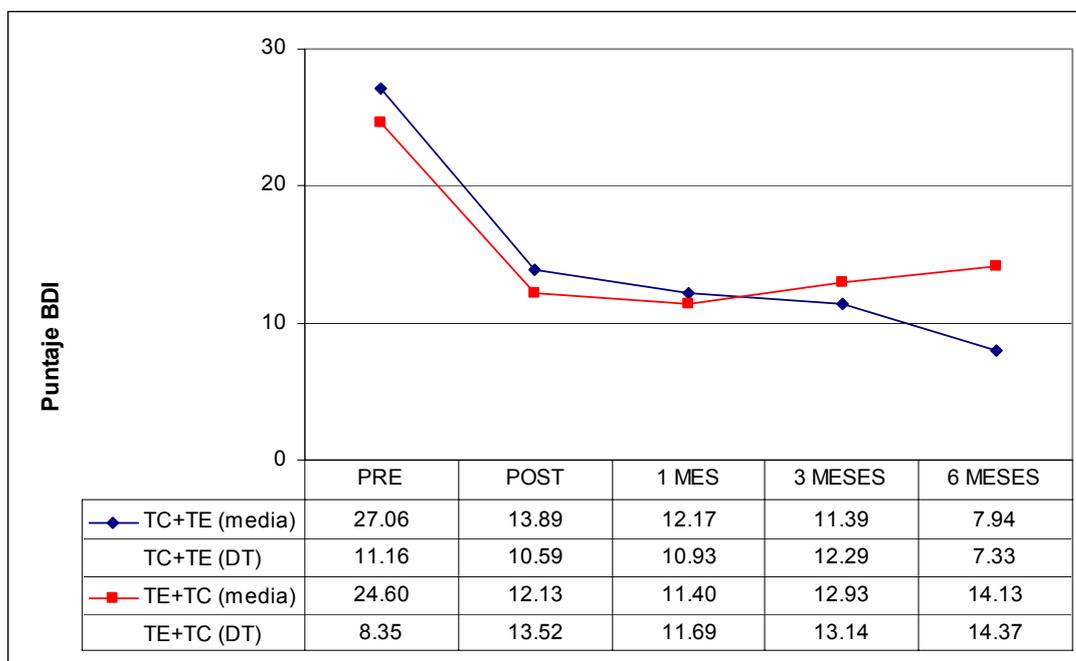


FIGURA 13.56. Puntaje BDI (media y desviación típica (DT)): Intergrupo

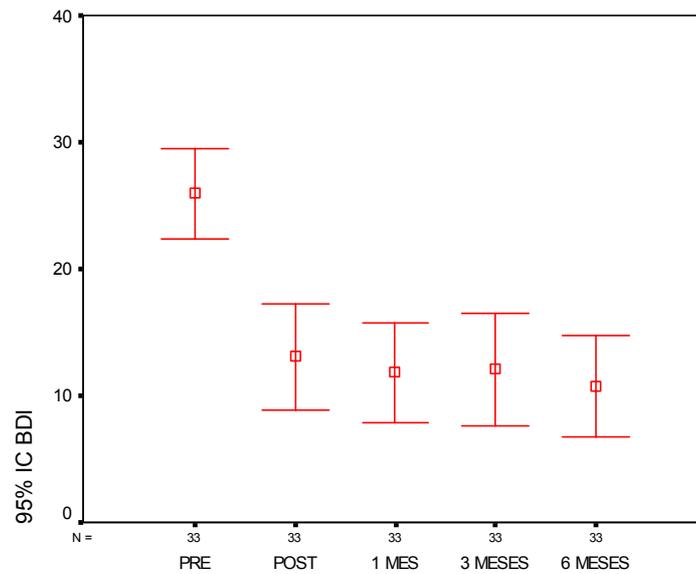


FIGURA 13.57. Diagrama de error para los puntajes en el BDI: Intrasujeto

Los resultados de eta cuadrado indican que la intervención llevada a cabo explica un 45% de la varianza intrasujeto observada en el BDI. Asimismo, la potencia de la investigación es alta para las comparaciones intrasujeto (1.000), pero baja para las comparaciones intergrupo (.592), por lo que nuevamente no se puede descartar la existencia de diferencias entre las modalidades experimentales, sino más bien se puede afirmar que al realizar esta investigación no se encuentran diferencias significativas entre los grupos experimentales, y que si dichas diferencias existieran, la investigación no es lo suficientemente potente para detectarlas.

En términos de significación clínica, de las 33 participantes que acabaron la intervención, al postratamiento un 54.5% de las participantes presenta algún grado de depresión, en comparación con 87.9% de las participantes que presentaban algún grado de depresión al pretratamiento, es decir, un 45.5% no sólo mejora de manera significativa sino que también se recupera desde el punto de vista clínico. Estos resultados se mantienen y se incrementan en los seguimientos, llegando a no presentar depresión un 63.6% de las participantes, a los seis meses de seguimiento. La tabla 13.27. presenta los resultados comentados para la muestra global y para las submuestras de cada modalidad experimental, y las figuras 13.58. a 13.60. lo representan de manera gráfica.

TABLA 13.27. Distribución de la muestra según diagnóstico en el BDI al postratamiento y seguimientos

EVALUACIÓN	TIPO DE GRUPO / MUESTRA GLOBAL	AUSENCIA DE DEPRESIÓN N (%)	DEPRESIÓN LEVE N (%)	DEPRESIÓN MODERADA N (%)	DEPRESIÓN GRAVE N (%)
PRE	TC + TE	2 (11.1)	2 (11.1)	8 (44.5)	6 (33.3)
	TE + TC	2 (13.3)	0 (0.0)	8 (53.4)	5 (33.3)
	MUESTRA GLOBAL	4 (12.1)	2 (6.1)	16 (48.5)	11 (33.3)
POST	TC + TE	5 (27.8)	8 (44.4)	3 (16.7)	2 (11.1)
	TE + TC	10 (66.7)	2 (13.3)	1 (6.7)	2 (13.3)
	MUESTRA GLOBAL	15 (45.5)	10 (30.3)	4 (12.1)	4 (12.1)
1 MES	TC + TE	9 (50.0)	3 (16.7)	5 (27.7)	1 (5.6)
	TE + TC	8 (53.4)	3 (20.0)	2 (13.3)	2 (13.3)
	MUESTRA GLOBAL	17 (51.5)	6 (18.2)	7 (21.2)	3 (9.1)
3 MESES	TC + TE	11 (61.1)	3 (16.7)	2 (11.1)	2 (11.1)
	TE + TC	8 (53.4)	2 (13.3)	2 (13.3)	3 (20.0)
	MUESTRA GLOBAL	19 (57.5)	5 (15.2)	4 (12.1)	5 (15.2)
6 MESES	TC + TE	12 (66.7)	5 (27.7)	1 (5.6)	0 (0.0)
	TE + TC	9 (60.0)	1 (6.7)	2 (13.3)	3 (20.0)
	MUESTRA GLOBAL	21 (63.6)	6 (18.2)	3 (9.1)	3 (9.1)

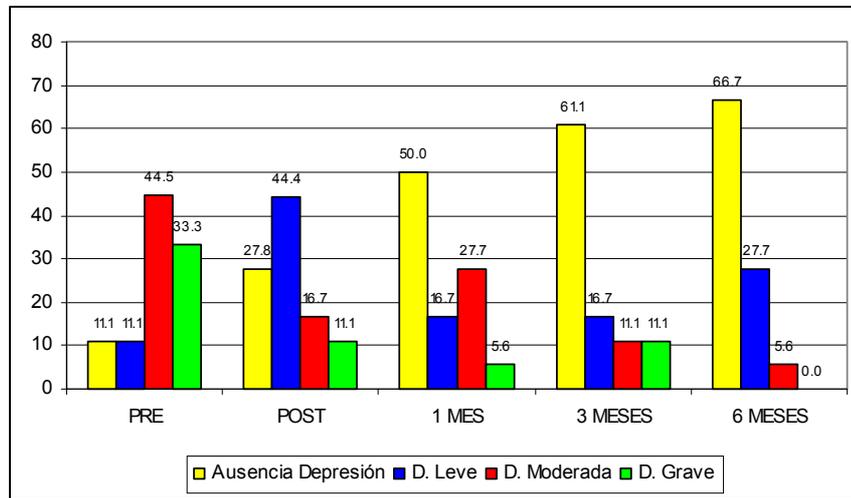


FIGURA 13.58. Diagnósticos de depresión según BDI, al pretratamiento, postratamiento y seguimientos: TC + TE

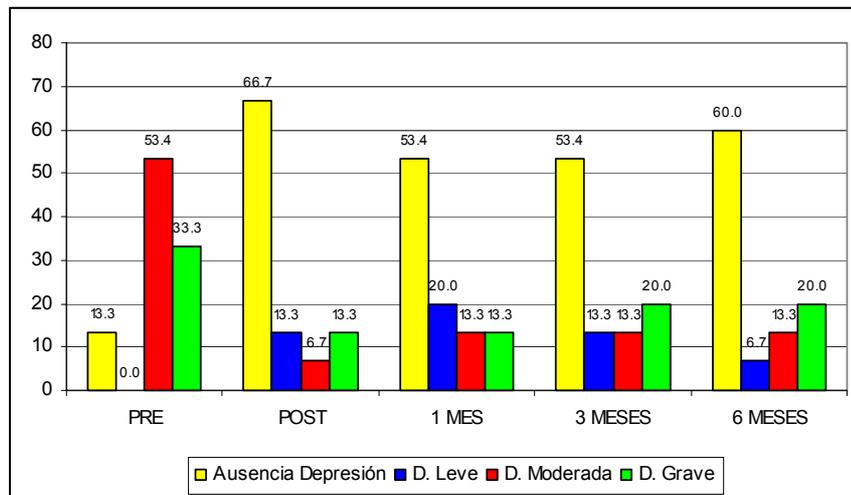


FIGURA 13.59. Diagnósticos de depresión según BDI, al pretratamiento, postratamiento y seguimientos: TE + TC

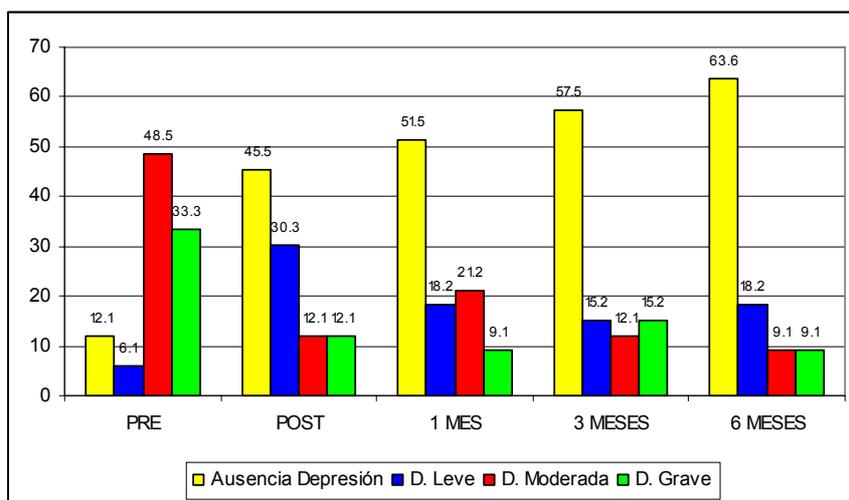


FIGURA 13.60. Diagnósticos de depresión según BDI, al pretratamiento, postratamiento y seguimientos: Muestra Global

Las diferencias que se aprecian en la recuperación de la depresión en las participantes que acabaron la terapia, entre las modalidades experimentales, no son estadísticamente significativas, como se puede observar en los resultados de la prueba *ji*-cuadrado de Pearson (χ^2) realizada, que se presentan en la tabla 13.28.

TABLA 13.28. *Ji*-cuadrado intergrupo: Diagnóstico de depresión según BDI

VARIABLES	χ^2_{gl}	SIGNIFICACIÓN*
Diagnóstico depresión postratamiento	$\chi^2_3 = 6.044$	No significativo
Diagnóstico depresión 1 mes de seguimiento	$\chi^2_3 = 1.417$	No significativo
Diagnóstico depresión 3 meses de seguimiento	$\chi^2_3 = .606$	No significativo
Diagnóstico depresión 6 meses de seguimiento	$\chi^2_3 = 6.207$	No significativo

* Nivel de significación: $p < 0.05$

Escala de Autoestima de Rosenberg

En cuanto al nivel de autoestima de las participantes, evaluado a través de la Escala de Autoestima de Rosenberg, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el pretratamiento y el postratamiento, diferencias que se mantienen en los seguimientos realizados, independiente del grupo de tratamiento asignado. La tabla 13.29. presenta los resultados y las figuras 13.61. y 13.62. los muestran de manera gráfica.

TABLA 13.29. ANOVA: Escala de Autoestima

VARIABLES	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	FUERZA DE ASOCIACIÓN**	POTENCIA
Escala de Autoestima				
Intergrupo	$F_{(4 \text{ y } 124)} = .960$	No significativo	.030	.297
Intrasujeto	$F_{(4 \text{ y } 124)} = 13.530$	$p < 0.001$	.304	1.000
Comparaciones intrasujeto:†				
Pre – Post	$F_{(1 \text{ y } 124)} = -4.311$	$p < 0.001$		
Pre – Seguimiento 1 mes	$F_{(1 \text{ y } 124)} = -4.467$	$p < 0.001$		
Pre – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = -4.806$	$p < 0.001$		
Pre – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = -5.128$	$p < 0.001$		
Post – Seguimiento 1 mes	$F_{(1 \text{ y } 124)} = -.156$	No significativo		
Post – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = -.494$	No significativo		
Post – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = -.817$	No significativo		
Seguimiento 1 mes – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = -.339$	No significativo		
Seguimiento 1 mes – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = -.661$	No significativo		
Seguimiento 3 meses – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = -.322$	No significativo		

* Nivel de significación: $p < 0.05$

† Se ha aplicado corrección de Bonferroni

** Eta cuadrado

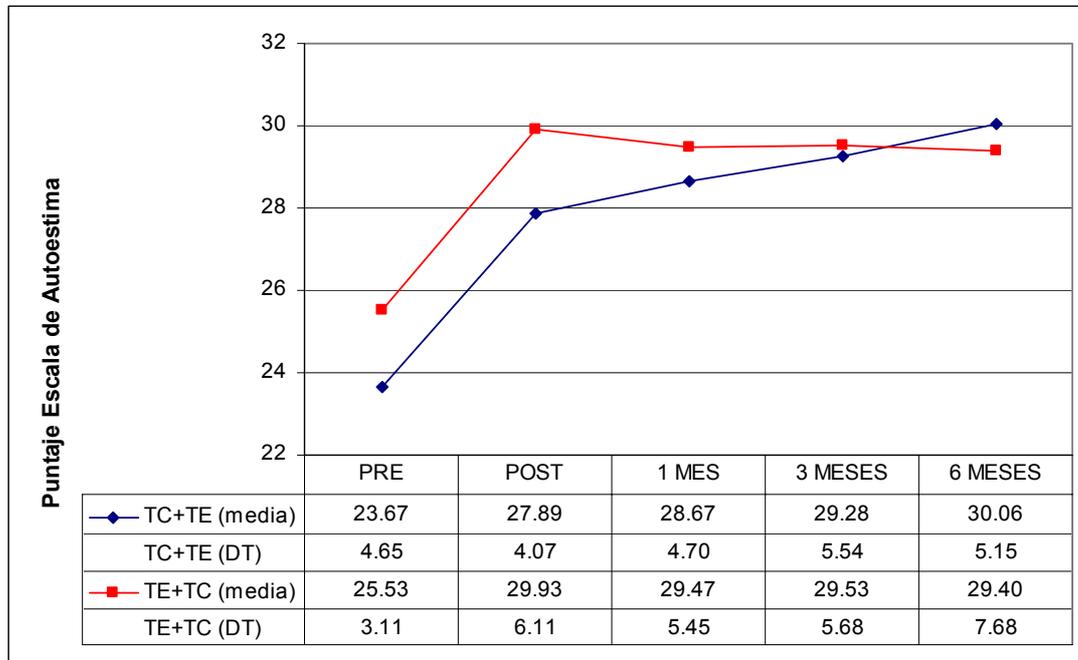


FIGURA 13.61. Puntaje Escala de Autoestima (media y desviación típica (DT)): Intergrupo

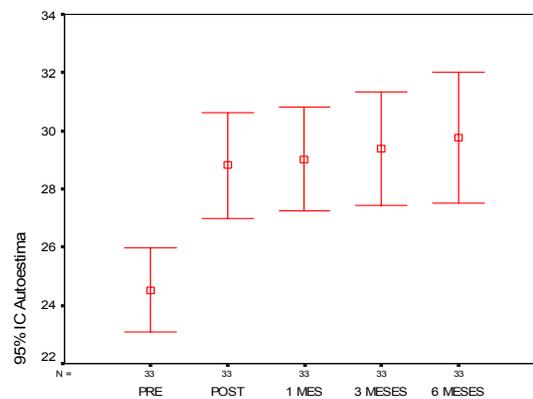


FIGURA 13.62. Diagrama de error para los puntajes en la Escala de Autoestima: Intrasujeto

Los resultados de eta cuadrado indican que la intervención llevada a cabo explica un 30% de la varianza intrasujeto observada en el BDI. Asimismo, la potencia de la investigación es alta para las comparaciones intrasujeto (1.000), pero baja para las comparaciones intergrupo (.297), por lo que nuevamente no se puede descartar la existencia de diferencias entre las modalidades experimentales, sino más bien se debe afirmar que la investigación no es lo suficientemente potente para detectar dichas diferencias si existieran.

Si se considera el punto de corte de la Escala de Autoestima de 29 puntos, y se clasifica el nivel de autoestima de las participantes en autoestima baja y alta, de las 33 participantes que acabaron el programa de tratamiento, al pretratamiento un 84.8% tenía baja autoestima. Al postratamiento esta cifra desciende a 45.5% y sigue descendiendo en las sucesivas evaluaciones de seguimiento, llegando a un 42.4% a los seis meses de acabada la intervención. Es decir, más de un 40% de las participantes no sólo mejora en esta variable, sino que también se recupera desde el punto de vista clínico. La tabla 13.30. presenta los datos referidos y las figuras 13.63. a 13.66. los muestran de manera gráfica.

TABLA 13.30. Distribución de la muestra según puntaje de corte en la Escala de Autoestima al postratamiento y seguimientos

EVALUACIÓN	TIPO DE GRUPO / MUESTRA GLOBAL	AUTOESTIMA BAJA N (%)	AUTOESTIMA ALTA N (%)
PRE	TC + TE	17 (94.4)	1 (5.6)
	TE + TC	15 (100.0)	0 (0.0)
	MUESTRA GLOBAL	32 (97.0)	1 (3.0)
POST	TC + TE	14 (77.8)	4 (22.2)
	TE + TC	5 (33.3)	10 (66.7)
	MUESTRA GLOBAL	19 (57.6)	14 (42.4)
1 MES	TC + TE	9 (50.0)	9 (50.0)
	TE + TC	6 (40.0)	9 (60.0)
	MUESTRA GLOBAL	15 (45.5)	18 (54.5)
3 MESES	TC + TE	9 (50.0)	9 (50.0)
	TE + TC	8 (53.3)	7 (46.7)
	MUESTRA GLOBAL	17 (51.5)	16 (48.5)
6 MESES	TC + TE	9 (50.0)	9 (50.0)
	TE + TC	6 (40.0)	9 (60.0)
	MUESTRA GLOBAL	15 (45.5)	18 (54.5)

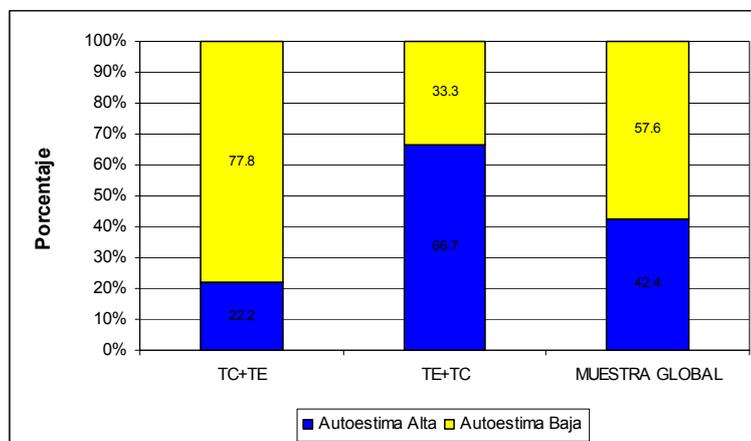


FIGURA 13.63. Diagnóstico Escala de Autoestima: Comparaciones entre grupos y muestra total al postratamiento

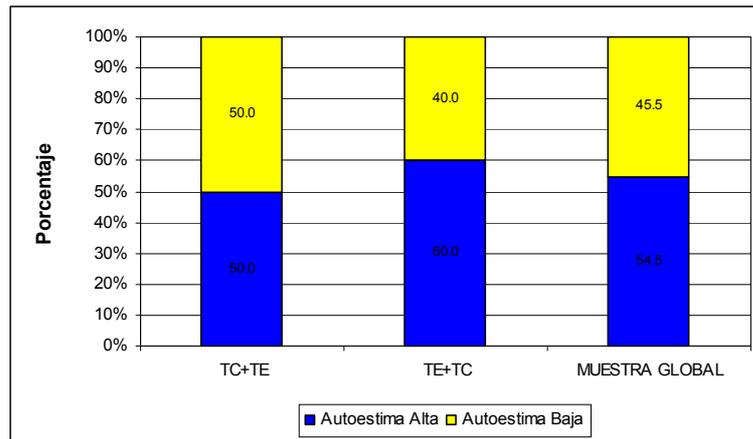


FIGURA 13.64. Diagnóstico Escala de Autoestima: Comparaciones entre grupos y muestra total al seguimiento de 1 mes

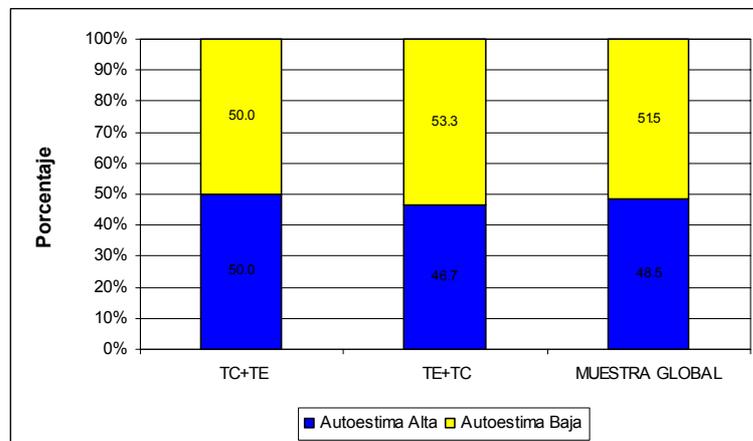


FIGURA 13.65. Diagnóstico Escala de Autoestima: Comparaciones entre grupos y muestra total al seguimiento de 3 meses

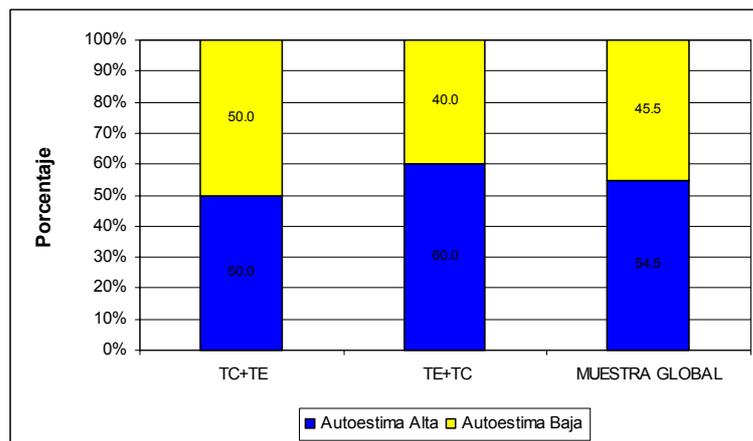


FIGURA 13.66. Diagnóstico Escala de Autoestima: Comparaciones entre grupos y muestra total al seguimiento de 6 meses

Las diferencias que se aprecian en la Escala de Autoestima entre las modalidades experimentales sólo son estadísticamente significativas al postratamiento, como puede observarse en los resultados de la prueba *ji*-cuadrado de Pearson (χ^2), que se presentan en la tabla 13.31.

TABLA 13.31. Ji-cuadrado intergrupo: Diagnóstico Escala de Autoestima

VARIABLES	χ^2_{gl}	SIGNIFICACIÓN*
Diagnóstico Escala de Autoestima postratamiento	$\chi^2_1 = 6.617$	p<0.01
Diagnóstico Escala de Autoestima 1 mes de seguimiento	$\chi^2_1 = .330$	No significativo
Diagnóstico Escala de Autoestima 3 meses de seguimiento	$\chi^2_1 = .036$	No significativo
Diagnóstico Escala de Autoestima 6 meses de seguimiento	$\chi^2_1 = .330$	No significativo

* Nivel de significación: p<0.05

Escala de Inadaptación

En relación con cómo se ha visto afectado el funcionamiento habitual de las participantes debido a la violencia doméstica, de manera global y en diversas áreas de sus vida, medido a través de la Escala de Inadaptación de Echeburúa, Corral & Fernández-Montalvo (2000), no se encuentran diferencias significativas entre los grupos de tratamiento, pero sí intrasujeto.

En la Sumatoria Total de la Escala, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el pretratamiento y el postratamiento, diferencias que se mantienen en los seguimientos realizados, independiente del grupo de tratamiento asignado.

Los mismos resultados se encuentran en las subescalas: a) Trabajo – estudios, b) Vida social, y c) Tiempo libre; es decir, en estas tres áreas las participantes mejoran de manera significativa al postratamiento, resultados que se mantienen en los seguimientos realizados, independiente del grupo experimental al que hayan asido asignadas.

En la subescala que mide cómo se ha visto afectado el funcionamiento de las participantes en su vida en general, esto es, la “Escala Global”, también se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el pretratamiento y el postratamiento, diferencias que se mantienen en los seguimientos, pero además se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el postratamiento y el seguimiento realizado a los seis meses de acabada la intervención.

En la subescala que mide cómo se ha visto afectado el funcionamiento de las participantes en su relación de pareja (o la posibilidad de encontrarla) debido a la vivencia de violencia doméstica, no se encuentran diferencias entre el pretratamiento y el postratamiento, pero sí aparecen diferencias estadísticamente significativas entre el pretratamiento y los seguimientos realizados, independiente del grupo experimental al que han sido asignadas.

Finalmente, la subescala que mide cómo se ha visto afectado el funcionamiento de las participantes en su vida familiar, es la única en que no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las diversas medidas temporales realizadas, es decir, las participantes no mejoran en este aspecto debido a la intervención realizada.

Los resultados de eta cuadrado indican que la intervención llevada a cabo explica un 31% de la varianza intrasujeto observada en la sumatoria total de la Escala de Inadaptación, y un 27% en

Trabajo-Estudios, un 16% en Vida Social, un 24% en Tiempo Libre, un 20% en Relación de Pareja, un 2% en Vida Familiar y un 36% en Inadaptación Global.

Asimismo, la potencia de la investigación es alta para las comparaciones intrasujeto (valores que fluctúan entre .984 y 1.000), pero baja para las comparaciones intergrupo (valores que fluctúan entre .156 y .280), por lo que nuevamente no se puede descartar la existencia de diferencias entre las modalidades experimentales, sino más bien se puede afirmar que en esta investigación no se encuentran diferencias significativas entre los grupos experimentales, y que de existir dichas diferencias, la investigación no cuenta con la potencia suficiente para detectarlas.

La tabla 13.32. presenta los resultados recién comentados y en las figuras 13.67. a 13.80. se muestran de manera gráfica.

TABLA 13.32. ANOVA: Escala de Inadaptación

VARIABLES	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	FUERZA DE ASOCIACIÓN**	POTENCIA
Escala de Inadaptación: Sumatoria Escala Total				
Intergrupo	$F_{(3.50 \text{ y } 108.62)} = .623^{\dagger}$	No significativo	.020	.188
Intrasujeto	$F_{(3.50 \text{ y } 108.62)} = 13.782^{\dagger}$	$p < 0.001$	.308	1.000
Comparaciones intrasujeto:††				
Pre – Post	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 4.600$	$p < 0.001$		
Pre – Seguimiento 1 mes	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 6.183$	$p < 0.001$		
Pre – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 6.917$	$p < 0.001$		
Pre – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 7.428$	$p < 0.001$		
Post – Seguimiento 1 mes	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 1.583$	No significativo		
Post – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 2.317$	No significativo		
Post – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 2.828$	No significativo		
Seguimiento 1 mes – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .733$	No significativo		
Seguimiento 1 mes – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 1.244$	No significativo		
Seguimiento 3 meses – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .511$	No significativo		
Escala de Inadaptación: Trabajo - Estudios				
Intergrupo	$F_{(4 \text{ y } 124)} = .515$	No significativo	.016	.170
Intrasujeto	$F_{(4 \text{ y } 124)} = 10.660$	$p < 0.001$	.256	1.000
Comparaciones intrasujeto:††				
Pre – Post	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 1.000$	$p < 0.001$		
Pre – Seguimiento 1 mes	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 1.261$	$p < 0.001$		
Pre – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 1.489$	$p < 0.001$		
Pre – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 1.639$	$p < 0.001$		
Post – Seguimiento 1 mes	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .261$	No significativo		
Post – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .489$	No significativo		
Post – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .639$	No significativo		
Seguimiento 1 mes – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .228$	No significativo		
Seguimiento 1 mes – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .378$	No significativo		
Seguimiento 3 meses – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .150$	No significativo		
Escala de Inadaptación: Vida Social				
Intergrupo	$F_{(4 \text{ y } 124)} = .481$	No significativo	.015	.161
Intrasujeto	$F_{(4 \text{ y } 124)} = 6.103$	$p < 0.001$	.164	.984
Comparaciones intrasujeto:††				
Pre – Post	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .922$	$p < 0.001$		
Pre – Seguimiento 1 mes	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 1.072$	$p < 0.001$		
Pre – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 1.089$	$p < 0.001$		
Pre – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .889$	$p < 0.001$		
Post – Seguimiento 1 mes	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .150$	No significativo		
Post – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .167$	No significativo		
Post – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = -.033$	No significativo		
Seguimiento 1 mes – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .016$	No significativo		
Seguimiento 1 mes – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = -.183$	No significativo		
Seguimiento 3 meses – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = -.200$	No significativo		

TABLA 13.32. ANOVA: Escala de Inadaptación (continuación)

VARIABLES	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	FUERZA DE ASOCIACIÓN**	POTENCIA
Escala de Inadaptación: Tiempo Libre				
Intergrupo	$F_{(3,34 \text{ y } 103,44)} = .507^{\dagger}$	No significativo	.016	.156
Intrasujeto	$F_{(3,34 \text{ y } 103,44)} = 9.979^{\dagger}$	$p < 0.001$	.244	.999
Comparaciones intrasujeto:††				
Pre – Post	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 1.117$	$p < 0.001$		
Pre – Seguimiento 1 mes	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 1.150$	$p < 0.001$		
Pre – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 1.294$	$p < 0.001$		
Pre – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 1.567$	$p < 0.001$		
Post – Seguimiento 1 mes	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .033$	No significativo		
Post – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .178$	No significativo		
Post – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .450$	No significativo		
Seguimiento 1 mes – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .144$	No significativo		
Seguimiento 1 mes – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .417$	No significativo		
Seguimiento 3 meses – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .272$	No significativo		
Escala de Inadaptación: Relación de Pareja				
Intergrupo	$F_{(3,29 \text{ y } 102,08)} = .632^{\dagger}$	No significativo	.020	.185
Intrasujeto	$F_{(3,29 \text{ y } 102,08)} = 7.861^{\dagger}$	$p < 0.001$	.202	.992
Comparaciones intrasujeto:††				
Pre – Post	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .583$	No significativo		
Pre – Seguimiento 1 mes	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .944$	$p < 0.001$		
Pre – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 1.122$	$p < 0.001$		
Pre – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 1.372$	$p < 0.001$		
Post – Seguimiento 1 mes	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .361$	No significativo		
Post – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .539$	No significativo		
Post – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .789$	No significativo		
Seguimiento 1 mes – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .178$	No significativo		
Seguimiento 1 mes – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .428$	No significativo		
Seguimiento 3 meses – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .250$	No significativo		
Escala de Inadaptación: Vida Familiar				
Intergrupo	$F_{(3,20 \text{ y } 99,12)} = .936^{\dagger}$	No significativo	.029	.257
Intrasujeto	$F_{(3,20 \text{ y } 99,12)} = .565^{\dagger}$	No significativo	.018	.167
Comparaciones intrasujeto:††				
Pre – Post	$F_{(1 \text{ y } 124)} = -.106$	No significativo		
Pre – Seguimiento 1 mes	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .206$	No significativo		
Pre – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .283$	No significativo		
Pre – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .172$	No significativo		
Post – Seguimiento 1 mes	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .311$	No significativo		
Post – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .389$	No significativo		
Post – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .278$	No significativo		
Seguimiento 1 mes – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .077$	No significativo		
Seguimiento 1 mes – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = -.033$	No significativo		
Seguimiento 3 meses – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = -.111$	No significativo		
Escala de Inadaptación: Escala Global				
Intergrupo	$F_{(4 \text{ y } 124)} = .904$	No significativo	.028	.280
Intrasujeto	$F_{(4 \text{ y } 124)} = 17.719$	$p < 0.001$	.364	1.000
Comparaciones intrasujeto:††				
Pre – Post	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 1.033$	$p < 0.001$		
Pre – Seguimiento 1 mes	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 1.267$	$p < 0.001$		
Pre – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 1.494$	$p < 0.001$		
Pre – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 1.672$	$p < 0.001$		
Post – Seguimiento 1 mes	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .233$	No significativo		
Post – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .461$	No significativo		
Post – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .639$	$p < 0.043$		
Seguimiento 1 mes – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .228$	No significativo		
Seguimiento 1 mes – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .406$	No significativo		
Seguimiento 3 meses – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .178$	No significativo		

* Nivel de significación: $p < 0.05$

† Corregido supuesto de esfericidad (Huynh-Feldt)

** Eta cuadrado

†† Se ha aplicado corrección de Bonferroni

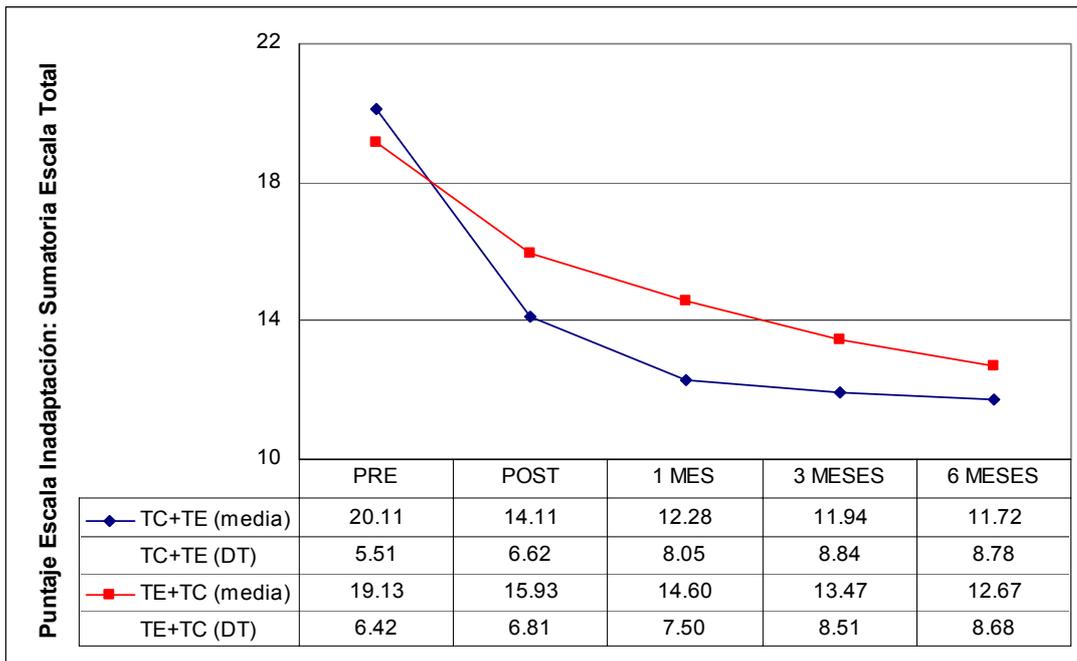


FIGURA 13.67. Puntaje Escala de Inadaptación: Sumatoria Escala Total (media y desviación típica (DT)). Intergrupo

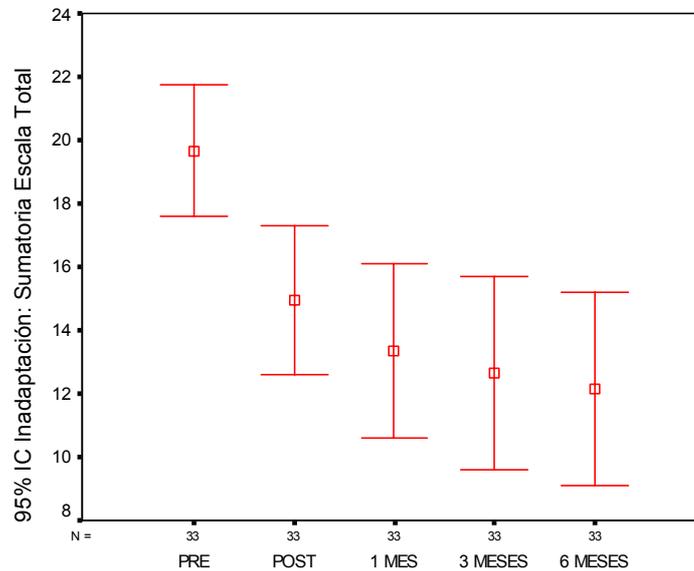


FIGURA 13.68. Diagrama de error para los puntajes en la Escala de Inadaptación: Sumatoria Escala Total. Intrasujeto

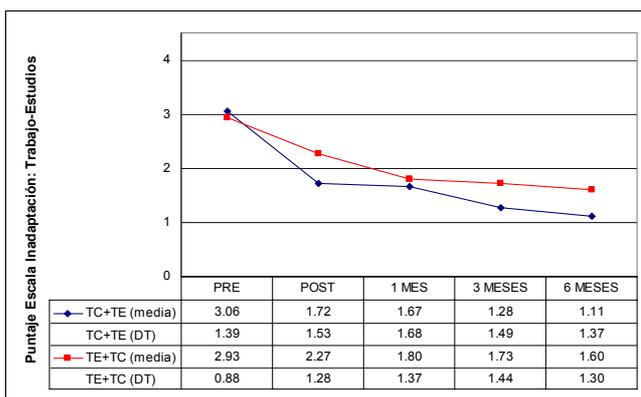


FIGURA 13.69. Puntaje Escala Inadaptación: Trabajo-Estudios (media y desviación típica (DT)). Intergroup

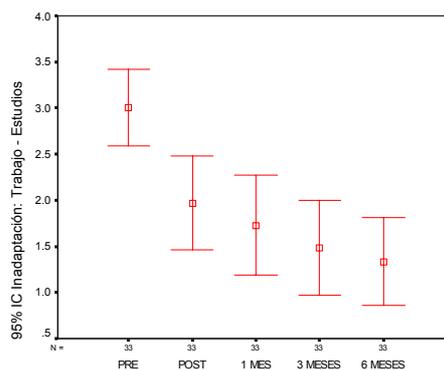


FIGURA 13.70. Diagrama de error para los puntajes en la Escala Inadaptación: Trabajo-Estudios. Intrasujeto

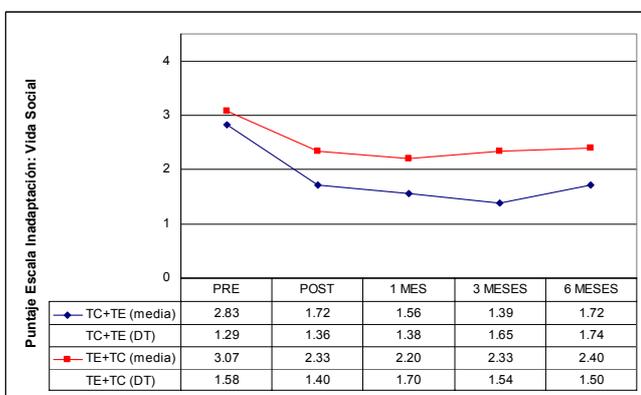


FIGURA 13.71. Puntaje Escala Inadaptación: Vida Social (media y desviación típica (DT)). Intergroup

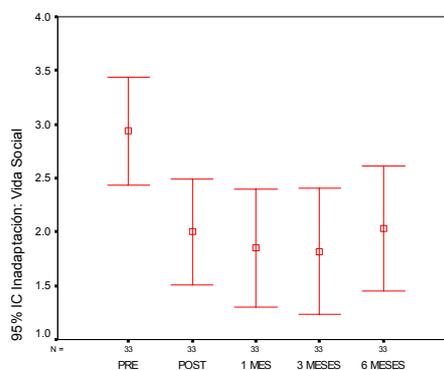


FIGURA 13.72. Diagrama de error para los puntajes en la Escala Inadaptación: Vida Social. Intrasujeto

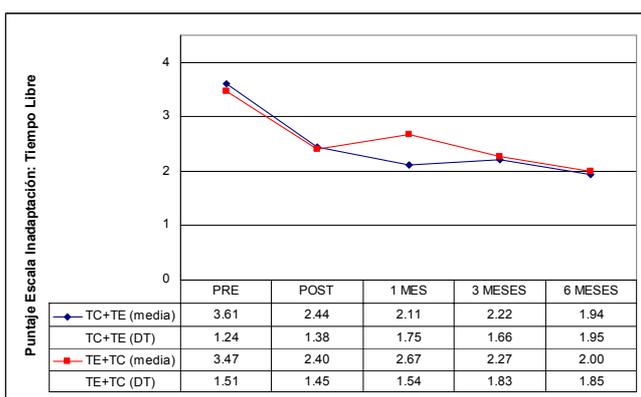


FIGURA 13.73. Puntaje Escala Inadaptación: Tiempo Libre (media y desviación típica (DT)). Intergroup

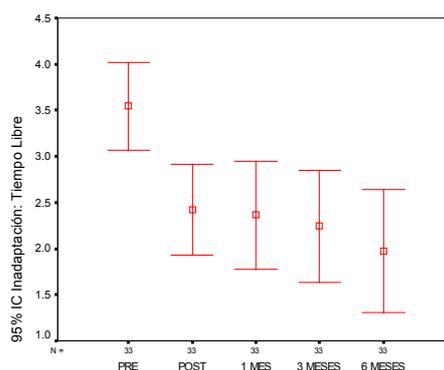


FIGURA 13.74. Diagrama de error para los puntajes en la Escala Inadaptación: Tiempo Libre. Intrasujeto

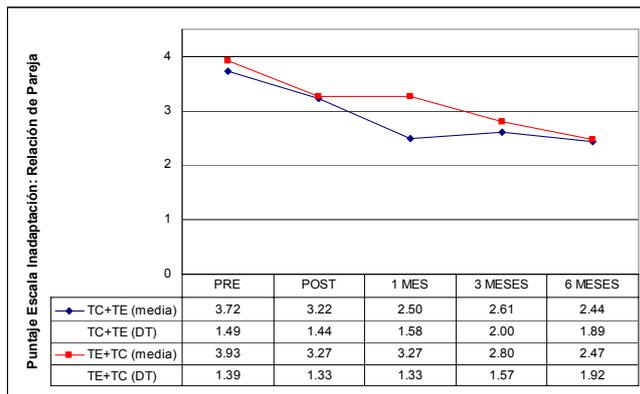


FIGURA 13.75. Puntaje Escala Inadaptación: Relación de Pareja (media y desviación típica (DT)). Intergrupo

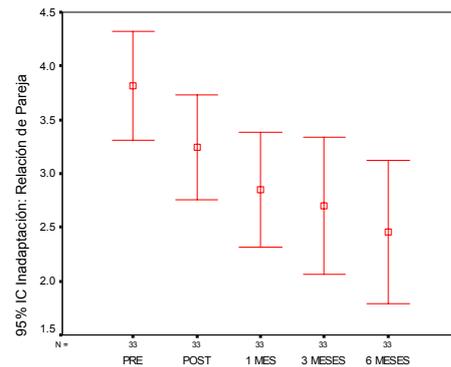


FIGURA 13.76. Diagrama de error para los puntajes en la Escala Inadaptación: Relación de Pareja. Intrasujeto

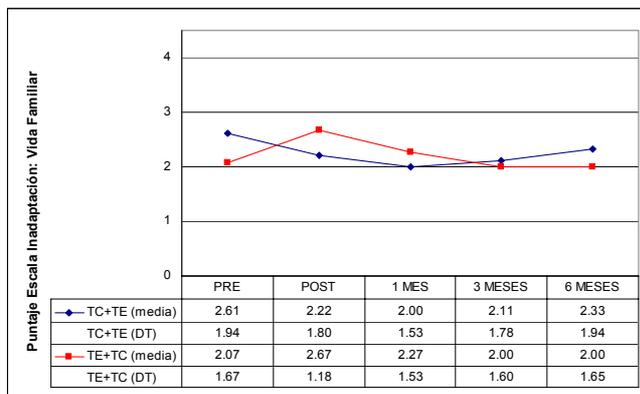


FIGURA 13.77. Puntaje Escala Inadaptación: Vida Familiar (media y desviación típica (DT)). Intergrupo

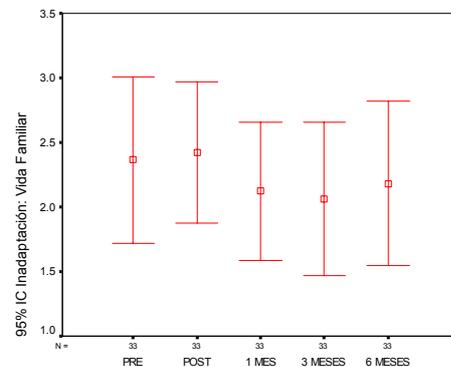


FIGURA 13.78. Diagrama de error para los puntajes en la Escala Inadaptación: Vida Familiar. Intrasujeto

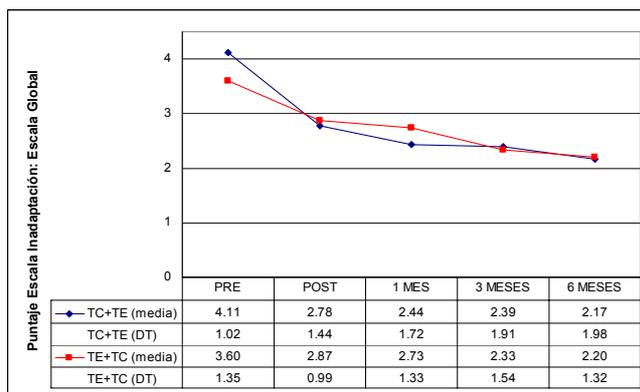


FIGURA 13.79. Puntaje Escala Inadaptación: Escala Global (media y desviación típica (DT)). Intergrupo

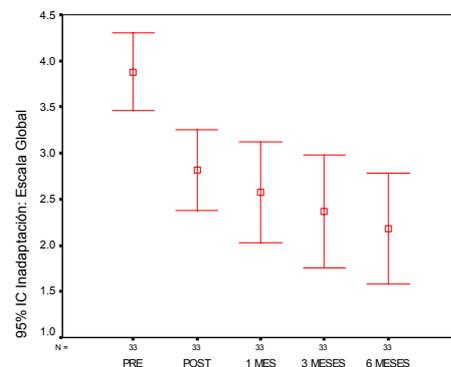


FIGURA 13.80. Diagrama de error para los puntajes en la Escala Inadaptación: Escala Global. Intrasujeto

Debido a que la Escala de Inadaptación establece un punto de corte que permite clasificar a las participantes entre quienes se encuentran afectadas en su funcionamiento habitual debido al problema que las aqueja (inadaptación) y aquellas que no (adaptación), a continuación se hace referencia a ello. De las 33 participantes que acabaron el programa de tratamiento, al pretratamiento un 90.9% se encontraba inadaptada, es decir, había visto afectado su funcionamiento general debido a la vivencia de violencia doméstica. Al postratamiento esta cifra desciende a 69.7% y sigue descendiendo en las sucesivas evaluaciones de seguimiento, llegando a un 51.5% a los seis meses de acabada la intervención. Es decir, casi un 40% de las participantes no sólo mejora en esta variable, sino que también se recupera desde el punto de vista clínico. La tabla 13.33. presenta los datos referidos y las figuras 13.81. a 13.84. los muestran de manera gráfica.

TABLA 13.33. Distribución de la muestra según puntaje de corte en la Escala de Inadaptación al postratamiento y seguimientos

EVALUACIÓN	TIPO DE GRUPO / MUESTRA GLOBAL	ADAPTACIÓN N (%)	INADAPTACIÓN N (%)
PRE	TC + TE	1 (5.6)	17 (94.4)
	TE + TC	2 (13.3)	13 (86.7)
	MUESTRA GLOBAL	3 (9.1)	30 (90.9)
POST	TC + TE	6 (33.3)	12 (66.7)
	TE + TC	4 (26.7)	11 (73.3)
	MUESTRA GLOBAL	10 (30.3)	23 (69.7)
1 MES	TC + TE	8 (44.4)	10 (55.6)
	TE + TC	3 (20.0)	12 (80.0)
	MUESTRA GLOBAL	11 (33.3)	22 (66.7)
3 MESES	TC + TE	9 (50.0)	9 (50.0)
	TE + TC	5 (33.3)	10 (66.7)
	MUESTRA GLOBAL	14 (42.4)	19 (57.6)
6 MESES	TC + TE	9 (50.0)	9 (50.0)
	TE + TC	7 (46.7)	8 (53.3)
	MUESTRA GLOBAL	16 (48.5)	17 (51.5)

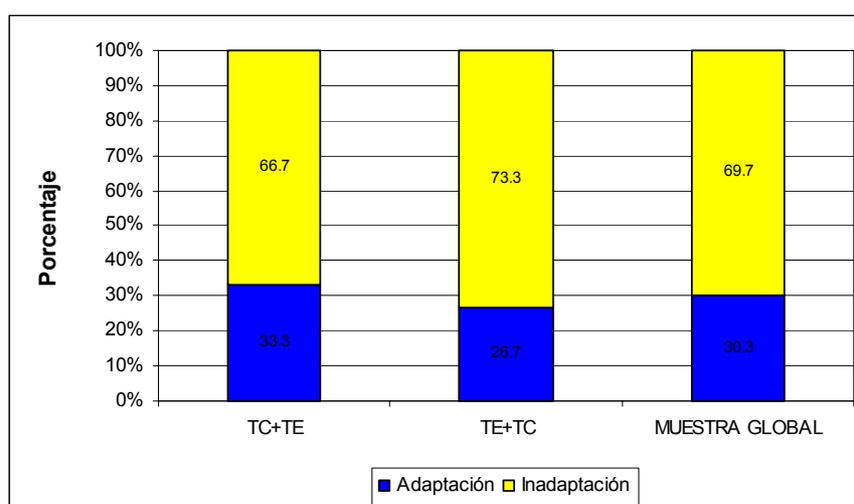


FIGURA 13.81. Diagnóstico Escala Inadaptación: Comparaciones entre grupos y muestra total al postratamiento

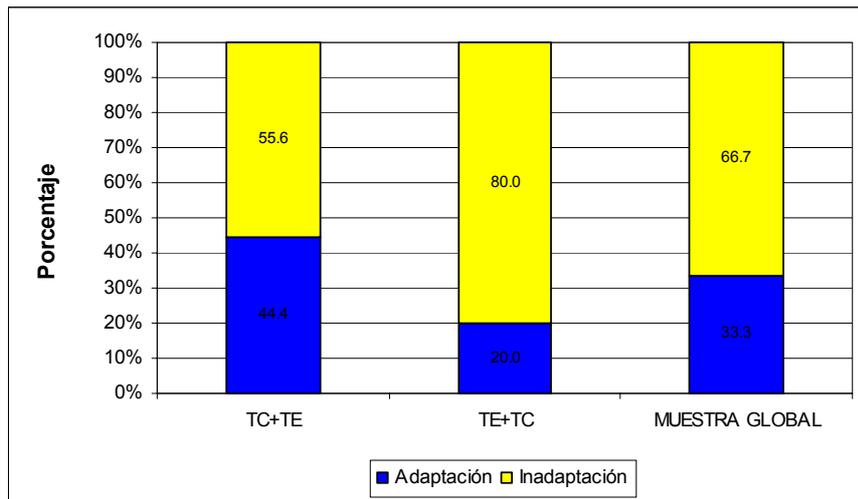


FIGURA 13.82. Diagnóstico Escala Inadaptación: Comparaciones entre grupos y muestra total al seguimiento de 1 mes

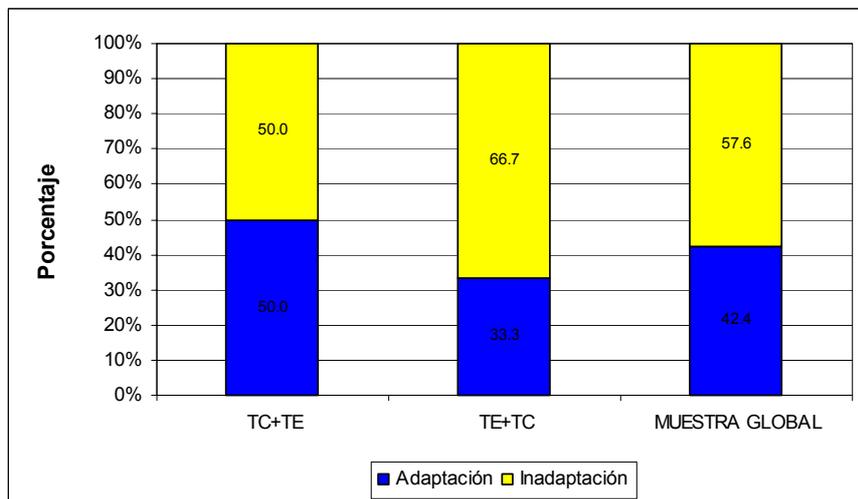


FIGURA 13.83. Diagnóstico Escala Inadaptación: Comparaciones entre grupos y muestra total al seguimiento de 3 meses

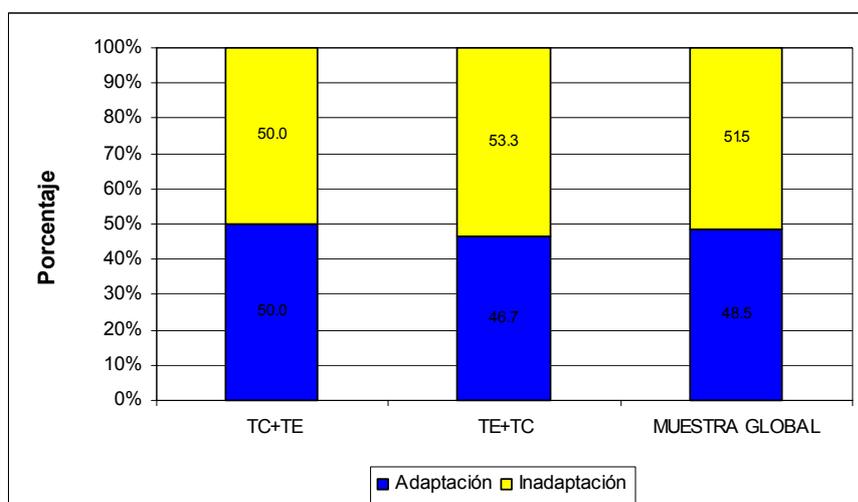


FIGURA 13.84. Diagnóstico Escala Inadaptación: Comparaciones entre grupos y muestra total al seguimiento de 6 meses

Las diferencias que se aprecian en la Escala de Inadaptación entre las modalidades experimentales no son estadísticamente significativas, como se puede observar en los resultados de la prueba *ji*-cuadrado de Pearson (χ^2) realizada, que se presentan en la tabla 13.34.

TABLA 13.34. *Ji*-cuadrado intergrupo: Diagnóstico Escala de Inadaptación

VARIABLES	χ^2_{gl}	SIGNIFICACIÓN*
Diagnóstico Escala Inadaptación postratamiento	$\chi^2_1 = .172$	No significativo
Diagnóstico Escala Inadaptación 1 mes de seguimiento	$\chi^2_1 = 2.200$	No significativo
Diagnóstico Escala Inadaptación 3 meses de seguimiento	$\chi^2_1 = .930$	No significativo
Diagnóstico Escala Inadaptación 6 meses de seguimiento	$\chi^2_1 = .036$	No significativo

* Nivel de significación: $p < 0.05$

Inventario de Cogniciones Postraumáticas

En relación a las cogniciones postraumáticas que presentan las participantes, medidas a través del Inventario de Cogniciones Postraumáticas (PTCI) de Foa et al. (1999b), no se encuentran diferencias significativas entre los grupos de tratamiento, pero sí intrasujeto.

En la sumatoria total de este inventario, que aparece en las tablas y figuras como Escala Global, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el pretratamiento y el postratamiento, diferencias que se mantienen en los seguimientos realizados, independiente del grupo de tratamiento asignado. No se encuentran diferencias significativas entre el pretratamiento y la evaluación realizada en la mitad del tratamiento, esto es, acabadas las sesiones cognitivas, en la modalidad experimental de terapia cognitiva más terapia de exposición, y acabadas las sesiones de exposición, en la modalidad experimental de terapia de exposición más terapia cognitiva. No obstante, se encuentran también diferencias estadísticamente significativas entre la evaluación realizada en la mitad del tratamiento y la realizada al mes de acabada la intervención.

En la subescala de cogniciones postraumáticas acerca de sí mismo, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el pretratamiento y todas las medidas realizadas posteriormente, esto es, mitad de tratamiento, postratamiento y seguimientos, independiente del grupo de tratamiento asignado. Asimismo, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre la evaluación realizada en la mitad del tratamiento y el postratamiento, así como también entre la evaluación realizada en la mitad del tratamiento y la realizada a los tres meses de acabada la terapia.

En la subescala de cogniciones postraumáticas acerca del mundo, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el pretratamiento y los seguimientos de uno, tres y seis meses, no así entre el pretratamiento y la mitad del tratamiento ni el postratamiento. Del mismo modo, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre la evaluación realizada en la mitad del tratamiento y el seguimiento de seis meses.

Finalmente, en la subescala de autopunición, sólo se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el pretratamiento y el mes y tres meses de seguimiento.

Los resultados de eta cuadrado indican que la intervención llevada a cabo explica un 25% de la varianza intrasujeto observada en el Inventario de Cogniciones Postraumáticas, y un 28%, 23% y 11% de la varianza intrasujeto observada en las subescalas de cogniciones postraumáticas acerca de sí mismo, acerca del mundo y autopunición, respectivamente.

Asimismo, la potencia de la investigación es alta para las comparaciones intrasujeto (valores que fluctúan entre .867 y 1.000), pero baja para las comparaciones intergrupo (valores que fluctúan entre .079 y .279), por lo que no se puede descartar la existencia de diferencias entre las modalidades experimentales, sino más bien se puede afirmar que en esta investigación no se encuentran diferencias significativas entre los grupos experimentales, y que de existir dichas diferencias, la investigación no es lo suficientemente potente para detectarlas. La tabla 13.35. presenta estos resultados y las figuras 13.85. a 13.92. los grafican.

TABLA 13.35. ANOVA: Inventario de Cogniciones Postraumáticas (PTCI)

VARIABLES	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	FUERZA DE ASOCIACIÓN**	POTENCIA
PTCI: Escala Global				
Intergrupo	$F_{(3.33 \text{ y } 103.10)} = .193^\dagger$	No significativo	.006	.087
Intrasujeto	$F_{(3.33 \text{ y } 103.10)} = 10.300^\dagger$	$p < 0.001$	.249	.999
Comparaciones intrasujeto:**				
Pre – Mitad de tratamiento	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 1.381$	No significativo		
Pre – Post	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 2.627$	$p < 0.009$		
Pre – Seguimiento 1 mes	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 3.323$	$p < 0.001$		
Pre – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 3.477$	$p < 0.001$		
Pre – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 3.357$	$p < 0.003$		
Mitad de tratamiento – Post	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 1.246$	No significativo		
Mitad de tratamiento – Seguimiento 1 mes	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 1.942$	$p < 0.025$		
Mitad de tratamiento – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 2.096$	No significativo		
Mitad de tratamiento – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 1.976$	No significativo		
Post – Seguimiento 1 mes	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .696$	No significativo		
Post – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .850$	No significativo		
Post – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .730$	No significativo		
Seguimiento 1 mes – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .154$	No significativo		
Seguimiento 1 mes – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .034$	No significativo		
Seguimiento 3 meses – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = -.120$	No significativo		
PTCI: Acerca de sí mismo				
Intergrupo	$F_{(3.57 \text{ y } 110.73)} = .960^\dagger$	No significativo	.030	.279
Intrasujeto	$F_{(3.57 \text{ y } 110.73)} = 12.182^\dagger$	$p < 0.001$	.282	1.000
Comparaciones intrasujeto:**				
Pre – Mitad de tratamiento	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .532$	$p < 0.035$		
Pre – Post	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 1.226$	$p < 0.001$		
Pre – Seguimiento 1 mes	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 1.037$	$p < 0.001$		
Pre – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 1.278$	$p < 0.001$		
Pre – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 1.140$	$p < 0.002$		
Mitad de tratamiento – Post	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .694$	$p < 0.044$		
Mitad de tratamiento – Seguimiento 1 mes	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .506$	No significativo		
Mitad de tratamiento – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .746$	$p < 0.021$		
Mitad de tratamiento – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .608$	No significativo		
Post – Seguimiento 1 mes	$F_{(1 \text{ y } 124)} = -.189$	No significativo		
Post – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .052$	No significativo		
Post – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = -.086$	No significativo		
Seguimiento 1 mes – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .241$	No significativo		
Seguimiento 1 mes – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .103$	No significativo		
Seguimiento 3 meses – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = -.138$	No significativo		

TABLA 13.35. ANOVA: Inventario de Cogniciones Postraumáticas (PTCI) (continuación)

VARIABLES	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	FUERZA DE ASOCIACIÓN**	POTENCIA
PTCI: Acerca del mundo				
Intergrupo	$F_{(3.89 \text{ y } 120.69)} = .287^\dagger$	No significativo	.009	.111
Intrasujeto	$F_{(3.89 \text{ y } 120.69)} = 9.371^\dagger$	$p < 0.001$	.232	.999
Comparaciones intrasujeto:**				
Pre – Mitad de tratamiento	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .393$	No significativo		
Pre – Post	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .819$	No significativo		
Pre – Seguimiento 1 mes	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 1.231$	$p < 0.001$		
Pre – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 1.179$	$p < 0.005$		
Pre – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 1.363$	$p < 0.002$		
Mitad de tratamiento – Post	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .426$	No significativo		
Mitad de tratamiento – Seguimiento 1 mes	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .838$	No significativo		
Mitad de tratamiento – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .787$	No significativo		
Mitad de tratamiento – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .970$	$p < 0.045$		
Post – Seguimiento 1 mes	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .412$	No significativo		
Post – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .361$	No significativo		
Post – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .544$	No significativo		
Seguimiento 1 mes – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = -.051$	No significativo		
Seguimiento 1 mes – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .132$	No significativo		
Seguimiento 3 meses – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .183$	No significativo		
PTCI: Autopunción				
Intergrupo	$F_{(3.53 \text{ y } 109.52)} = .151^\dagger$	No significativo	.005	.079
Intrasujeto	$F_{(3.53 \text{ y } 109.52)} = 3.981^\dagger$	$p < 0.007$	.114	.867
Comparaciones intrasujeto:**				
Pre – Mitad de tratamiento	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .457$	No significativo		
Pre – Post	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .586$	No significativo		
Pre – Seguimiento 1 mes	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 1.055$	$p < 0.014$		
Pre – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = 1.020$	$p < 0.042$		
Pre – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .854$	No significativo		
Mitad de tratamiento – Post	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .129$	No significativo		
Mitad de tratamiento – Seguimiento 1 mes	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .598$	No significativo		
Mitad de tratamiento – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .563$	No significativo		
Mitad de tratamiento – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .398$	No significativo		
Post – Seguimiento 1 mes	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .469$	No significativo		
Post – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .434$	No significativo		
Post – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = .269$	No significativo		
Seguimiento 1 mes – Seguimiento 3 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = -.035$	No significativo		
Seguimiento 1 mes – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = -.201$	No significativo		
Seguimiento 3 meses – Seguimiento 6 meses	$F_{(1 \text{ y } 124)} = -.166$	No significativo		

* Nivel de significación: $p < 0.05$

† Corregido supuesto de esfericidad (Huynh-Feldt)

** Eta cuadrado

†† Se ha aplicado corrección de Bonferroni

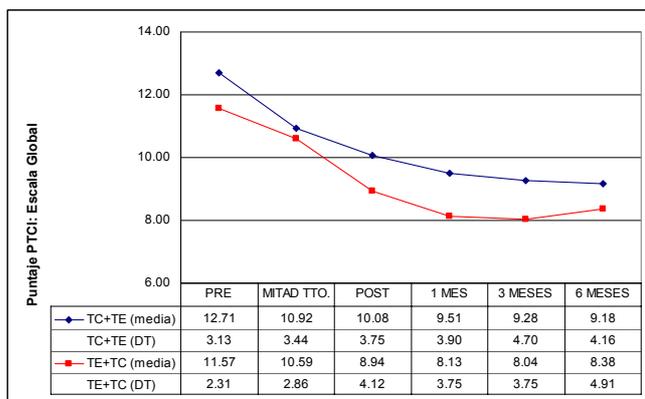


FIGURA 13.85. Puntaje Inventario Cogniciones Postraumáticas: Escala Global (media y desviación típica (DT)). Intergrupo

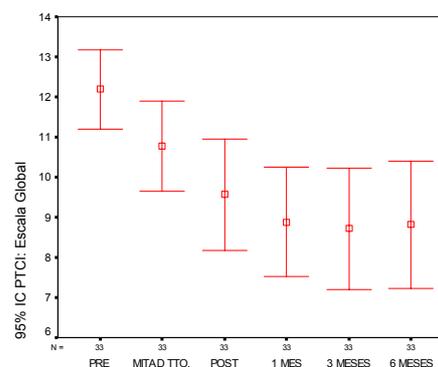


FIGURA 13.86. Diagrama de error para los puntajes en el Inventario de Cogniciones Postraumáticas: Escala Global. Intrasujeto

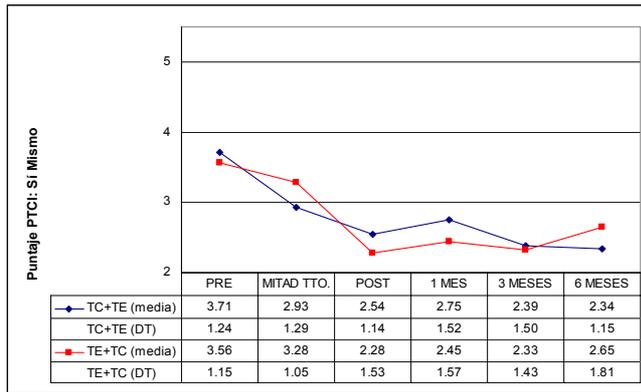


FIGURA 13.87. Puntaje PTCI: Sí mismo (media y desviación típica (DT)). Intergrupo

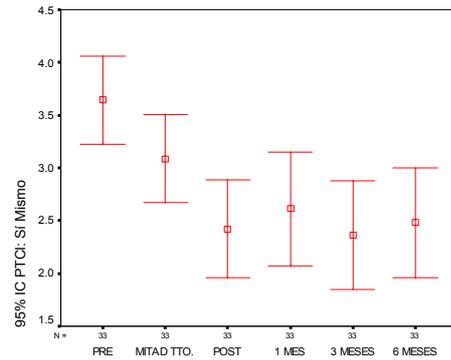


FIGURA 13.88. Diagrama de error para los puntajes en el PTCI: Sí mismo. Intrasujeto

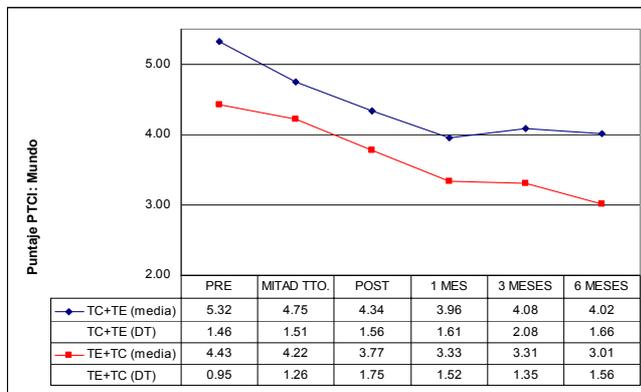


FIGURA 13.89. Puntaje PTCI: Mundo (media y desviación típica (DT)). Intergrupo

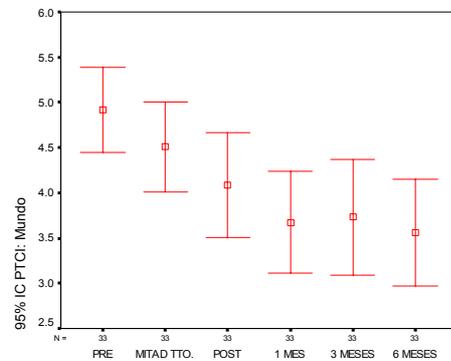


FIGURA 13.90. Diagrama de error para los puntajes en el PTCI: Mundo. Intrasujeto

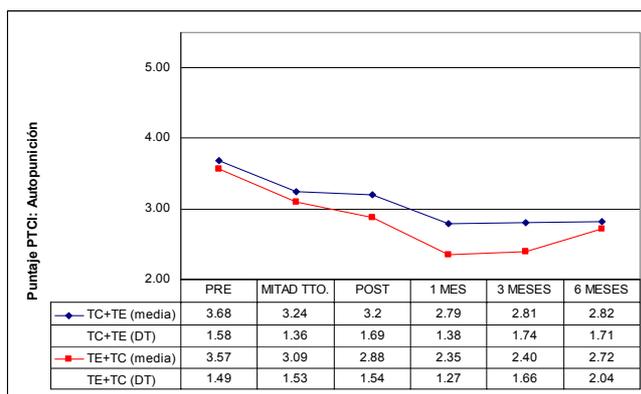


FIGURA 13.91. Puntaje PTCI: Autopunición (media y desviación típica (DT)). Intergrupo

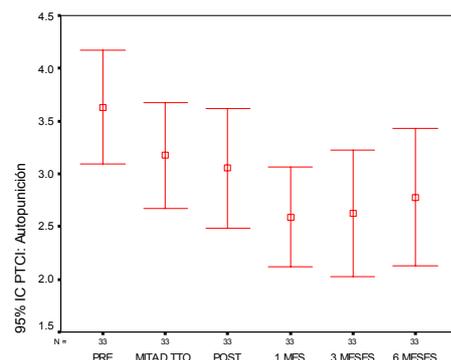


FIGURA 13.92. Diagrama de error para los puntajes en el PTCI: Autopunición. Intrasujeto

Autorregistro de síntomas de reexperimentación

Un último indicador que puede ayudar a determinar la eficacia del tratamiento es el resultado de la comparación de los síntomas de reexperimentación, que se les pedía a las participantes que registraran en dos momentos a lo largo del tratamiento, al principio, entre la primera y la segunda sesión, y en la mitad de la intervención, es decir, al acabar las sesiones cognitivas en la modalidad de terapia cognitiva más terapia de exposición, y al acabar las sesiones de exposición en la modalidad de terapia de exposición más terapia cognitiva.

Debido a que sólo 18 participantes completaron ambos autorregistros, se ha utilizado una prueba no paramétrica en el análisis de estos resultados. Específicamente se comparó a través de la U de Mann-Whitney con el método de Monte Carlo, el número de síntomas de reexperimentación registrados por las participantes y la intensidad media de los mismos (medida en una escala de 0 a 100).

Al analizar los resultados del autorregistro de síntomas de reexperimentación que las participantes debían completar entre la primera y segunda sesión, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas modalidades experimentales, en el número de síntomas de reexperimentación ($z = -1.091$; no significativo) ni en la intensidad de los mismos ($z = -.764$; no significativo). No obstante, en el autorregistro de síntomas de reexperimentación que debían completar en la mitad del tratamiento, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la intensidad de los síntomas ($z = -2.593$; $p < 0.005$), favorables para el grupo experimental de terapia de exposición más terapia cognitiva, pero no en cuanto al número de los mismos ($z = -.319$; no significativo). Las figuras 13.93. y 13.94. ofrecen estos resultados.

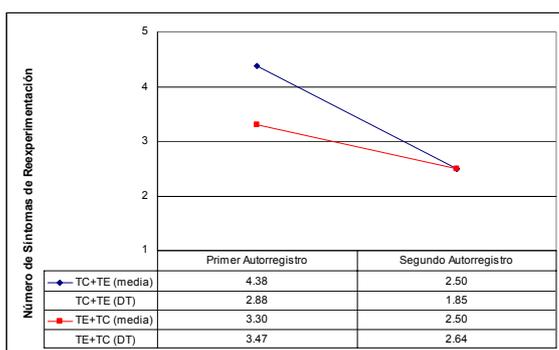


FIGURA 13.93. Número de síntomas de reexperimentación

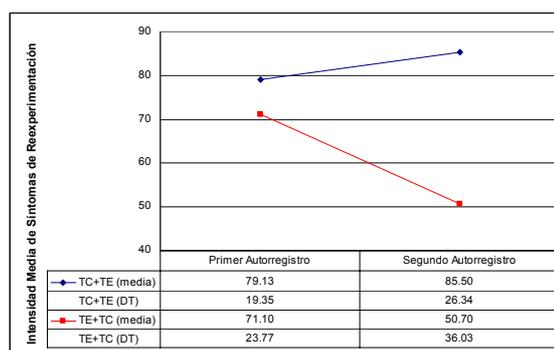


FIGURA 13.94. Intensidad media de síntomas de reexperimentación

Si bien parece esperable que al acabar las sesiones de exposición se hubiesen reducido los síntomas de reexperimentación y su intensidad, llama la atención que al acabar las sesiones cognitivas también haya una reducción en el número de síntomas registrados por las participantes, si bien su intensidad aumenta.

13.2.3. ESTUDIO DE FACTORES PREDICTORES

En este estudio se realiza una regresión logística considerando dos variables dependientes que miden el resultado de la intervención psicológica: 1) Resultado final, medida como éxito o fracaso de la intervención psicológica (ausencia o presencia del TEP a los 6 meses de seguimiento), y 2) Abandono del tratamiento durante el mismo.

Tras realizar el estudio de los factores predictores del resultado final de la intervención, se han detectado los siguientes (tabla 13.36.):

- ✓ Inventario de Cogniciones Postraumáticas mitad de tratamiento, subescala de autopunición. Cuanto menor sea el puntaje de esta subescala en la evaluación realizada en la mitad del tratamiento, mayor es la probabilidad, 0.10 veces superior, de que el tratamiento fracase.
- ✓ Escala de Inadaptación postratamiento, subescala Tiempo Libre. Cuanto mayor sea el puntaje de esta subescala al postratamiento, mayor es la probabilidad, 11.45 veces superior, de que el tratamiento fracase.

Incluyendo estas dos variables en el modelo, queda correctamente clasificado el 93.9% de las participantes, siendo más preciso en la predicción del éxito terapéutico (96.4%) que del fracaso (80%). Sin embargo, si se extrae la variable cogniciones postraumáticas, sólo se clasifica correctamente al 87.9% de las participantes, manteniéndose la precisión en la predicción del éxito terapéutico (96.4%), pero disminuyendo la predicción del fracaso (40%).

- ✓ Escala de Gravedad de Síntomas del TEP postratamiento, subescala de síntomas de aumento de la activación. Cuanto mayor sea el puntaje de esta subescala al postratamiento, mayor es la probabilidad, 1.56 veces superior, de que el tratamiento fracase.
- ✓ Escala de Inadaptación postratamiento, subescala Tiempo Libre. Cuanto mayor sea el puntaje de esta subescala al postratamiento, mayor es la probabilidad, 4.33 veces superior, de que el tratamiento fracase.

Incluidas estas dos variables en el modelo, queda correctamente clasificado el 93.9% de las participantes, siendo más preciso en la predicción del éxito terapéutico (100%) que del fracaso (60%). Si se elimina del modelo cualquiera de las dos variables, queda clasificado correctamente el 87.9% de las participantes, disminuyendo tanto la predicción del éxito terapéutico (96.4%) como la del fracaso (40%).

- ✓ Escala de Gravedad de Síntomas del TEP 3^{er} mes de seguimiento, subescala de síntomas de aumento de la activación. Cuanto mayor sea el puntaje de esta subescala al tercer mes de seguimiento, mayor es la probabilidad, 1.96 veces superior, de que el tratamiento fracase.

Con esta variable el modelo clasifica correctamente al 90.9% de las participantes, con una precisión mayor en la predicción del éxito terapéutico (96.4%) que del fracaso (60%).

- ✓ Escala de Gravedad de Síntomas del TEP 3^{er} mes de seguimiento. Cuanto mayor sea el puntaje de esta escala al tercer mes de seguimiento, mayor es la probabilidad, 1.24 veces superior, de que el tratamiento fracase.

Con esta variable, nuevamente el modelo clasifica de manera correcta al 90.9% de las participantes, con una precisión mayor en la predicción del éxito terapéutico (96.4%) que del fracaso (60%).

- ✓ Escala de Inadaptación 3^{er} mes de seguimiento, subescala Escala Global. Cuanto mayor sea el puntaje de esta subescala al tercer mes de seguimiento, mayor es la probabilidad, 2.82 veces superior, de que el tratamiento fracase.

Con esta variable, el modelo clasifica correctamente al 81.8% de las participantes, con una precisión mayor en la predicción del éxito terapéutico (89.3%) que del fracaso (40%).

Después de realizar el estudio de los factores predictores del abandono del tratamiento, sólo se han detectado los siguientes (tabla 13.37.):

- ✓ Escala de Inadaptación pretratamiento, sumatoria escala total. A mayor puntaje en esta escala en la evaluación pretratamiento, mayor probabilidad de abandono, 1.95 veces superior, en algún momento de la terapia.
- ✓ Atención psicológica o psiquiátrica previa debido a la violencia doméstica. La probabilidad de que se abandone la terapia se estima 0.02 veces superior para aquellas participantes que han recibido asistencia psicológica o psiquiátrica previa debido a la violencia doméstica, en comparación con aquellas que no la han recibido.
- ✓ Presencia de trastorno psicológico previo. La presencia de un trastorno psicológico previo aumenta la probabilidad de abandonar el tratamiento, en concreto, 0.02 veces superior.

Incluidas estas tres variables, el modelo clasifica correctamente al 90% de las participantes, siendo más preciso en la predicción de la ausencia de abandono (95.3%) que del abandono del tratamiento (57.1%). Si se extraen del modelo las variables atención psicológica o psiquiátrica debido a la violencia doméstica y presencia de trastorno psicológico, se clasifica correctamente al 84% de las participantes, aumentando la precisión en la predicción de la ausencia de abandono (97.7%), si bien no se lo predice en ningún grado (0%).

TABLA 13.36. Resumen del estudio de factores predictores: Resultado final

VARIABLES	REGRESIÓN LOGÍSTICA: RESULTADO FINAL (éxito-fracaso)				Clasificación de las participantes									
	Coefficiente <i>B</i>	Error típico de <i>B</i>	Significación	Ratio de probabilidad										
Inventario de Cogniciones Posttraumáticas mitad de tratamiento, subescala de autopenalización	-2.304	1.301	.077	.100	<table border="1"> <tr> <td>Observado</td> <td>Éxito</td> <td>Fracaso</td> </tr> <tr> <td>Éxito</td> <td>27</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Fracaso</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> </table>	Observado	Éxito	Fracaso	Éxito	27	1	Fracaso	1	4
Observado	Éxito	Fracaso												
Éxito	27	1												
Fracaso	1	4												
Escala de Inadaptación posttratamiento, subescala Tiempo Libre	2.438	1.066	.022	11.453	<table border="1"> <tr> <td>Observado</td> <td>Éxito</td> <td>Fracaso</td> </tr> <tr> <td>Éxito</td> <td>28</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Fracaso</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	Observado	Éxito	Fracaso	Éxito	28	0	Fracaso	2	3
Observado	Éxito	Fracaso												
Éxito	28	0												
Fracaso	2	3												
Constante	-3.430	2.292	.135		<table border="1"> <tr> <td>Observado</td> <td>Éxito</td> <td>Fracaso</td> </tr> <tr> <td>Éxito</td> <td>27</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Fracaso</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	Observado	Éxito	Fracaso	Éxito	27	1	Fracaso	2	3
Observado	Éxito	Fracaso												
Éxito	27	1												
Fracaso	2	3												
Función Z	Z = -2.30 SUBESCALA DE AUTOPENALIZACIÓN MITAD TRATAMIENTO + 2.44 SUBESCALA TIEMPO LIBRE POST - 3.43				96.4% 80.0% 93.9%									
Escala de Gravedad de Síntomas del TEP posttratamiento, subescala de síntomas de aumento de la activación	.447	.251	.075	1.564	<table border="1"> <tr> <td>Observado</td> <td>Éxito</td> <td>Fracaso</td> </tr> <tr> <td>Éxito</td> <td>28</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Fracaso</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	Observado	Éxito	Fracaso	Éxito	28	0	Fracaso	2	3
Observado	Éxito	Fracaso												
Éxito	28	0												
Fracaso	2	3												
Escala de Inadaptación posttratamiento, subescala Tiempo Libre	1.466	.769	.057	4.333	<table border="1"> <tr> <td>Observado</td> <td>Éxito</td> <td>Fracaso</td> </tr> <tr> <td>Éxito</td> <td>28</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Fracaso</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	Observado	Éxito	Fracaso	Éxito	28	0	Fracaso	2	3
Observado	Éxito	Fracaso												
Éxito	28	0												
Fracaso	2	3												
Constante	-8.721	3.544	.014		<table border="1"> <tr> <td>Observado</td> <td>Éxito</td> <td>Fracaso</td> </tr> <tr> <td>Éxito</td> <td>28</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Fracaso</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	Observado	Éxito	Fracaso	Éxito	28	0	Fracaso	2	3
Observado	Éxito	Fracaso												
Éxito	28	0												
Fracaso	2	3												
Función Z	Z = .45 SUBESCALA AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN POST + 1.47 SUBESCALA TIEMPO LIBRE PRE - 8.72				100.0% 60.0% 93.9%									
Escala de Gravedad de Síntomas del TEP 3 ^{er} mes de seguimiento, subescala de síntomas de aumento de la activación	.673	.276	.015	1.959	<table border="1"> <tr> <td>Observado</td> <td>Éxito</td> <td>Fracaso</td> </tr> <tr> <td>Éxito</td> <td>27</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Fracaso</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	Observado	Éxito	Fracaso	Éxito	27	1	Fracaso	2	3
Observado	Éxito	Fracaso												
Éxito	27	1												
Fracaso	2	3												
Constante	-6.283	2.303	.006		<table border="1"> <tr> <td>Observado</td> <td>Éxito</td> <td>Fracaso</td> </tr> <tr> <td>Éxito</td> <td>27</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Fracaso</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	Observado	Éxito	Fracaso	Éxito	27	1	Fracaso	2	3
Observado	Éxito	Fracaso												
Éxito	27	1												
Fracaso	2	3												
Función Z	Z = .67 SUBESCALA AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN 3 ^{ER} MES - 6.28				96.4% 60.0% 90.9%									
Escala de Gravedad de Síntomas del TEP 3 ^{er} mes de seguimiento	.211	.080	.008	1.235	<table border="1"> <tr> <td>Observado</td> <td>Éxito</td> <td>Fracaso</td> </tr> <tr> <td>Éxito</td> <td>27</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Fracaso</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	Observado	Éxito	Fracaso	Éxito	27	1	Fracaso	2	3
Observado	Éxito	Fracaso												
Éxito	27	1												
Fracaso	2	3												
Constante	-5.440	1.788	.002		<table border="1"> <tr> <td>Observado</td> <td>Éxito</td> <td>Fracaso</td> </tr> <tr> <td>Éxito</td> <td>27</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Fracaso</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	Observado	Éxito	Fracaso	Éxito	27	1	Fracaso	2	3
Observado	Éxito	Fracaso												
Éxito	27	1												
Fracaso	2	3												
Función Z	Z = .21 ESCALA GRAVEDAD TEP 3 ^{ER} MES - 5.44				96.4% 60.0% 90.9%									
Escala de Inadaptación 3 ^{er} mes de seguimiento, subescala Escala Global	1.037	.483	.032	2.820	<table border="1"> <tr> <td>Observado</td> <td>Éxito</td> <td>Fracaso</td> </tr> <tr> <td>Éxito</td> <td>25</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Fracaso</td> <td>3</td> <td>2</td> </tr> </table>	Observado	Éxito	Fracaso	Éxito	25	3	Fracaso	3	2
Observado	Éxito	Fracaso												
Éxito	25	3												
Fracaso	3	2												
Constante	-5.104	1.977	.010		<table border="1"> <tr> <td>Observado</td> <td>Éxito</td> <td>Fracaso</td> </tr> <tr> <td>Éxito</td> <td>25</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Fracaso</td> <td>3</td> <td>2</td> </tr> </table>	Observado	Éxito	Fracaso	Éxito	25	3	Fracaso	3	2
Observado	Éxito	Fracaso												
Éxito	25	3												
Fracaso	3	2												
Función Z	Z = 1.04 SUBESCALA ESCALA GLOBAL 3 ^{ER} MES - 5.10				89.3% 40.0% 81.8%									

13.2.4. EVALUACIÓN QUE LAS PARTICIPANTES HACEN DEL TRATAMIENTO

Para llevar a cabo esta evaluación se aplicó, a partir de la segunda sesión y al final de cada una de ellas, la Escala de Cambio Percibido diseñada de manera ad-hoc para esta investigación. Esta escala consta de 7 ítems, en formato tipo Likert, y evalúa el malestar emocional experimentado por las participantes en la sesión y entre las sesiones, los síntomas característicos del trastorno de estrés postraumático, el grado de bienestar general y la evaluación que las participantes hacen de la utilidad de las técnicas y contenidos revisados en sesión.

Tras realizar un análisis factorial de componentes principales con rotación oblicua, emergen dos factores, uno que agrupa el cambio percibido por las participantes en cuanto a malestar emocional en sesión, síntomas del TEP y grado de bienestar general, esto es, los ítems 2 al 6, y otro en el que parece saturar mejor la evaluación de la utilidad de la sesión, ítem 7. No obstante, el ítem 1 de la escala, que evalúa el malestar emocional diario, no parece claramente distinguible en ninguno de los dos componentes.

A pesar de ello, se ha decidido agrupar los primeros 6 ítems de la escala en un solo indicador, debido a que al realizar un análisis factorial con ellos como un solo factor se explica el 61.24% de la varianza, al parecer estos seis ítems representan la percepción global de cambio, independiente de que las preguntas apunten a distintas áreas y en distintos marcos temporales. Asimismo, la fiabilidad de la escala medida a través del alfa de Cronbach, al considerar estos 6 ítems, es satisfactoria (.87). La tabla 13.38. presenta la saturación de cada uno de los ítems.

TABLA 13.38. Saturación de los 6 primeros ítems de la Escala de Cambio Percibido, agrupados en un factor

ITEM	SATURACIÓN
1. Malestar emocional diario	.64
2. Malestar emocional en la sesión	.77
3. Síntomas de reexperimentación	.86
4. Síntomas de evitación	.69
5. Síntomas de activación	.85
6. Bienestar general	.86

De este modo se presentan los resultados de la evaluación que hacen las participantes en dos aspectos: 1) Cambio percibido sesión a sesión, y 2) Evaluación de la utilidad de la sesión. Ambos aspectos representan la forma en que las participantes evalúan el tratamiento.

Con respecto al cambio percibido, cuyos valores pueden fluctuar entre 6 y 42 puntos, en la figura 13.95. se puede observar que la puntuación media más baja se encuentra en la segunda sesión (primera en que se aplica la escala) y es de 27.33 para aquellas participantes asignadas a terapia cognitiva más terapia de exposición y 23.13 para las asignadas a terapia de exposición más terapia cognitiva. Esto indica que las participantes asignadas a terapia cognitiva más terapia de exposición consideran que el malestar emocional y los síntomas del TEP son iguales o menores y

que se sienten igual o mejor que antes de haber iniciado la terapia, no obstante, las participantes asignadas a terapia de exposición más terapia cognitiva indican que el malestar emocional y los síntomas del TEP son mayores o iguales y que se sienten peor o igual que antes de haber comenzado la intervención.

De ahí en adelante se aprecia un incremento paulatino de las puntuaciones a lo largo de las sesiones. No obstante, para aquellas participantes asignadas a terapia cognitiva más terapia de exposición, en la sexta sesión (primera en que se aplica el componente de exposición) hay una disminución de las puntuaciones medias.

Los valores finales de cambio percibido (octava sesión) son, en promedio, de 31.50 puntos para las participantes asignadas a terapia cognitiva más terapia de exposición, y de 31.93 puntos para las asignadas a terapia de exposición más terapia cognitiva, lo que indica que al finalizar el tratamiento las participantes informan que el malestar emocional y los síntomas del TEP son menores o bastante menores y que se sienten mejor o bastante mejor.

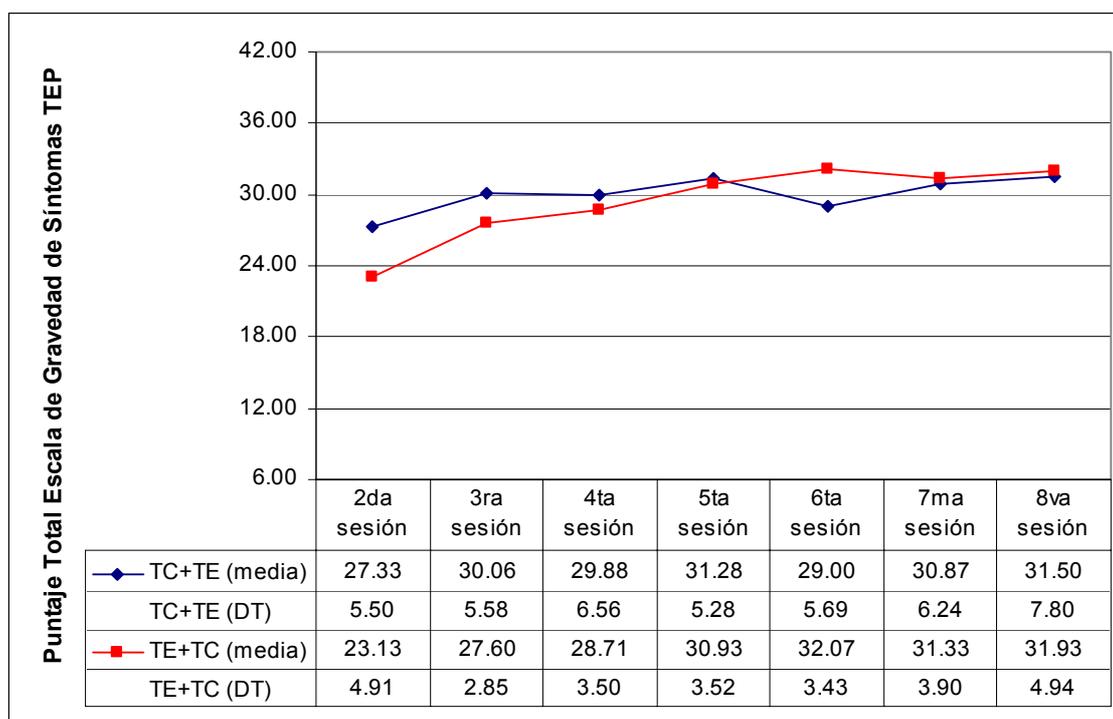


FIGURA 13.95. Cambio percibido por las participantes, sesión a sesión

Con respecto a la evaluación que hacen las participantes de la utilidad de las sesiones medida a través del ítem 7 de la Escala de Cambio Percibido -*Creo que lo practicado en esta sesión me ayudará a sentirme:* 1) *Mucho peor*, 2) *Bastante peor*, 3) *Peor*, 4) *Igual*, 5) *Mejor*, 6) *Bastante mejor*, y 7) *Mucho mejor*- la figura 13.96. permite apreciar nuevamente diferencias entre los grupos experimentales.

En el grupo experimental de terapia cognitiva más terapia de exposición, el puntaje en la segunda sesión es de 5.94 puntos, es decir, las participantes creen que lo revisado en esa sesión les ayudará a sentirse entre mejor y bastante mejor. Hasta la quinta sesión se da un aumento progresivo de los puntajes que llegan, en promedio, a 6.44 puntos, es decir, las participantes en esta modalidad experimental consideran que lo revisado en sesión les ayudará a sentirse bastante mejor o mucho mejor. En la sexta sesión el puntaje medio disminuye a 5.76 puntos y de ahí aumenta a 6 puntos en las últimas dos sesiones, lo que indica que las participantes creen que lo practicado en sesión les ayudará a sentirse bastante mejor.

En el grupo experimental de terapia de exposición más terapia cognitiva, el puntaje medio más bajo se encuentra en la segunda sesión y es de 5.20 puntos, es decir, las participantes creen que lo revisado en esa sesión les ayudará a sentirse entre mejor y bastante mejor. En el resto de las sesiones, las puntuaciones medias aumentan paulatinamente llegando a un valor final medio de 6.07 puntos, que indica que las participantes creen que lo revisado en sesión les ayudará a sentirse bastante mejor o mucho mejor.

Se debe destacar que en ambas modalidades experimentales el valor medio más bajo en la utilidad de lo revisado en sesión es para la primera sesión en que se aplica el componente de exposición, y el valor más alto, para la sesión en que se ve la segunda fase del entrenamiento en solución de problemas.

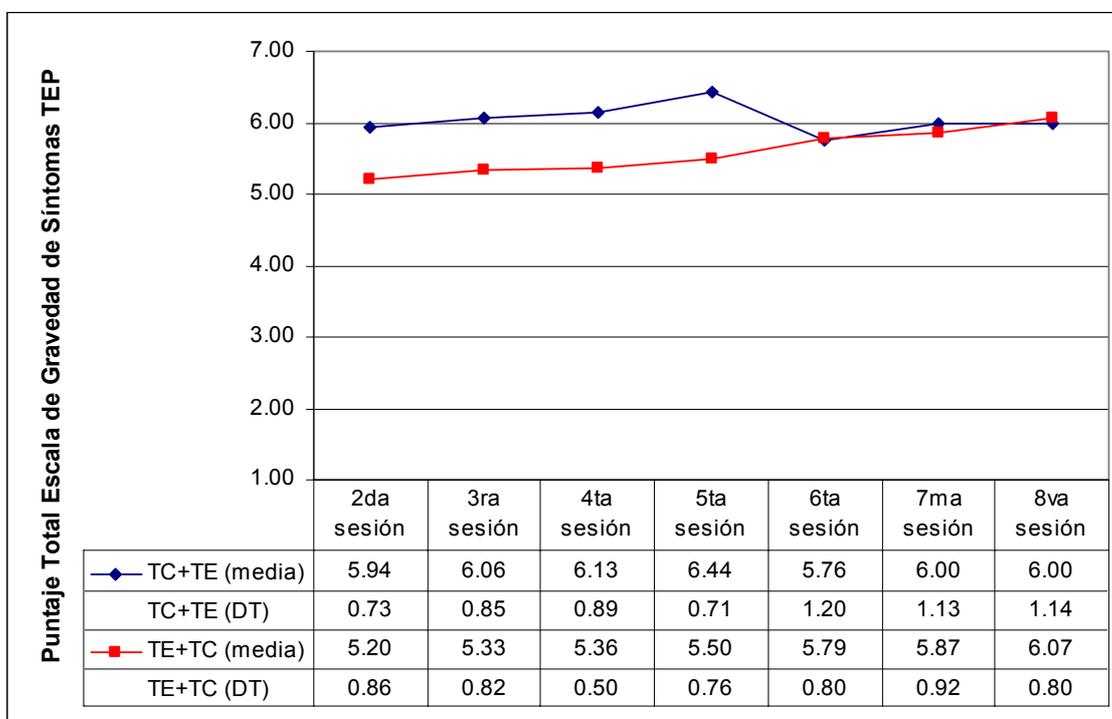


FIGURA 13.96. Evaluación que hacen las participantes de la utilidad de las sesiones

13.3. CONFIRMACIÓN DE HIPÓTESIS

13.3.1. HIPÓTESIS 1

H_{1a}: Si los dos tratamientos experimentales son más eficaces que el no tratamiento, entonces habrá un grado significativamente mayor de remisión de síntomas del trastorno de estrés postraumático, en las participantes asignadas a la condición experimental que en las asignadas al grupo control.

Se confirma: Ambas modalidades experimentales son significativamente superiores a la condición control.

H_{1b}: Si los dos tratamientos experimentales son más eficaces que el no tratamiento, entonces habrá un grado significativamente mayor de remisión de síntomas de depresión, en las participantes asignadas a la condición experimental que en las asignadas al grupo control.

Se confirma: Ambas modalidades experimentales son significativamente superiores a la condición control.

H_{1c}: Si los dos tratamientos experimentales son más eficaces que el no tratamiento, entonces habrá una mejoría significativa del nivel de autoestima de las participantes asignadas a la condición experimental que de las asignadas al grupo control.

Se confirma: Ambas modalidades experimentales son significativamente superiores a la condición control.

H_{1d}: Si los dos tratamientos experimentales son más eficaces que el no tratamiento, entonces habrá un grado significativamente mayor de mejoría en el funcionamiento o adaptación (trabajo, vida social, actividades de ocio, relación de pareja y vida familiar, así como de adaptación en general) de las participantes asignadas a la condición experimental que en el de las asignadas al grupo control.

Se confirma parcialmente:

- Ambas modalidades experimentales son significativamente superiores a la condición control, en cuanto a la adaptación en trabajo, vida social, actividades de ocio y tiempo libre y adaptación en general.
- No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la adaptación en vida familiar y relación de pareja en las modalidades experimentales al postratamiento, por lo que no hay diferencias con los resultados obtenidos en la condición control.

H_{1e}: Si los dos tratamientos experimentales son más eficaces que el no tratamiento, entonces habrá un grado significativamente mayor de remisión de cogniciones postraumáticas, en las participantes asignadas a la condición experimental que en las asignadas al grupo control.

Se confirma parcialmente:

- Ambas modalidades experimentales son significativamente superiores a la condición control en cuanto a las cogniciones negativas acerca de sí mismo y del mundo.
- No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las cogniciones negativas acerca del mundo y en autopenalización, en las modalidades experimentales al postratamiento, por lo que no hay diferencias con los resultados obtenidos en la condición control.

13.3.2. HIPÓTESIS 2

H₂: Si, de acuerdo con la propuesta de Brewin, para obtener mejores resultados en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático es necesario trabajar los componentes cognitivos antes de abordar la exposición, entonces habrá un grado significativamente mayor de remisión de síntomas del trastorno de estrés postraumático en las participantes asignadas al grupo experimental de terapia cognitiva + terapia de exposición, que en aquellas asignadas al grupo experimental de terapia de exposición + terapia cognitiva; en el postratamiento y en los seguimientos.

No se confirma: No hay diferencias estadísticamente significativas entre los dos tratamientos experimentales.

13.3.3. HIPÓTESIS 3

H_{3a}: Si la remisión de síntomas postraumáticos se asocia de alguna manera con la mejoría en variables de adaptación y sintomatología concomitante, entonces habrá un grado significativamente mayor de remisión de síntomas de depresión, en las participantes asignadas al grupo experimental de terapia cognitiva + terapia de exposición, que en aquellas asignadas al grupo experimental de terapia de exposición + terapia cognitiva; en el postratamiento y en los seguimientos.

No se confirma: No hay diferencias estadísticamente significativas entre los dos tratamientos experimentales.

H_{3b}: Si la remisión de síntomas postraumáticos se asocia de alguna manera con la mejoría en variables de adaptación y sintomatología concomitante, entonces habrá una mejoría significativa del nivel de autoestima de las participantes asignadas al grupo experimental de terapia cognitiva + terapia de exposición, que de aquellas asignadas al grupo experimental de terapia de exposición + terapia cognitiva; en el postratamiento y en los seguimientos.

No se confirma: No hay diferencias estadísticamente significativas entre los dos tratamientos experimentales.

H_{3c}: Si la remisión de síntomas postraumáticos se asocia de alguna manera con la mejoría en variables de adaptación y sintomatología concomitante, entonces habrá un grado significativamente mayor de mejoría en el funcionamiento o adaptación (trabajo, vida social, actividades de ocio, relación de pareja y vida familiar, así como de adaptación en general) de las participantes asignadas al grupo experimental de terapia cognitiva + terapia de exposición, que en el de aquellas asignadas al grupo experimental de terapia de exposición + terapia cognitiva; en el postratamiento y en los seguimientos.

No se confirma: No hay diferencias estadísticamente significativas entre los dos tratamientos experimentales.

H_{3d}: Si la remisión de síntomas postraumáticos se asocia de alguna manera con la mejoría en variables de adaptación y sintomatología concomitante, entonces habrá un grado significativamente mayor de remisión de cogniciones postraumáticas, en las participantes asignadas al grupo experimental de terapia cognitiva + terapia de exposición, que en aquellas asignadas al grupo experimental de terapia de exposición + terapia cognitiva; en el postratamiento y en los seguimientos.

No se confirma: No hay diferencias estadísticamente significativas entre los dos tratamientos experimentales.

13.3.4. HIPÓTESIS 4

H₄: Si la terapia cognitiva es mejor que la exposición para tratar las cogniciones postraumáticas, entonces habrá un grado mayor de remisión de cogniciones postraumáticas en la mitad del tratamiento, en aquellas participantes asignadas al grupo experimental de terapia cognitiva + terapia de exposición, que en aquellas asignadas al grupo experimental de terapia de exposición + terapia cognitiva.

No se confirma: No hay diferencias estadísticamente significativas entre los dos tratamientos experimentales.

13.3.5. HIPÓTESIS 5

H₅: Si la terapia de exposición es mejor que la terapia cognitiva para tratar la sintomatología de reexperimentación, entonces habrá un grado menor de síntomas de reexperimentación, y éstos serán de menor intensidad, en la mitad del tratamiento, en aquellas participantes asignadas al grupo experimental de terapia de exposición + terapia cognitiva, que en aquellas asignadas al grupo experimental de terapia cognitiva + terapia de exposición.

Se confirma parcialmente:

- Las participantes asignadas a terapia de exposición + terapia cognitiva presentan síntomas de reexperimentación significativamente menos intensos que aquellas asignadas a terapia cognitiva + terapia de exposición, en la mitad del tratamiento.
- No hay diferencias estadísticamente significativas en el número de síntomas de reexperimentación entre los dos tratamientos experimentales.

14. DISCUSIÓN

14.1. RESPECTO DE LA METODOLOGÍA

Las investigaciones con muestra clínica suelen caracterizarse por ciertos problemas metodológicos. Por una parte, por la dificultad para conseguir participantes que se ajusten a los criterios de inclusión establecidos, lo que se traduce en trabajar con muestras pequeñas o esperar muchos años antes de poder informar de los resultados alcanzados. Y por otra parte, porque se plantea un problema ético a la hora de pensar en algún tipo de grupo control, ya sea de lista de espera o placebo, con este tipo de muestra. Se trata de personas que requieren atención terapéutica inmediata para el problema que las queja y a las que no se les debe hacer esperar en la entrega de dicha atención. Este punto es especialmente relevante en el caso que ocupa el presente trabajo de investigación.

Dos factores han contribuido a minimizar el primero de estos problemas, el tamaño de la muestra. Por un lado, el hecho de que la violencia doméstica sea, desgraciadamente, una práctica muy frecuente, por lo que un gran número de mujeres se ve afectado por ella, y por otro, el que las consecuencias de la violencia doméstica, dentro de las que se cuenta el desarrollo del trastorno de estrés postraumático, sean tan negativas y dramáticas para las mujeres que la padecen lo que las empuja a buscar ayuda. Por estas razones, a través del contacto con las instancias que prestan ayuda a estas víctimas, aunque ha sido difícil, se ha conseguido reunir una muestra relativamente amplia de participantes: 50 mujeres aquejadas de trastorno de estrés postraumático como consecuencia de la vivencia de violencia doméstica. Se debe tener en cuenta que las investigaciones en el área utilizan muestras que van desde 5 a 84 participantes, pero los dos estudios más interesantes llevados a cabo con criterios de inclusión definidos e instrumentos de evaluación válidos y fiables, —el de Echeburúa y su equipo (Echeburúa et al., 1996a), y el de Kubany, Hill & Owens (2003)— cuentan con 62 y 37 participantes, respectivamente, por lo que esta investigación presenta un tamaño muestral que puede situarse en la media de ellos.

Con respecto al segundo problema, el de los grupos de control en una muestra clínica, cabe destacar la existencia de dos medidas pretratamiento. Se debe recordar que, por razones ajenas a la investigación, para 14 de las 50 participantes, se aplazó el inicio del programa de tratamiento durante un período similar al de la duración del programa, es decir, dos meses. Este aplazamiento fue aprovechado para llevar a cabo una segunda evaluación pretratamiento, con dos objetivos:

1) Confirmar el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático, y 2) Ver la existencia de cambios debidos al paso del tiempo.

Esta segunda evaluación pretratamiento, considerada como control de lista de espera, constituye una interesante alternativa de solución al problema señalado. Se cree que realmente no hay mejor grupo de control en esta situación ya que: a) Transcurre el mismo tiempo que dura el programa de tratamiento, y b) Se trata de los mismos sujetos, lo que asegura la homogeneidad en variables como edad, clase social, historia del problema, etc.

No obstante, en las mismas características que hacen de este control de lista de espera una solución al problema ético que se plantea al hacer esperar, de manera intencionada, a las víctimas por la atención que demandan, reside la desventaja de este tipo de control: Las participantes no han sido asignadas de manera aleatoria a esta condición, aunque su situación sí se debe en cierta parte al azar, sino que han llegado a ella, en la mayoría de los casos, a la espera de otras participantes para conformar un grupo terapéutico.

A pesar de ello, el disponer de este control de lista de espera, le da al diseño de esta investigación una ventaja en comparación con el resto de las investigaciones que se han llevado a cabo en el área, y aporta datos que hacen más interesante el análisis de los resultados.

14.2. RESPECTO DE LA MUESTRA

14.2.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

La muestra con la que se ha trabajado en esta investigación se caracteriza por ser mujeres jóvenes, con una media de edad de 35 años, que en su mayoría ya no vive con el agresor (88%) y tiene hijos (82%).

No deja de ser significativo que, al momento de la intervención, sólo 6 de las 50 participantes viva con el agresor, ya que ello confirma lo que se ha señalado en otras investigaciones respecto a que el mero alejamiento de la situación de maltrato no soluciona los problemas psicológicos derivados de ella (Echeburúa et al. 1998; Rincón, 2001).

Respecto al extracto socioeconómico se distribuyen entre clase media y baja, de hecho ninguna participante afirma pertenecer a la clase social media-alta o alta, y la mayoría, en cambio, dice pertenecer a la clase media (68%). Esto no debe entenderse como una mayor prevalencia de violencia doméstica en los estratos socioeconómicos medios o más desfavorecidos, sino más bien, como que las mujeres pertenecientes a estos niveles sociales son las que hacen uso de los servicios prestados por las Concejalías de Mujer de los Ayuntamientos, las que necesitan refugiarse en Pisos de Acogida o las que aceptan las prestaciones ofrecidas por los Servicios de Atención a Víctimas que existen en los Juzgados, instituciones a través de las que se ha tenido acceso a la muestra en

esta investigación. Seguramente las mujeres que dirían que pertenecen a las clases media-alta o alta, acuden a psicológicos y/o abogados privados y cuentan con casas de familiares a las que acudir u otros recursos personales en caso de abandonar su hogar.

Respecto al resto de las características sociodemográficas, la mayoría de las participantes en esta investigación ha cursado estudios primarios (44%) y secundarios (42%), y no hay una actividad laboral que las caracterice, distribuyéndose principalmente entre paro (32%), trabajadoras de servicios (26%), trabajadoras no cualificadas (14%) y amas de casa (14%).

No parece, en resumidas cuentas, que haya características demográficas diferenciales para las mujeres que desarrollan trastorno de estrés postraumático como consecuencia de la violencia doméstica.

14.2.2. CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

En cuanto al tipo de violencia doméstica que han padecido las participantes, la gran mayoría ha vivido violencia física y psicológica (64%), seguida de la violencia psicológica (24%), la duración de la misma es crónica, más de la mitad de la muestra (56%) ha vivido la situación de abuso entre 2 y 10 años, y la inmensa mayoría la ha experimentado a diario o entre dos y tres veces por semana (90%).

Llama la atención la cronicidad de la situación de abuso, de hecho la media de duración del problema se sitúa alrededor de los 7 años y medio, e incluso en algunos casos (12% de la muestra) se informa haber vivido violencia doméstica por más de 15 años, antes de intentar romper la relación y solicitar auxilio. Diversos factores pueden explicar esta búsqueda tardía de ayuda: a) Ideas erróneas sobre “aguantar” e “intentar salvar la relación”; b) Distorsiones cognitivas del tipo “en realidad me quiere”, “lo que hace lo hace por celos y eso indica cariño hacia mí”, “está con mucha presión en el trabajo”, “algo hice yo para enfadarlo, debo comportarme mejor”, etc.; c) Presión social para mantener a la pareja unida aludiendo a la importancia de un hogar estable para los niños o a las ideas de fracaso asociadas a una ruptura de pareja; d) Presión religiosa acerca de la importancia del vínculo matrimonial para toda la vida; e) Dependencia económica del agresor, etc. En definitiva, suele existir una conspiración de silencio que rodea la situación de violencia doméstica, conspiración a la que se debe poner coto, identificando y detectando las situaciones de abuso con rapidez. En este sentido son de vital importancia programas sociales de información y prevención al respecto, tanto para las víctimas como para el entorno y personas próximas.

Del mismo modo, se debe destacar el hecho de que la frecuencia de agresiones sea tan elevada (90% de la muestra ha experimentado violencia doméstica dos o más veces por semana), lo que probablemente se deba a la propia cronicidad del trastorno: La violencia se ha establecido

como patrón de actuación. Vuelve a ser de suma importancia una intervención preventiva o en los primeros momentos en que se da violencia en una relación de pareja, pues el no permitir que ese patrón de violencia se establezca dificultaría llegar a esas cifras de agresiones cotidianas. Por otra parte, se debe tener en cuenta que esta cifra corresponde al último mes de convivencia, quizás la misma elevada frecuencia de las agresiones hace que por fin la mujer constata que está ante un problema para el que ha de pedir ayuda y cuya solución escapa de sus manos.

La cronicidad y frecuencia de la violencia doméstica, hacen comprensible el hecho de que mujeres que “sólo” han sufrido violencia psicológica (un 24% de las participantes) hayan desarrollado trastorno de estrés postraumático, se trata de una situación que ha llegado a representar una amenaza para la vida o integridad de la víctima y que ha causado en ella sentimientos de temor, desesperanza u horror intensos. Es otro punto que debe ser destacado, ya que habitualmente se ha considerado la violencia psicológica como algo menor, menos perjudicial y dañino que la violencia física. No obstante, también se debe destacar el hecho de que en esta investigación se ha encontrado un caso de violencia física en que ha bastado sólo un episodio de agresión para que la víctima haya desarrollado el trastorno de estrés postraumático.

Asimismo, que la mayoría de las participantes haya recibido atención médica por las lesiones causadas en los episodios violentos (52%), haya denunciado la situación de violencia doméstica (72%) y haya tenido que abandonar su hogar debido a ella (72%), reiteran la situación límite y de inmenso sufrimiento en que estas mujeres se encuentran. Estos porcentajes son realmente alarmantes, ya que no indican de manera directa la situación que se vive, más bien se debe estimar que hablan de mínimos y que seguramente, de este grupo de mujeres, un número mayor ha necesitado asistencia médica por lesiones, debería haber denunciado y debería haber abandonado su hogar a causa de la violencia doméstica. Se debe tener en cuenta que muchos agresores no dejan que la víctima acuda a un centro médico en busca de curación a sus heridas o que en muchas ocasiones las víctimas prefieren no acudir, no denunciar o no salir del hogar para no “agravar” la situación y “evitar que él se ponga más violento”.

Por otra parte, en más de la mitad de los hogares en que hay hijos, éstos han presenciado los episodios de violencia doméstica, casi un 10% ha padecido violencia psicológica y un 7% ha sufrido violencia física. Estos datos son también alarmantes y no se los debe perder de vista, el sólo hecho de presenciar violencia doméstica entre los progenitores se puede considerar como vivir violencia doméstica psicológica, y se ha visto que la sola vivencia de este tipo de violencia tiene consecuencias perjudiciales en la salud mental de la víctima. No es el tema de estudio en esta investigación, pero estos hijos pueden requerir atención psicológica de igual modo que sus madres.

En otro orden de cosas, el que la gran mayoría de las participantes de esta investigación no haya vivido violencia doméstica en su familia de origen (70%) ni en una relación de pareja previa (80%), no sólo es consistente con datos de otras investigaciones (Echeburúa et al., 1997a), sino que también pone en entredicho dos tópicos que se han mantenido en este ámbito de investigación por mucho tiempo. Por una parte, la idea de que las mujeres que viven violencia doméstica son masoquistas y permanecen en este tipo de relaciones por el placer que sienten en ellas, llegando incluso, cuando la relación se termina, a buscar hombres con idénticas características para embarcarse nuevamente en una relación violenta. Y por otra parte, la idea de que la experiencia previa de violencia doméstica, ya sea en la familia de origen o en otras relaciones de pareja, sería un factor asociado a la victimización.

Finalmente, es de destacar el alto grado de apoyo familiar (78%) y social (82%) que reportan las participantes, que se contradice con la idea tradicional de que las víctimas de violencia doméstica se encuentran aisladas y no tienen gran contacto con familiares o amigos. No obstante, se debe recordar que las características que aquí se describen son las de aquellas mujeres que han dado el paso de pedir ayuda, por lo que se debe reflexionar acerca de si precisamente el hecho de decidir pedir ayuda las ha sacado del aislamiento y les ha hecho llamar a diversas puertas (de familiares y de amigos) antes de llegar a alguna institución pidiendo auxilio o si, por el contrario, debido a que no se encuentran tan aisladas familiar ni socialmente, han podido acudir a estas instituciones en busca de una solución para el problema que viven.

14.2.3. CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS

Lo primero que se debe destacar en este apartado, es el hecho de que todas las participantes de esta investigación padecían trastorno de estrés postraumático crónico, según criterios DSM-IV, como consecuencia de la vivencia de violencia doméstica, lo que no es frecuente en investigaciones con este tipo de población. Hasta hace poco el criterio de inclusión en un programa de tratamiento de este tipo y, por ende, el de las investigaciones realizadas, sólo era haber padecido violencia doméstica, independiente de las consecuencias psicológicas de ésta.

El nivel de intensidad del trastorno de estrés postraumático previo a la terapia era alto (media cercana a los 30 puntos, en una escala cuyo puntaje de corte es 15). Asimismo, parece interesante destacar los principales síntomas postraumáticos que padece este tipo de víctimas ya que ello puede contribuir a delinear un perfil sintomático diferente al que puede darse en otro tipo de víctimas que desarrollan el trastorno. Es lógico que ante amenazas diferentes las personas reaccionen de forma diferente, y además, el trastorno de estrés postraumático, funciona un poco como un “cajón de sastre” en el que todo cabe, no obstante, se espera que con el tiempo y con más y mejores investigaciones este cajón de sastre se irá dividiendo y discriminado entre subtipos de estrés postraumático y tipos de víctimas.

En este sentido, más del 75% de la muestra de esta investigación presentaba los siguientes síntomas: a) Reexperimentación: Recuerdos intrusivos, malestar psicológico intenso al recordar el trauma y malestar fisiológico intenso al recordarlo, b) Síntomas de evitación: Evitación de pensamientos, sentimientos y conversaciones asociados al suceso traumático y pérdida de interés en actividades significativas, y c) Aumento de activación: Dificultad para conciliar o mantener el sueño e hipervigilancia, si bien en esta subescala, a diferencia de las anteriores, todos los síntomas estaban presentes en más del 50% de las víctimas.

Como posibles interpretaciones a este perfil sintomático, está el hecho de que las víctimas de violencia doméstica se diferencian de otras víctimas que desarrollan trastorno de estrés postraumático en que el trauma lo sufren de manera repetida y en su hogar, lo que hace que las conductas de evitación sean menores que en otro tipo de víctimas, no pueden evitar el hogar, salvo que definitivamente se vayan de él, lo que no sucede en los primeros momentos como se ha visto, por la cronicidad del trastorno. Asimismo, la elevada hiperactivación fisiológica puede ser consecuencia de la posibilidad, y del temor constante que de ella se desprende, de una nueva agresión, por lo que funcionaría como una respuesta adaptativa a la situación en que la víctima se encuentra, ya que no hay claves de seguridad en su propio hogar.

En cuanto a los síntomas menos prevalentes en este tipo de víctimas, llama la atención la escasa presencia de flashback (44%), dificultad para recordar algún aspecto importante del suceso traumático (18%) y sensación de futuro desolador (38%). La baja presencia de flashback puede explicarse debido a la cronicidad de la situación de violencia doméstica y a la exposición sistemática a los episodios violentos, por lo cual es muy difícil la prominencia de una sola imagen frente a un cúmulo de recuerdos traumáticos. Sería esperable una presencia más alta de flashback en aquellos casos, rarísimos, en que se da sólo un episodio de violencia física, o en los inicios de la historia de violencia doméstica, en que los episodios violentos no se han repetido aún.

Del mismo modo, el que un porcentaje tan bajo de las participantes presente amnesia disociativa puede deberse a la reiteración de las experiencias de violencia, las víctimas han vivido y revivido de manera real una y otra vez los malos tratos, por lo que no hay espacio para las lagunas de memoria, cualquier detalle que ha escapado a ella ha sido completado en un nuevo episodio violento. Otras investigaciones, no obstante, coinciden en encontrar una baja presencia de amnesia disociativa, no sólo en las víctimas de violencia doméstica, sino también en otros grupos de víctimas (agresión sexual, terrorismo, accidentes de tráfico y enfermedades graves) (Echeburúa, Corral & Amor, 1998).

Asimismo, el hecho de que a pesar de la situación tan extrema en que estas mujeres se encuentran y de la cronicidad de la misma para la gran mayoría de ellas, la sensación de un futuro desolador sólo esté presente en poco más de un tercio de las participantes, de alguna manera pone

de relieve o su consideración incorrecta del problema (ya sea por las creencias erróneas o las distorsiones cognitivas a las que ya se ha aludido), o el que piensen que pueden salir del mismo, cosa poco esperable, al menos al comienzo del tratamiento, dada su situación de desesperación y baja autoestima.

Por otra parte, la inmensa mayoría de las participantes presentaba diagnóstico de depresión moderada (40%) o grave (42%), bajos niveles de autoestima y un alto grado de inadaptación a la vida cotidiana, lo que hace patente el gran deterioro personal, adaptativo y social que tiene para las víctimas de violencia doméstica esta situación. De ahí que una intervención en este tipo de víctimas deba abordar el trastorno de estrés postraumático como objetivo central, pero también aspectos relacionados con la adaptación de la víctima a un nuevo esquema de vida, a una nueva forma de ver las cosas, en definitiva, aspectos relacionados con su adaptación social y familiar.

En cuanto a las cogniciones postraumáticas, se debe destacar que los niveles previos a la terapia son más bien moderados, y sólo en la subescala que mide cogniciones negativas hacia el mundo, se encuentra una media indicativa de acuerdo al respecto. Si bien no se tiene conocimientos acerca de la presencia de estas cogniciones en distintos tipos de víctimas de traumas, es comprensible que las mujeres que padecen violencia doméstica desarrollen ideas negativas acerca del mundo, ideas de que éste es un lugar peligroso, que deben estar alertas y ser especialmente cuidadosas porque nunca se sabe qué puede ocurrir después, que no se puede confiar en los demás, etc. Sin embargo, resulta un poco sorprendente y muy tranquilizador que no desarrollen en la misma medida ideas negativas acerca de sí mismas ni ideas de culpa. Una posible explicación al respecto es que la mayoría de estas mujeres ha denunciado la situación que está viviendo, lo que indica que tiene conciencia de que no es responsable de lo sucedido. Es muy probable que entre aquellas víctimas que no denuncian ni piden ayuda, las cogniciones negativas acerca de sí mismas y las ideas de culpa sean mayores.

En cuanto a la presencia de trastornos de ansiedad distintos al trastorno de estrés postraumático, la gran mayoría de las participantes no presenta ninguno (70%) y el resto de las participantes no presenta un diagnóstico común en el que se las pueda agrupar.

Asimismo, debe destacarse la ausencia de trastornos debidos al abuso y dependencia de sustancias. Ninguna de las 50 participantes de esta investigación tenía problemas de alcohol o drogas, situación que suele describirse como comórbida al trastorno de estrés postraumático y también a la vivencia de violencia doméstica.

Finalmente, y aunque no se refiere directamente a las características psicopatológicas de las participantes, parece interesante destacar las expectativas que ellas tienen acerca del tratamiento, ya que pueden ser consideradas como un indicador de las necesidades que las aquejan. Si bien las expectativas son diversas, al considerar de manera global las respuestas que dan las participantes

como primera, segunda y tercera prioridad, se aprecia que más de un tercio de las participantes desea eliminar la sintomatología postraumática (34%), casi un tercio de la muestra quiere dejar de tener miedo y mejorar su estado de ánimo (30%) y casi un cuarto de la muestra desea mejorar su autoestima y aprender a afrontar mejor los problemas (24%). Se debe destacar el valor que dan las participantes a los síntomas del trastorno de estrés postraumático y al miedo que se relaciona con aquél. Asimismo, es destacable el hecho de que un 20% de ellas escoja, como primera prioridad, la mejoría de su estado de ánimo, aspecto que debe ser abordado en un programa para esta población. Las expectativas aquí comentadas, que son las de mayor frecuencia entre las participantes, corresponden a los objetivos del programa de intervención.

14.3. RESPECTO DEL TRATAMIENTO

14.3.1. EFICACIA DEL TRATAMIENTO

Lo primero que se debe destacar de la presente investigación es que se ha elaborado un programa de tratamiento para víctimas de violencia doméstica orientado específicamente al trastorno de estrés postraumático que han desarrollado y no a otros trastornos o problemas, como se ha hecho en la mayoría de los estudios previos (Echeburúa et al., 1996a).

Este programa de tratamiento se basa en los conocimientos disponibles acerca del trastorno de estrés postraumático y de este tipo de víctimas, y de este modo, incluye las técnicas que han demostrado ser eficaces en esta problemática. Asimismo, se trata de un programa breve –de hecho calculado sobre el tiempo que en España puede permanecer una mujer en una casa de acogida, período de especial interés para trabajar y facilitar recursos de cara a la incorporación posterior a la vida social “normal”–, que puede llevarse a cabo en contextos institucionales o sanitarios, en los que los recursos humanos suelen ser escasos. Del mismo modo, el hecho de que sea un tratamiento grupal, aumenta la cobertura, disminuyendo los costes. Todo esto apunta a intentar desarrollar una intervención que cumpla con los requerimientos actuales de la psicología clínica, esto es, que sea una intervención eficaz, efectiva y eficiente, es decir, que logre los objetivos terapéuticos no sólo en condiciones óptimas, si no también en la práctica clínica habitual, con mayores beneficios y menores costes que otras alternativas terapéuticas (Labrador, Echeburúa & Becoña, 2000).

Esto adquiere especial importancia si se tiene en cuenta que parte de la población objeto de estudio en esta investigación requiere una atención terapéutica breve, debido a que han abandonado su hogar y se encuentran en un piso de acogida donde su permanencia será transitoria, por una parte, porque no pueden estar ahí más de seis meses (en promedio se van antes de 4 meses) y por otra, porque interesa que su permanencia sea de la menor duración posible para que puedan integrarse rápidamente a su medio habitual saliendo de esa situación anormal, tanto para ellas como para sus hijos.

Respecto a la eficacia del tratamiento, se debe destacar, como un primer éxito el bajo número de abandonos que se producen en el mismo. Específicamente un 8% de las participantes asignadas a la modalidad de terapia cognitiva más terapia de exposición y un 20% de las asignadas a terapia de exposición más terapia cognitiva, abandonan el tratamiento. Asimismo, la gran mayoría de las participantes –un 67% en la modalidad de terapia cognitiva más terapia de exposición y un 87% en la modalidad de terapia de exposición más terapia cognitiva– asistió a la totalidad de las sesiones de tratamiento y también la mayoría de las participantes –61% en la modalidad de terapia cognitiva más terapia de exposición y un 73% en la modalidad de terapia de exposición más terapia cognitiva– tuvo un comportamiento adecuado en relación al cumplimiento de las tareas asignadas, es decir, cumplió entre un 75 y un 100% de las mismas. Las diferencias encontradas entre ambas modalidades de tratamiento en cuanto a abandono, asistencia a sesiones y cumplimiento de tareas, no son estadísticamente significativas.

De cualquier manera parece necesaria una reflexión respecto a estas diferencias. Si bien el porcentaje de abandono es mayor en la modalidad de tratamiento de terapia de exposición más terapia cognitiva, las participantes que adhieren en esta modalidad, parecen hacerlo con un mejor comportamiento hacia la terapia, es decir, un porcentaje mayor acude al 100% de las sesiones terapéuticas y tiene un cumplimiento satisfactorio de las tareas encomendadas para casa (sobre el 75%). La explicación a esto puede quizás encontrarse en el carácter aversivo de la técnica de exposición. Las participantes asignadas a esta modalidad terapéutica, si ya han superado las primeras cuatro sesiones en que se utiliza la técnica y no han abandonado, suelen cumplir el resto de la terapia cabalmente. En el caso de las participantes asignadas a la modalidad de terapia cognitiva más terapia de exposición, pasa lo contrario, en la sexta sesión se enfrentan a la exposición y si bien ya se encuentran lo suficientemente “enganchadas” con la terapia como para no abandonar, manifiestan su desazón con la técnica con un menor cumplimiento de tareas y con inasistencia a alguna sesión.

Con respecto a los resultados del tratamiento, en primer lugar, al comparar la evaluación pretratamiento con la evaluación de control de lista de espera, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las medidas evaluadas lo que constituye un indicador de que los resultados obtenidos en el postratamiento no se deben al mero paso del tiempo y sí a la intervención que se ha llevado a cabo.

En segundo lugar, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el pretratamiento y el postratamiento, en todas las medidas evaluadas, esto es, trastorno de estrés postraumático, depresión, autoestima, inadaptación a la vida cotidiana y cogniciones postraumáticas. Es decir, el tratamiento elaborado y llevado a cabo es eficaz para reducir la sintomatología de estrés postraumático y de las variables asociadas en este tipo de víctimas, a pesar

de que no todas las participantes cumplen todas las tareas asignadas, ni asisten a todas las sesiones de tratamiento.

La única excepción la constituye la subescala Vida Familiar de la Escala de Inadaptación, que no presenta diferencias significativas al postratamiento ni en los seguimientos realizados. Las víctimas de violencia doméstica han visto desestructurada su situación familiar, en muchos casos han tenido que dejar su hogar, se encuentran viviendo en casas de familiares o amigos, y en la mayoría de los casos sus hijos ya no viven con su padre lo que a ellas les parece un fracaso, todo lo cual puede explicar que, a corto o medio plazo, informen que el problema que han vivido (la violencia doméstica) les afecta bastante o mucho en este aspecto.

En tercer lugar, las diferencias encontradas entre la evaluación pretratamiento y la de postratamiento, independientemente de la modalidad de tratamiento, se mantienen en los diversos seguimientos llevados a cabo, hasta los seis meses de acabada la terapia. Es decir, los cambios producidos por la intervención psicológica se mantienen a corto y medio plazo.

Cuarto, desde el punto de vista de la significación clínica, que debería ser el punto de vista central en cualquier investigación destinada a probar la eficacia de una intervención terapéutica, se tienen resultados igualmente alentadores. El principal objetivo de la intervención diseñada era el tratamiento del trastorno de estrés postraumático, que estaba presente en el 100% de las participantes al inicio de la intervención. A los seis meses de seguimiento, el 85% de las participantes que acabaron la terapia no presenta trastorno de estrés postraumático (89% de las participantes asignadas a terapia cognitiva más terapia de exposición y 80% de las asignadas a terapia de exposición más terapia cognitiva) lo que indica un cambio clínicamente significativo.

No obstante, se siguen manteniendo algunos síntomas, pero con una intensidad mucho menor que antes de iniciar la terapia, de hecho a los seis meses de seguimiento, sólo un tercio de las participantes presenta síntomas de reexperimentación, poco más de un 20%, de evitación y un tercio, de aumento de activación. Si bien, se esperaba que la intervención redujera de forma importante la sintomatología postraumática, llegando a niveles de funcionamiento “normales”, en que no se pueda diferenciar a las participantes en la intervención de una persona que no ha vivido una experiencia de este tipo, hay diversos factores que pueden influir en este resultado: Que, en caso de haber separación, tengan que asistir a juicios y trámites judiciales en que se enfrenten nuevamente al agresor; el incumplimiento por parte del victimario de la orden de alejamiento o del régimen de visitas que se ha establecido en el caso de haber niños, apareciendo en su casa o en su barrio sin previo aviso y con absoluta impunidad, con la consecuente sensación de inseguridad y desprotección para la víctima, etc. En definitiva, los cambios logrados con la terapia deben ser consolidados a través de la puesta en práctica de las estrategias de afrontamiento aprendidas y en la medida en que, como cualquier proceso de aprendizaje requiere, el paso del tiempo vaya mejorando

de manera paulatina. Asimismo, son de vital importancia para la mantención de los cambios logrados en la terapia, cambios en el entorno de las víctimas.

Del mismo modo, al pretratamiento un 88% de las participantes tenía algún grado de depresión, según el BDI, situación que a los seis meses es absolutamente distinta, un 64% no tiene depresión (67% de las participantes asignadas a terapia cognitiva más terapia de exposición y 60% de las asignadas a terapia de exposición más terapia cognitiva). Parece conveniente detenerse aquí y observar las fluctuaciones en los diagnósticos de depresión comparando ambas modalidades experimentales. En la modalidad experimental de terapia cognitiva más terapia de exposición, se da un aumento paulatino de participantes que no presentan ningún nivel de depresión (un 28% al postratamiento, 50%, 61% y 67% al mes, 3 meses y 6 meses de seguimiento, respectivamente), en cambio, en la modalidad de terapia de exposición más terapia cognitiva, al postratamiento hay un gran porcentaje de participantes que no presenta diagnóstico alguno de depresión (67%), porcentaje que disminuye en los seguimientos del mes y tres meses (53%) y que a los seis meses de seguimiento repunta, pero sin llegar al porcentaje del postratamiento (60%). Por otra parte, parece también interesante destacar la situación en que se encontraban ciertas participantes que presentan una regresión en cuanto a los niveles de depresión, entre el postratamiento y los seguimientos: Habían regresado a vivir con el agresor; había salido el fallo del juicio que estaban esperando y sólo se estimaba que se trataba de una falta por lo que el agresor quedaba prácticamente impune; se fijaba una sentencia en que, a pesar de existir orden de alejamiento del agresor hacia la víctima, se establecía régimen de visitas hacia los niños, etc.

En cuanto a los niveles de autoestima, si se considera como puntaje de corte 29 puntos, al pretratamiento casi un 85% de las participantes tenía un nivel de autoestima bajo, situación que a los seis meses de seguimiento se da sólo para el 42% de las participantes (50% de las participantes asignadas a terapia cognitiva más terapia de exposición y 40% de las asignadas a terapia de exposición más terapia cognitiva). Si bien la mejoría en los niveles de autoestima es significativa desde el punto de vista estadístico y también desde el punto de vista clínico (43% de las participantes se ha “recuperado”), más de un 40% de las participantes a los seis meses aún presenta niveles de autoestima bajos. Aquí caben algunas posibilidades: a) Que con el paso del tiempo un mayor número de participantes se recupere, lo que parece probable, por lo menos para aquellas participantes asignadas a la modalidad experimental de terapia cognitiva más terapia de exposición, al observar las gráficas de sus puntuaciones y de diagnósticos; b) Que no se consigan mayores mejorías debido a que los niveles de autoestima se vean afectados por factores distintos a los abordados directamente en la terapia, que no sólo dependan de la valoración e influencia del agresor en la víctima –de hecho la situación de vida de las víctimas no es considerada exitosa desde el punto de vista social– y que una sesión de tratamiento dedicada a ella sea escasa; y c) Que los niveles de autoestima alcanzados por las participantes sean los niveles de autoestima “normales” en

población femenina, dato que se desconoce en este momento para población española: No se sabe si lo normal, en términos de norma estadística, es tener una autoestima baja o alta.

A falta de otras fuentes de comparación, las puntuaciones medias de autoestima encontradas en la evaluación postratamiento y en los seguimientos son muy similares a las halladas en los dos trabajos que utilizan la misma escala, el de Echeburúa y su equipo (Echeburúa et al., 1996a), y el de Kubany, Hill & Owens (2003).

Finalmente, dado que la Escala de Inadaptación también establece un punto de corte, se debe recordar que al pretratamiento la inmensa mayoría de las participantes, casi un 91%, se encontraba inadaptada, situación que al seguimiento llevado a cabo a los 6 meses de concluida la terapia, se da sólo en el 51.5% de las participantes (50% de las participantes asignadas a terapia cognitiva más terapia de exposición y 53.3% de las asignadas a terapia de exposición más terapia cognitiva). Estos resultados son sumamente importantes, ya que si bien el objetivo de la intervención es la desaparición de la sintomatología postraumática, lo es por lo incapacitante y generadora de malestar que resulta para las víctimas, ya que el fin último de este programa de tratamiento, es que las participantes puedan volver a vivir plenamente, a sentir que el mundo tiene sentido, a adaptarse a su medio y sentirse a gusto en él, en definitiva, a sentir que vale la pena vivir. Si bien a los seis meses de seguimiento todavía hay un 50% de las participantes que aún se encuentra inadaptado, se espera que al año de seguimiento esta cifra se reduzca, tanto por los cambios esperables en cualquier programa de aprendizaje, como por los debidos a los cambios en las condiciones de vida de estas mujeres, ya que los trámites judiciales en que se encuentran inmersas, así como su situación económica y laboral, lamentablemente, se resuelven a largo plazo.

En resumen, en aquellas medidas en que hay un punto de corte que permite establecer un diagnóstico –trastorno de estrés postraumático, depresión, autoestima e inadaptación– hay cambios clínicamente significativos que se mantienen a los seis meses de acabada la terapia.

Por lo tanto, el objetivo principal, la reducción del trastorno de estrés postraumático, se cumple completamente, y además se modifican variables no directamente abordadas como depresión, autoestima, inadaptación y cogniciones postraumáticas. De este modo, la primera hipótesis planteada, con sus cinco corolarios, se confirma. El programa de tratamiento cognitivo conductual elaborado y llevado a cabo, en cualquiera de sus modalidades experimentales, resulta eficaz para superar el trastorno de estrés postraumático crónico y las variables de adaptación y sintomatología concomitante asociadas –depresión, baja autoestima, inadaptación a la vida cotidiana y cogniciones negativas derivadas de la experiencia traumática– en víctimas de violencia doméstica. Resultados que se ven en el postratamiento y que continúan a los seis meses de seguimiento.

No obstante, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las dos modalidades experimentales puestas a prueba. Este punto es fundamental, ya que el programa de tratamiento propuesto en esta investigación se desarrolló a partir de un modelo teórico, la Teoría de la Representación Dual del trastorno de estrés postraumático, que claramente exponía las ventajas de llevar a cabo un tratamiento en el que primero se abordasen los componentes cognitivos y luego la exposición, a fin de que en el momento en que ésta se lleve a cabo, se active sólo la respuesta emocional derivada directamente de la experiencia traumática y no emociones secundarias que podrían interferir en el reprocesamiento de las memorias traumáticas. Este modelo también permitía explicar el supuesto proceso en el que se basa la actuación de los componentes terapéuticos (Brewin, 1989; Brewin, Dalgleish & Joseph, 1996; Brewin, 2001).

El hecho de que no se encuentren diferencias entre una y otra modalidad de intervención, es decir, el hecho de que dé igual aplicar primero los componentes cognitivos o la exposición, cuestiona esta propuesta teórica y, lo que es peor, al no haber modelos teóricos sólidos alternativos, deja un tanto “huérfano” de marcos teóricos a los programas de actuación.

Una primera consideración al respecto, sería cuestionar los datos estadísticos debido a la escasa potencia que presenta esta investigación para las comparaciones intergrupo, no obstante, al revisar las gráficas del capítulo de resultados referidas a la eficacia del tratamiento, parece haber escasas diferencias entre uno y otro grupo experimental, por lo que una mayor potencia de la investigación raramente podría establecer diferencias.

Otra consideración es la de los resultados a largo plazo, si bien a los seis meses de seguimiento no hay diferencias entre ambos grupos, puede que éstas aparezcan al año de seguimiento, pues se aprecia una pequeña tendencia de superioridad en los resultados del grupo experimental de terapia cognitiva más terapia de exposición. No obstante, esta consideración es cuestionable, ya que los efectos del reprocesamiento de las memorias traumáticas deberían ser inmediatos, y de hecho las diferencias aparecen en el postratamiento.

Quizás un análisis del proceso de cambio terapéutico pueda contribuir a esclarecer este asunto y a ello tributan dos medidas llevadas a cabo en la mitad de la intervención, es decir, acabadas las sesiones cognitivas para aquellas participantes asignadas a terapia cognitiva más terapia de exposición, y acabadas las sesiones de exposición para aquellas asignadas a terapia de exposición más terapia cognitiva. Estas dos medidas son: 1) El Inventario de Cogniciones Postraumáticas, y 2) El autorregistro de síntomas de reexperimentación.

En el Inventario de Cogniciones Postraumáticas nuevamente se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las distintas medidas temporales, pero no hay diferencias entre ambas modalidades de intervención. De manera global, tampoco hay diferencias entre la evaluación llevada a cabo en el pretratamiento y la llevada a cabo en la mitad del mismo, pero sí se

encuentran estas diferencias en la subescala que mide cogniciones postraumáticas negativas hacia sí mismo, a pesar de que los valores iniciales en esta subescala no son indicativos de acuerdo con estas cogniciones, es decir, en la mitad de la terapia, e independiente de la modalidad de tratamiento a la que hayan sido asignadas las participantes, éstas modifican de manera significativa sus ideas negativas respecto a sí mismas, a pesar de que éstas no se encontraban en niveles preocupantes al inicio de la intervención. Con respecto a las otras dos subescalas: Cogniciones negativas acerca del mundo y cogniciones de autopunición, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre la evaluación pretratamiento y la de mitad de seguimiento.

En relación al autorregistro de síntomas de reexperimentación, no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambas modalidades experimentales al inicio de la intervención, ni en número ni en intensidad de los síntomas experimentados. En la mitad de la intervención tampoco hay diferencias estadísticamente significativas entre ambas modalidades experimentales en cuanto al número de síntomas de reexperimentación, no obstante, las diferencias sí son estadísticamente significativas en cuanto a la intensidad de los síntomas de reexperimentación presentados por las participantes: Aquellas que han sido asignadas a terapia de exposición más terapia cognitiva, presentan síntomas menos intensos que los de aquellas participantes asignadas a terapia cognitiva más terapia de exposición. Esto es lógico ya que las participantes asignadas a terapia de exposición más terapia cognitiva ya han acabado las sesiones de exposición cuyo efecto inmediato debería ser la reducción de los síntomas de exposición, sin embargo, llama la atención, que el número de síntomas se reduzca por igual para las participantes asignadas a terapia cognitiva más terapia de exposición, que sólo han llevado a cabo las sesiones cognitivas.

¿Qué indica todo esto? ¿Que el hecho de asistir a terapia, independientemente de lo tratado en ella, sirve para reducir las ideas negativas acerca de sí mismo? ¿Que por asistir a terapia, sea cual sea la técnica ejercitada en ella, la cantidad de síntomas de reexperimentación disminuye? ¿Es el componente de psicoeducación, común al inicio de ambas modalidades experimentales lo que contribuye a estos cambios? ¿Es la técnica de relajación, presente también en ambas modalidades, la que modifica estas variables? ¿O es la pertenencia a un grupo terapéutico y la sensación de seguridad?

Probablemente el componente de psicoeducación sea fundamental en la reducción de la sintomatología de reexperimentación. El que las víctimas entiendan el problema, no sólo les ayuda a llevar a cabo las tareas de exposición de manera adecuada, sino también a afrontar sus recuerdos traumáticos de otra manera, incluso cuando aún no se ha realizado la exposición.

Cabe aquí retomar los resultados en cuanto a adherencia al tratamiento: Quizás el que no existan diferencias entre los grupos experimentales, se relacione con que, a pesar del mayor número de abandonos que se da en la modalidad de terapia de exposición más terapia cognitiva, las participantes asignadas a esta modalidad experimental cumplen el programa de tratamiento de mejor manera, es decir, asisten a más sesiones y cumplen un mayor porcentaje de tareas para casa. Quizás un comportamiento terapéutico mejor en el programa de tratamiento de terapia cognitiva más terapia de exposición pudiera arrojar resultados aún mejores que los encontrados y de los que se desprendieran diferencias estadísticamente significativas entre ambas modalidades.

14.3.2. FACTORES PREDICTORES

Si bien el estudio de los factores predictores debe tener un carácter claramente exploratorio, debido al reducido tamaño muestral, parece interesante analizar qué variables pueden influir en el éxito o fracaso de la intervención y en el abandono del programa de tratamiento.

En relación a los factores predictores del éxito o fracaso de la intervención, entendido como ausencia o presencia del trastorno de estrés postraumático a los seis meses de acabada la terapia, cabe destacar una subescala de la Escala de Inadaptación, específicamente, la subescala Tiempo Libre, al postratamiento; en la medida en que la víctima se encuentre más inadaptada en esta área de su vida al acabar la intervención, más probabilidades hay de que el tratamiento, a medio plazo por lo menos, fracase, o lo que es lo mismo, en la medida en que la víctima se encuentre más adaptada en este aspecto de su vida al postratamiento, más probabilidades hay de que éste tenga éxito. Lo mismo ocurre con la subescala de Aumento de la Activación de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, al postratamiento; mientras más síntomas de hiperactivación, y de mayor intensidad, presente la víctima al postratamiento, más probabilidades hay de que éste fracase.

A los tres meses de seguimiento, se mantiene como factor predictor, la subescala de Aumento de la Activación, pero también predicen el fracaso terapéutico la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático y la subescala Escala Global de la Escala de Inadaptación; es decir, a mayor presencia del trastorno de estrés postraumático a los tres meses de seguimiento, mayor probabilidad de que el tratamiento fracase a los seis meses; del mismo modo, a mayor inadaptación de las víctimas de manera global, mayor probabilidad de que el tratamiento fracase.

Sería por ello necesario, a la luz de estos hallazgos preliminares, poner un énfasis mayor en la reducción de los síntomas de aumento de activación de las participantes y también en la adaptación de ellas no sólo de manera global, sino que también en un área tan concreta como sus actividades de ocio y tiempo libre.

Respecto a esta última subescala, merece la pena detenerse un momento y analizar por qué aparece como un factor predictor del éxito o fracaso terapéutico, debido al alto ratio de probabilidad asociado a ella (11.45). Una posible explicación se puede encontrar en el hecho de que esta subescala no sólo refleje la inadaptación en este aspecto en particular, sino que refleje, cuando indica adaptación, una adaptación general. Las mujeres víctimas de violencia doméstica se ven enfrentadas a múltiples cambios y su vida se ve trastocada en todas o casi todas las áreas abarcadas por la Escala de Inadaptación: Trabajo, vida social, vida familiar, relación de pareja y actividades de ocio y tiempo libre. De este modo, en el proceso de recuperación y readaptación al medio, es mucho más importante y necesario para ellas normalizar áreas como el trabajo, la vida familiar o la vida social, que sus actividades de ocio y tiempo libre, por lo que la adaptación en este aspecto puede ser un indicador muy claro de una adaptación en general, es decir, una vez que la mujer ya ha normalizado su vida en los aspectos principales y centrales, es posible que pueda informar también que el problema que ha vivido le afecta poco o nada en sus actividades de ocio y tiempo libre, constituyéndose esta subescala como un buen indicador de éxito terapéutico. De hecho, cuando en el modelo se deja sólo esta subescala, se clasifica correctamente casi al 88% de las participantes, con una precisión muchísimo mayor para el éxito terapéutico (96.4%) que para el fracaso (40%).

Con respecto a los factores predictores de abandono del tratamiento, cabe destacar el nivel de inadaptación, medido a través de la sumatoria total de la Escala de Inadaptación, al pretratamiento, a mayor inadaptación de las participantes, mayor probabilidad de que abandonen. Esto es alarmante pues indica que aquellas participantes que más necesitan una intervención terapéutica o que más se beneficiarían de ella, son las que, lamentablemente, abandonan la terapia. Esto puede indicar que por más que haya recursos terapéuticos, en determinados momentos, las condiciones del medio se imponen de manera rotunda. El trastorno de estrés postraumático se conceptualiza como una respuesta adaptativa al medio, como una respuesta normal a situaciones que son anormales, no obstante, en ocasiones el medio puede ser determinante, provocando este tipo de respuestas ante condiciones especialmente anómalas.

Asimismo, aunque en menor medida, son factores predictores del abandono de la terapia, el haber asistido a terapia para el problema de la violencia doméstica con anterioridad y el haber padecido algún trastorno psicológico previo. Es decir, si la víctima ya ha asistido a terapia por violencia doméstica es más probable que abandone, y si ha tendido algún trastorno psicológico con anterioridad, también.

Estos datos parecen corresponder a los encontrados en investigaciones de distintos trastornos psicológicos, la asistencia a terapia previa, que suele haberse abandonado, parece ser un indicador de abandono de la terapia actual.

14.3.3. EVALUACIÓN QUE LAS PARTICIPANTES HACEN DE LA INTERVENCIÓN

Por último, es interesante analizar la evaluación que hacen las participantes de la intervención que han recibido.

A pesar de que la Escala de Cambio Percibido, creada de manera ad-hoc para esta investigación, cuenta con un estudio psicométrico limitado dado el escaso tamaño de la muestra, se extraen de ella dos indicadores respecto a la satisfacción de las participantes con la intervención, a los que conviene hacer mención.

Respecto de la evaluación que las participantes hacen de las sesiones de tratamiento, se debe recordar que en la última sesión del programa, afirman que sus síntomas son menores o bastante menores y que se encuentran mejor o bastante mejor. Es decir, la satisfacción con el tratamiento es alta, lo que no es habitual en valoraciones de este tipo.

Respecto a la evaluación que las participantes hacen de la utilidad de lo revisado en cada sesión, si bien los resultados apuntan a que a las participantes, independiente de la modalidad de tratamiento a la que han sido asignadas, les parece útil lo revisado en sesión y a medida que transcurren las sesiones esta actitud se intensifica, es de destacar que este aumento se ve interrumpido y el promedio de esta evaluación disminuye, en la sexta sesión del programa de tratamiento de terapia cognitiva más terapia de exposición, sesión en que se introduce el componente de exposición. Claramente esta sesión resulta aversiva para las participantes y es patente en esta modalidad, pero si se presta atención a las puntuaciones de la modalidad de terapia de exposición más terapia cognitiva, se puede apreciar que en ella también se nota este malestar, ya que las puntuaciones parten de un nivel inferior en la segunda sesión, que es la primera en que se aplica la exposición. De hecho la sesión que tiene un valor medio más bajo, independiente de la modalidad de tratamiento, es la primera sesión en que se aplica la exposición. Se trata de una sesión que no es agradable para las participantes, debido a que provoca altos niveles de activación en ellas y las enfrenta a recuerdos amargos que, en general, han tratado de evitar. No obstante, de acuerdo con los conocimientos actuales, la técnica de exposición es absolutamente necesaria para que las participantes logren integrar la información traumática y eliminar los síntomas de reexperimentación. De hecho el promedio de la evaluación que las participantes hacen de las siguientes sesiones es superior, lo que indica que la exposición está dando resultados y les parece más útil.

Asimismo, se debe destacar que la sesión mejor evaluada por las participantes, entendida la evaluación como utilidad de lo revisado en sesión, es aquella en que se ve la segunda fase de la técnica de solución de problemas. Parece claro que ésta es una técnica muy útil y que su utilidad no se ve empañada por ningún tipo de respuesta fisiológica al ponerla en práctica.

14.4. CONSIDERACIONES PERSONALES

El siguiente apartado, como indica su título, recoge aquellas impresiones personales, que si bien no pueden ser consideradas conclusiones de la investigación realizada, pues no cuentan con un apoyo estadístico adecuado, se cree que pueden constituir un aporte interesante al desarrollo y mejora de programas de intervención en este campo.

En primer lugar, se debe destacar que el programa de tratamiento elaborado y llevado a cabo es eficaz, aún siendo breve, para tratar el trastorno de estrés postraumático y también para otros problemas asociados y frecuentemente presentes en este tipo de víctimas. Se debe poner énfasis en que la brevedad de esta intervención es casi tan importante como su eficacia: Las mujeres a las que se ha prestado atención psicológica necesitaban un programa terapéutico que les permitiera readaptarse rápidamente a sus vidas, se encontraban con muchas demandas que afrontar y el tiempo resultaba un recurso escaso para ellas. Si bien, no se dispone de datos concretos al respecto, intuitivamente se puede afirmar que un programa de tratamiento más largo probablemente no hubiese tenido la misma acogida entre ellas. Es tal la cantidad de trámites de todo tipo que deben llevar a cabo y el número de tareas a las que se enfrentan a diario, que dedicar un par de horas a la semana para la terapia, en ocasiones, parecía algo imposible.

En segundo lugar, se cree que un abordaje terapéutico del trastorno de estrés postraumático de manera central y desde el comienzo de la intervención, es muy beneficioso para este tipo de víctimas, aún cuando no sólo presenten el trastorno, sino también depresión u otros problemas. La idea de que lo que les sucede tiene una explicación lógica, la coherencia que cobran los diversos síntomas que experimentan, cuando se les explica la forma en que se da el trastorno, parece mitigar en parte el dolor por lo que han vivido y les da esperanzas en que podrán salir adelante.

En tercer lugar, y aunque los resultados de esta investigación indiquen que no parece ser importante el orden de presentación de los componentes de intervención, dado que desde el punto de vista teórico hay más justificación para aplicar la terapia cognitiva al comienzo de la intervención, que las diferencias, por leves que sean casi siempre son favorables a esa modalidad experimental, y que resulta muy aversivo aplicar la exposición en el inicio de la intervención, se recomienda, mantener el orden de aplicación sustentado en este trabajo: Aplicar primero la terapia cognitiva y luego la terapia de exposición.

Cuarto, se debe poner atención a la importancia que el cese de la violencia doméstica tiene para la eficacia de la intervención. De hecho, de las 6 participantes que vivían con el agresor, las 4 que acabaron la terapia -ya que las dos restantes abandonaron el tratamiento- no presentan estrés postraumático a los 6 meses de acabada la intervención, pero no han seguido viviendo episodios de violencia doméstica desde que se inició el tratamiento: Una de ellas presentaba violencia psicológica que informó había disminuido considerablemente, otra había presentado un único

episodio de violencia física que nunca volvió a repetirse, y las dos restantes, que habían vivido violencia física y psicológica, informaron que no habían vuelto a sufrir violencia física y que la violencia psicológica era de menor intensidad y sabían manejarla para que no les afectara. Parece poco probable que si los episodios de violencia física se hubiesen seguido dando y la violencia psicológica no hubiese disminuido, las participantes hubiesen logrado recuperarse. Esto es consistente con diversas propuestas terapéuticas que plantean que el cese del trauma previo es indispensable para la terapia postraumática (Browne, 1993; Dutton-Douglas, 1992).

Quinto, también es interesante destacar el valor que tiene el hecho de que la terapia se lleve a cabo de manera grupal: Las participantes logran reconocerse a sí mismas en la situación de las demás lo que les da una sensación de seguridad y comprensión; aprenden estrategias de afrontamiento de la experiencia de las otras víctimas; en muchas ocasiones, ven situaciones que les parecen peores que las que ellas mismas han vivido, lo que les hace revalorar su situación y afrontar el futuro con menor dramatismo; y logran establecer relaciones sociales que les ayudan a salir del aislamiento en que suelen encontrarse. Asimismo, el que tuvieran la posibilidad de formar parejas para las tareas de exposición en vivo les permitió, en ocasiones, exponerse a situaciones que de lo contrario no se hubiesen atrevido a enfrentar y que ayudaron en su recuperación.

Sexto, es de destacar que el programa de tratamiento se ha llevado a cabo en las dependencias de las propias instituciones desde las cuales las participantes fueron remitidas al programa de intervención, salvo para aquellas derivadas desde el Servicio de Atención a la Víctima del Decanato Plaza de Castilla, de la Comunidad Autónoma de Madrid, ya que no se contaba en dicha institución con la infraestructura adecuada para llevarlo a cabo. El esfuerzo realizado para llegar a las distintas localidades vale la pena de cara a una mejor atención de las víctimas, a ellas les significa un coste menor, tanto en tiempo como en dinero, ir a terapia, y al mismo tiempo cuentan con otros servicios que se entregan en las mismas instituciones: Asesoría jurídica, asesoría de trabajadores sociales, talleres para madres, etc. De este modo cuentan con una atención interdisciplinaria, tan importante hoy en día en salud mental, pero sobre todo en este tipo de población debido a que presentan demandas muy amplias que van desde ayudas económicas, asesoramiento legal, ayudas para el cuidado de los niños, búsqueda de empleo, capacitación laboral, etc. Por otro lado, las víctimas no se ven abrumadas con infinitos desplazamientos a distintos sitios y llegan a establecer un lugar de seguridad y tranquilidad asociando, además de a la institución a la que acuden, dichas características a la terapeuta y a sus compañeras de grupo.

La única excepción a lo mencionado es el caso de aquellas participantes derivadas y tratadas en el piso de acogida que depende de la Concejalía de Mujer del Ayuntamiento de Toledo, y no por pertenecer a dicho piso ni a dicho ayuntamiento de manera específica, sino porque la dinámica que se establece por la convivencia en un piso de acogida no parece ser la situación más adecuada para luego participar en un grupo terapéutico. Las víctimas de violencia doméstica que se

encuentran en un piso de acogida, se ven enfrentadas a la convivencia con otras mujeres en su situación, suelen coincidir familias enteras y numerosas, cada una con normas y patrones de comportamiento absolutamente distintos, por lo que es muy fácil que se den problemas de relación, que luego interfieren en el desarrollo del grupo de tratamiento. Para estas mujeres se recomienda la terapia en grupo, pero con participantes ajenas al piso en que se encuentran viviendo.

Finalmente, sería interesante medir de alguna manera el impacto que la situación legal y los trámites judiciales a los que se enfrentan, tiene en la recuperación de las víctimas. Se tiene la impresión de que aquellas participantes que se ven envueltas en trámites más engorrosos y de mayor tiempo de duración, tardan más en recuperarse e incluso en los seguimientos presentan “recaídas” en cuanto a síntomas postraumáticos, depresivos, etc. Se debe recordar que la falta de apoyo social y el nivel de estrés habitual, son dos de los principales factores predictores del desarrollo del trastorno de estrés postraumático (Brewin, Andrews & Valentine, 2000), por lo tanto, es esperable que sean factores asociados a la recuperación de las víctimas que presentan el trastorno. Parece claramente necesario que los tan nombrados juicios rápidos empiecen a operar de manera efectiva, por lo menos en este tipo de delitos.

14.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN Y DIRECTRICES FUTURAS

A pesar de las dificultades para acceder a las víctimas de violencia doméstica, en esta investigación se logró contar con una muestra de 50 mujeres aquejadas de trastorno de estrés postraumático producto de violencia doméstica, número que considerando que se trata de una muestra clínica, no resulta pequeño. No obstante, puede considerarse una limitación no contar con una muestra más elevada, que permitiera aumentar la potencia de la investigación con lo que se obtuvieran resultados más sólidos acerca de las diferencias, o ausencia de diferencias, entre las modalidades experimentales puestas a prueba en esta investigación. De aquí se deduce la primera línea de actuación futura: Elevar el tamaño de la muestra.

Del mismo modo, es una limitación la ausencia de un grupo de control, que permita comparar los resultados obtenidos en esta muestra con otra no tratada. Sin embargo, la existencia de un control de lista de espera establecido a propósito, presenta problemas éticos al dejar una muestra clínica de estas características sin atención inmediata. Asimismo, no es previsible una mejoría sin tratamiento en un cuadro clínico que presenta una sintomatología crónica. Por otra parte, esta limitación ha sido paliada con la inclusión de una segunda evaluación pretratamiento que funciona como control de lista de espera y que surge como una alternativa interesante y válida, sobre todo si se tiene en cuenta que al tratarse de un tratamiento grupal, es probable que existan tiempos de espera de algunas participantes entre su primera evaluación y el comienzo del grupo terapéutico. Otra posibilidad es comparar los resultados obtenidos con los programas estándares de

centros institucionales. Se intentó conseguir este tipo de datos, pero éstos no se encontraban disponibles, bien porque en algunas instituciones no se realiza una evaluación estandarizada y sistemática de los resultados de las intervenciones, o bien porque en otras no interesó la propuesta que se hacía.

Asimismo, el hecho de que la mayoría de las participantes no haya sido asignada de manera aleatoria estricta a las condiciones experimentales, constituye una limitación de esta investigación. Sin embargo, el estudio de la homogeneidad de los grupos experimentales llevado a cabo a posteriori, estableció que no existían diferencias significativas en variables relevantes entre ambos, por lo que de haber diferencias significativas entre ellos al postratamiento y a los seguimientos, éstas serían atribuibles a la intervención realizada.

Por otra parte, el seguimiento sólo hasta el sexto mes de haber concluido la intervención, resulta insuficiente para evaluar la duración de los cambios a largo plazo, por lo que se debe continuar con los seguimientos a los doce meses de finalizado el tratamiento.

En otro orden de cosas, al llevar a cabo el programa de tratamiento, se ha visto que en las sesiones de exposición la mayoría de las participantes no logra identificar situaciones que le genere ansiedad en niveles intermedios y reexperimenta, ya sea a través de sueños, pensamientos intrusivos o flashbacks, una o dos situaciones que le provoca un alto nivel de ansiedad, por lo que quizás sería conveniente, en futuras aplicaciones del programa de tratamiento, eliminar la jerarquía de tareas de exposición en imaginación y dedicar las sesiones de exposición a ese par de situaciones concretas, aprovechando así de mejor manera las dos semanas de práctica en casa. Es importante evaluar bien esta alternativa y llevarla a cabo prestando atención a los niveles de activación durante la exposición, ya que si son muy elevados se puede inhibir el procesamiento y la víctima puede reexperimentar el trauma sin que se transfieran los contenidos de la memoria situacionalmente accesible a la verbalmente accesible (Brewin, 2001).

Otra directriz de investigación es comparar el programa aquí diseñado y puesto a prueba en modalidad grupal, con su adaptación a modalidad individual. Si bien, como se comentó en el apartado dedicado a consideraciones personales, se cree que el formato grupal presenta ventajas adicionales y es preferible al formato individual, esto no se ha contrastado. Quizás se obtengan los mismos o mejores resultados si se aplica el programa de tratamiento en modalidad individual y se logre además una mayor adherencia al mismo, ya que el número de rechazos podría ser menor, al no ser necesario conciliar el horario de varias participantes para iniciar un grupo terapéutico. Asimismo, se debe recordar que los porcentajes de éxito terapéutico se han calculado en esta investigación considerando el número de participantes que iniciaron la intervención, ya que algunas debieron terminarla en modalidad individual y esos datos no pueden ser tenidos en cuenta para

dichos cálculos. Este problema desaparece en el caso de aplicarse el programa en modalidad individual.

Por otra parte, puede ser conveniente establecer propiedades psicométricas de mayor validez para la Escala de Cambio Percibido, aumentando la población a la que se ha aplicado y aplicándola en otro tipo de víctimas (agresión sexual, terrorismo, catástrofes naturales, etc.) que también desarrollen el trastorno de estrés postraumático, para las cuales la Escala pueda resultar adecuada y de utilidad. Parecen convenientes las mismas indicaciones para el Inventario de Cogniciones Postraumáticas de Foa et al. y para la Escala de Autoestima de Rosenberg, ya que no se dispone de datos normativos para población española.

Finalmente, sería interesante seguir estudiando los factores predictores de éxito y fracaso terapéutico, así como también los de abandono a la terapia, en un intento por conseguir, con un mayor tamaño muestral, indicadores claros que ayuden a mejorar el programa de tratamiento aquí diseñado.

Estas directrices no tienen otro objetivo que desarrollar intervenciones que permitan prestar una mejor atención a mujeres que están padeciendo un inmenso sufrimiento, y que necesitan todo el apoyo que la sociedad pueda brindarles para paliar las consecuencias de una situación tremendamente injusta que la misma sociedad no ha sabido detener.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abel, E. M. (2000). Psychosocial treatments for battered women: A review of empirical research. *Research on Social Work Practice, 10* (1), 55-77.
- Amdur, R. & Liberzon, I. (2001). The structure of posttraumatic stress disorder symptoms in combat veterans: A confirmatory factor analysis of the impact of event scale. *Journal of Anxiety Disorders, 15* (4), 345-357.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed. rev.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR* (4th ed. text revision). Washington, DC: APA.
- American Psychological Association (1999). *Resolution on Male Violence Against Women*. Disponible en: <http://www.apa.org/pi/wpo/maleviol.html>
- American Psychological Association (2002). *Violence and the Family: Report of the APA Presidential Task Force on Violence and the Family – Executive Summary*. Disponible en: <http://www.apa.org/pi/pii/viol&fam.html>
- Amor, P. (2000). Perfil psicopatológico de las mujeres maltratadas. *Comunicaciones del Seminario de la Universidad Internacional Menéndez y Pelayo. Violencia Contra las Mujeres: Psicopatología y Tratamiento*. Valencia, 5-9 Junio de 2000.
- Arroyo, A. (2002). Mujer maltratada y trastorno por estrés postraumático. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 29* (2), 77-82.
- Asmundson, G.; Frombach, I.; McQuaid, J.; Pedrelli, P.; Lenox, R. & Stein, M. (2000) Dimensionality of posttraumatic stress symptoms: A confirmatory factor analysis of DSM-IV symptoms clusters and other symptom models. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 203-214.
- Astin, M. C.; Lawrence, K. & Foy, D. (1993). Posttraumatic stress disorder among battered women: Risk and resiliency factors. *Violence and Victims, 8* (1), 17-28.
- Astin, M. C. & Resick, P. A. (1997). Tratamiento cognitivo conductual del trastorno por estrés postraumático. En V. E. Caballo (dir.), *Manual para el Tratamiento Cognitivo – Conductual de los Trastornos Psicológicos* (pp. 171-209). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.

- Báguena, M. J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático. *Psicothema*, 13 (3), 479-492.
- Blaauw, E.; Arensman, E.; Kraaij, V.; Winkel, F. W. & Bout, R. (2002). Traumatic life events and suicide risk among jail inmates: The influence of types of events, time period and significant others. *Journal of Traumatic Stress*, 15 (1), 9-16.
- Blanchard, E.; Buckley, T.; Hickling, E. & Taylor, A. (1998). Posttraumatic stress disorder and comorbid major depression: Is the correlation an illusion? *Journal of Anxiety Disorders*, 12 (1), 21-37.
- Blanchard, E.; Hickling, E.; Taylor, A.; Forneris, C.; Loos, W. & Jaccard, J. (1995). Effects of varying scoring rules of the clinician-administered PTSD scale (CAPS) for the diagnosis of post-traumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. *Behaviour Research and Therapy*, 33 (4), 471-475.
- Blanchard, E.; Hickling, E.; Taylor, A.; Loos, W.; Forneris, C. & Jaccard, J. (1996). Who develops PTSD from motor vehicle accidents? *Behaviour Research and Therapy*, 34 (1), 1-10.
- Brewin, C. (1989). Cognitive change processes in psychotherapy. *Psychological Review*, 96 (3), 379-394.
- Brewin, C. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 373-393.
- Brewin, C.; Andrews, B. & Valentine, J. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (5), 748-766.
- Brewin, C.; Dalgleish, T. & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103 (4), 670-686.
- Browne, A. (1993). Violence against women by male partners. Prevalence, outcomes and policy implications. *American Psychologist*, 48 (10), 1077-1087.
- Bryant, R. (2000). Cognitive behavioral therapy of violence-related posttraumatic stress disorder. *Aggression and Violent Behavior*, 5 (1), 79-97.
- Buckley, T.; Blanchard, E. & Hickling, E. (1998). A confirmatory factor analysis of posttraumatic stress symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1091-1099.
- Calcedo, A. (2000). Concepto de trastorno de estrés postraumático. En J. Bobes, M. Bousoño, A. Calcedo y M. P. González, *Trastorno de Estrés Postraumático* (pp. 1-17). Barcelona: MASSON, S.A.

- Campbell, J.; Kub, J. & Rose, L. (1996). Depression in battered women. *Journal of American Medical Women's Association*, 51 (3), 106-110.
- Chalk, R. & King, P. (1998). *Violence in Families. Assessing Prevention and Treatment Programs*. Washington, D. C.: National Academy Press.
- Claerhout, S.; Elder, J. & Janes, C. (1982). Problem-solving skills of rural battered women. *American Journal of Community Psychology*, 10 (5), 605-612.
- Clements, C. & Sawhney, D. (2000). Coping with domestic violence: Control attributions, dysphoria and hopelessness. *Journal of Traumatic Stress*, 13 (2), 219-240.
- Colosetti, S. & Thyer, B. (2000). The relative effectiveness of EMDR versus relaxation training with battered women prisoners. *Behavior Modification*, 24 (5), 719-739.
- Corral, P.; Echeburúa, E.; Zubizarreta, I. & Sarasua, B. (1995). Tratamiento psicológico del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales: Un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21 (78), 455-482.
- Corsi, J. (1994). Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar. En Corsi, J. (Compilador), *Violencia Familiar. Una Mirada Interdisciplinaria Sobre un Grave Problema Social* (pp. 15-63). Buenos Aires: Paidós.
- Cox, J. & Stoltenberg, C. (1991). Evaluation of a treatment program for battered wives. *Journal of Family Violence*, 6 (4), 395-413.
- Creamer, M. (2000). Posttraumatic stress disorder following violence and aggression. *Aggression and Violent Behavior*, 5 (5), 431-449.
- Crespo, M. (2001). *Comunicación Personal*.
- Dalgleish, T. (1999). Cognitive theories of post-traumatic stress disorder. En W. Yule (Ed.), *Post-Traumatic Stress Disorders: Concepts and Therapy* (pp. 193-220). Chichester: John Wiley & Sons Ltda.
- Davidson, P. & Parker, K. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (2), 305-316.
- Douglas, M. A. & Strom, J. (1988). Cognitive therapy with battered women. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 6 (1&2), 33-49.
- Dutton, M. A. (1993). Understanding women's responses to domestic violence: A redefinition of battered woman syndrome. *Hofstra Law Review*, 21 (4), 1191-1242.
- Dutton, M. A.; Burghardt, K.; Perrin, S.; Chrestman, K. & Halle, P. (1994). Battered women's cognitive schemata. *Journal of Traumatic Stress*, 7 (2), 237-255.

- Dutton-Douglas, M. A. (1992). Treating battered women in the aftermath stage. *Psychotherapy in Independent Practice*, 10, 93-98.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (1995). Trastorno de estrés postraumático. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (eds.), *Manual de Psicopatología (vol. 2)* (pp. 171-186). Madrid: McGraw-Hill.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (1997). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático. *Ansiedad y Estrés*, 3 (2-3), 249-264.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (1998). *Manual de Violencia Familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E.; Corral, P. & Amor, P. J. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24 (96), 527-555.
- Echeburúa, E.; Corral, P. & Amor, P. J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14 (Supl.), 139-146.
- Echeburúa, E.; Corral, P.; Amor, P. J.; Sarasua, B. & Zubizarreta, I. (1997a). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: Un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2 (1), 7-19.
- Echeburúa, E.; Corral, P.; Amor, P. J.; Zubizarreta, I. & Sarasua, B. (1997b). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: Propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23 (90), 503-526.
- Echeburúa, E.; Corral, P. & Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26 (107), 325-340.
- Echeburúa, E.; Corral, P.; Sarasua, B. & Zubizarreta, I. (1996a). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de maltrato doméstico: Un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22 (85), 627-654.
- Echeburúa, E.; Corral, P.; Sarasua, B. & Zubizarreta, I. (1996b). Treatment of acute posttraumatic stress disorder in rape victims: An experimental study. *Journal of Anxiety Disorders*, 10 (3), 185-199.
- Echeburúa, E.; Corral, P.; Sarasua, B. & Zubizarreta, I. (1997c). Psychological treatment of chronic posttraumatic stress disorder in victims of sexual aggression. *Behavior Modification*, 21 (4), 433-456.
- Echeburúa, E.; Corral, P.; Sarasua, B. & Zubizarreta, I. (1998). Mujeres víctimas de maltrato. En E. Echeburúa y P. de Corral, *Manual de Violencia Familiar* (pp. 9-69). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S. A.

- Echeburúa, E. & Fernández-Montalvo, J. (1998). Hombres maltratadores. En E. Echeburúa y P. de Corral, *Manual de Violencia Familiar* (pp. 71-175). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S. A.
- El País. (28.04.2002). *Violencia Doméstica: Lecciones de Tanta Muerte Anunciada*. Sociedad/27.
- Fecteau, G. & Nicki, R. (1999). Cognitive behavioural treatment of post traumatic stress disorder after motor vehicle accident. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 201-214.
- Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas (2002). Relación de Víctimas de Violencia de Género. Disponible en: <http://www.separadasydivorciadas.org>
- Fincham, F. (2000). Family violence: A challenge for behavior therapists. *Behavior Therapy*, 31, 685-693.
- Foa, E. (2000). Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (suppl 5), 43-48.
- Foa, E.; Dancu, C.; Hembree, E.; Jaycox, L.; Meadows, E. & Street, G. (1999a). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training and their combination for reducing posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (2), 194-200.
- Foa, E.; Ehlers, A.; Clark, D. M.; Tolin, D. F. & Orsillo, S. M. (1999b). The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11 (3), 303-314.
- Foa, E.; Keane, T. & Friedman, M. (2000). Introduction. En E. Foa, T. Keane y M. Friedman (Eds.), *Effective Treatments for PTSD. Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp. 1-17). New York: The Guilford Press.
- Foa, E. & Meadows, E. (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annual Review of Psychology*, 48, 449-480.
- Foa, E.; Rothbaum, B.; Riggs, D. & Murdock, T. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (5), 715-723.
- Foa, E.; Zinbarg R. & Rothbaum, B. (1992). Uncontrollability and unpredictability in post-traumatic stress disorder: An animal model. *Psychological Bulletin*, 112 (2), 218-238.
- Follingstad, D.; Brennan, A.; Hause, E.; Polek, D. & Rutledge, L. (1991). Factors moderating physical and psychological symptoms of battered women. *Journal of Family Violence*, 6 (1), 81-95.

- Gleason, W. (1993). Mental disorders in battered women: An empirical study. *Violence and Victims, 8 (1)*, 53-68.
- Glynn, S.; Randolph, E.; Foy, D.; Urbaitis, M.; Boxer, L.; Paz, G.; Leong, G.; Firman, G.; Salk, J.; Katzman, J. & Crothers, J. (1999). A test of behavioral family therapy to augment exposure for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67 (2)*, 243-251.
- Golding, J. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence, 14 (2)*, 99-132.
- Hembree, E. & Foa, E. (2000). Posttraumatic stress disorder: Psychological factors and psychosocial interventions. *Journal of Clinical Psychiatry, 61 (suppl 7)*, 33-39.
- Hickling, E. & Blanchard, E. (1992). Post-traumatic stress disorder and motor vehicle accidents. *Journal of Anxiety Disorders, 6*, 285-291.
- Hidalgo, R. & Davidson, J. (2000). Posttraumatic stress disorder: Epidemiology and health-related considerations. *Journal of Clinical Psychiatry, 61 (suppl. 7)*, 5-13.
- Holiman, M. & Schilit, R. (1991). Aftercare for battered women: How to encourage the maintenance of change. *Psychotherapy, 28 (2)*, 345-353.
- Hughes, M. & Jones, L. (2000). Women, domestic violence and posttraumatic stress disorder (PTSD). *Family Therapy, 27 (3)*, 125-139.
- Instituto de la Mujer (2000). *La Violencia contra las Mujeres. Resultados de la Macroencuesta*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Instituto de la Mujer [Díaz-Aguado, M. J. & Martínez Arias, R.] (2002a). *Estudio sobre las Medidas Adoptadas, por los Estados Miembros de la Unión Europea, para Luchar contra la Violencia hacia las Mujeres*. Disponible en: <http://www.mtas.es/mujer/violpres.htm>
- Instituto de la Mujer [Díaz-Aguado, M. J. & Martínez Arias, R.] (2002b). *Guía de Buenas Prácticas para Paliar los Efectos de la Violencia contra las Mujeres y Conseguir su Erradicación*. Disponible en: <http://www.mtas.es/mujer/violpres.htm>
- Instituto de la Mujer (2002c). *Mujeres en Cifras*. Disponible en: <http://www.mtas.es/mujer/mcifras/principal.htm>
- Instituto de la Mujer (2002d). *II Plan Integral contra la Violencia Doméstica*. Disponible en: <http://www.mtas.es/mujer/planviol2.htm>
- Instituto de la Mujer (2003). *La Violencia contra las Mujeres. Resultados de la Macroencuesta. II Parte*. Madrid: Instituto de la Mujer.

- Instituto Nacional de Estadística (2002). *Censos de Población y Viviendas 2001*. Disponible en: <http://www.ine.es>
- Instituto Vasco de la Mujer (2002). *La Violencia contra las Mujeres. El Maltrato Doméstico*. País Vasco: Instituto Vasco de la Mujer.
- Jacobson, N.; Roberts, L.; Berns, S. & McGlinchey, J. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: Description, application, and alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (3), 300-307.
- Jiménez, L.; Sáiz, P. A.; Bascarán, M. T.; González, M. P.; Bobes, J. & Bousoño, M. (2000). Epidemiología. En J. Bobes, M. Bousoño, A. Calcedo y M. P. González, *Trastorno de Estrés Postraumático* (pp. 19-33). Barcelona: MASSON, S.A.
- Johnson, M. (1995). Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 283-294.
- Keane, T.; Fairbank, J.; Caddell, J. & Zimering, R. (1989). Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, 20, 245-260.
- Kemp, A.; Green, B.; Hovanitz, C. & Rawlings, E. (1995). Incidence and correlates of posttraumatic stress disorder in battered women. Shelter and community samples. *Journal of Interpersonal Violence*, 10 (1), 43-55.
- Kemp, A.; Rawlings, E. & Green, B. (1991). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in battered women: A shelter sample. *Journal of Traumatic Stress*, 4 (1), 137-148.
- Kessler, R.; Sonnega, A.; Bromet, E.; Hughes, M. & Nelson, C. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52 (12), 1048-1060.
- King, D.; Leskin, G.; King, L. & Weathers, F. (1998). Confirmatory factor analysis of the clinician-administered PTSD scale: Evidence for the dimensionality of posttraumatic stress disorder. *Psychological Assessment*, 10 (2), 90-96.
- Krug, E. G.; Dahlberg, L. L.; Mercy, J. A.; Zwi, A. B. & Lozano, R. (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization.
- Kubany, E.; Hill, E. & Owens, J. (2003). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD: Preliminary findings. *Journal of Traumatic Stress*, 16 (1), 81-91.
- Labrador, F. J.; Echeburúa, E. & Becoña, E. (2000). *Guía para la Elección de Tratamientos Psicológicos Efectivos. Hacia una Nueva Psicología Clínica*. Madrid: Dykinson-Psicología.

- Lanzos, A. (2001). La violencia doméstica (una visión general). En C.G.P.J., *La Violencia en el Ámbito Familiar. Aspectos Sociológicos y Jurídicos. Cuadernos de Derecho Judicial, V-2001* (pp. 133-149). Madrid: Lerko Print, S.A.
- Launius, M. & Jensen, B. (1987). Interpersonal problem-solving skills in battered, counseling and control women. *Journal of Family Violence, 2* (2), 151-162.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New Cork: Springer Publishing Company.
- LeDoux, J. (1994). Emoción, memoria y cerebro. *Investigación y Ciencia, Agosto* (215), 38-45.
- Lundy, M. & Grossman, S. (2001). Clinical research and practice with battered women. What we know, what we need to know. *Trauma, Violence & Abuse, 2* (2), 120-141.
- López, P. (2002). La violencia de pareja y la respuesta institucional desde la Dirección General de la Mujer de la Comunidad de Madrid. *Boletín del Ilustre Colegio de Abogados de Madrid, 21*, 145-167.
- Lorente, M. (2001). *Mi Marido me Pega lo Normal*. Barcelona: Ares y Mares.
- Lynch, S. & Graham-Bermann, S. (2000). Woman abuse and self-affirmation. Influences on women's self-esteem. *Violence against women, 6* (2), 178-197.
- Mancoske, R.; Standifer, D. & Cauley, C. (1994). The effectiveness of brief counselling services for battered women. *Research on Social Work Practice, 4* (1), 53-63.
- Marks, I.; Lovell, K.; Noshirvani, H.; Livanou, M. & Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. *Archives of General Psychiatry, 55* (4), 317-325.
- McAllister, M. (2000). Domestic violence: A life-Span approach to assessment and intervention. *Lippincott's Primary Care Practice, 4* (2), 174-189.
- McMillen, J. C.; North, C. & Smith, E. (2000). What parts of PTSD are normal: Intrusion, avoidance or arousal? Data from the Northridge, California, earthquake. *Journal of Traumatic Stress, 13* (1), 57-75.
- Mertin, P. & Mohr, P. (2000). Incidence and correlates of posttraumatic stress disorder in australian victims of domestic violence. *Journal of Family Violence, 15* (4), 411-422.
- Miguel-Tobal, J. J.; González, H. & López, E. (2000). Estrés postraumático: Hacia una integración de aspectos psicológicos y neurobiológicos. *Ansiedad y Estrés, 6* (2-3), 255-280.
- Montero, A. (2001). Síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica: Una propuesta teórica. *Clínica y Salud, 12* (1), 5-31.

- Naciones Unidas (1994). Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. A/RES/48/104. Ginebra: Naciones Unidas.
- O'Leary, K. D. (1999). Psychological abuse: A variable deserving critical attention in domestic violence. *Violence and Victims, 14* (1), 3-23.
- OMS (1992). *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. Madrid: MEDITOR.
- OMS (1993). *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Criterios Diagnósticos de Investigación*. Madrid: MEDITOR.
- Orengo-García, F.; Rodríguez, M.; Lahera, G. & Ramírez, G. (2001). Prevalencia y tipos de trastorno por estrés postraumático en población general y psiquiátrica. *Psiquis, 22* (4), 169-176.
- Paunovic, N. & Öst, L. (2001). Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 1183-1197.
- Phelps, B. (2000). *Helping Medical Students Help Survivors of Domestic Violence. MSJAMA – Commentary*. Disponible en: http://www.ama-assn.org/sci-pubs/msjama/articles/vol_283/n_3jms00006.htm
- Resick, P.; Nishith, P.; Weaver, T.; Astin, M. & Feuer, C. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70* (4), 867-879.
- Resick, P. & Schnicke, M. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 748-760.
- Resnick, H.; Acierno, R.; Holmes, M.; Dammeyer, M. & Kilpatrick, D. (2000). Emergency evaluation and intervention with female victims of rape and other violence. *Journal of Clinical Psychology, 56* (10), 1317-1333.
- Richards, D. & Lovell, K. (1999). Behavioural and cognitive behavioural interventions in the treatment of PTSD. En W. Yule (Ed.), *Post-Traumatic Stress Disorders: Concepts and Therapy* (pp. 239-266). Chichester: John Wiley & Sons Ltda.
- Riggs, D.; Caulfield, M. & Street, A. (2000). Risk for domestic violence: Factors associated with perpetration and victimization. *Journal of Clinical Psychology, 56* (10), 1289-1316.
- Rincón, P. P. (2001). *Trastorno de Estrés Postraumático en Víctimas de Maltrato Doméstico: Evaluación de un Programa de Intervención*. Proyecto D. E. A. Universidad Complutense de Madrid.

- Rosen, G.; Lohr, J.; McNally, R. & Herbert J. (1999). Power therapies: Evidence vs miraculous claims. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 9-12.
- Rosenthal, R. & DiMatteo, M. (2001). Meta-analysis: Recent developments in quantitative methods for literature reviews. *Annual Review of Psychology*, 52, 59-82.
- Rothbaum, B.; Meadows, E.; Resick, P. & Foy, D. (2000). Cognitive-behavioral therapy. En E. Foa, T. Keane y M. Friedman (Eds.), *Effective Treatments for PTSD. Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp. 60-83). New York: The Guilford Press.
- Rubin, A. (1991). The effectiveness of outreach counseling and support groups for battered women: A preliminary evaluation. *Research on Social Work Practice*, 1 (4), 332-357.
- Schlee, K.; Heyman, R. & O'Leary, K. D. (1998). Group treatment for spouse abuse: Are women with PTSD appropriate participants? *Journal of Family Violence*, 13 (1), 1-20.
- Schnurr, P.; Friedman, M. & Bernardy, N. (2002). Research on posttraumatic stress disorder: Epidemiology, pathophysiology and assessment. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (8), 877-889.
- Shalev, A. (2000). Post-traumatic stress disorder: Diagnosis, history and life course. En D. Nutt, J. Davidson y J. Zohar, *Post-Traumatic Stress Disorder: Diagnosis, Management and Treatment* (pp. 1-15). London: Martin Dunitz.
- Sherman, J. (1998). Effects of psychotherapeutic treatments for PTSD: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Traumatic Stress*, 11 (3), 413-435.
- Solomon, S. & Johnson, D. (2002). Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder: A practice-friendly review of outcome research. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (8), 947-959.
- Stith, S. & Rosen, K. (1992). Estudio de la violencia doméstica. En S. Stith, M. Williams y K. Rosen, *Psicosociología de la Violencia en el Hogar. Estudio, Consecuencias y Tratamientos* (pp. 27-47). Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S. A.
- Tarrier, N.; Pilgrim, H.; Sommerfield, C.; Faragher, B.; Reynolds, M.; Graham, E. & Barrowclough, C. (1999). A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (1), 13-18.
- Taylor, S.; Kuch, K.; Koch, W.; Crockett, D. & Passey, G. (1998). The structure of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 107 (1), 154-160.

- Taylor, W.; Magnussen, L. & Amundson, M. J. (2001). The lived experience of battered women. *Violence Against Women*, 7 (5), 563-585.
- Tutty, L.; Bidgood, B. & Rothery, M. (1993). Support groups for battered women: Research on their efficacy. *Journal of Family Violence*, 8 (4), 325-343.
- Tutty, L.; Bidgood, B. & Rothery, M. (1996). Evaluating the effect of group process and client variables in support groups for battered women. *Research on Social Work Practice*, 6 (3), 308-324.
- Van Etten, M. & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126-144.
- Varela, N. (2002). *Íbamos a Ser Reinas*. Barcelona: Ediciones B, S. A.
- Vázquez, B. (1999). Evaluación psicológica de la mujer maltratada. *Clínica y Salud*, 10 (3), 377-391.
- Vázquez, C. & Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del inventario para la depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8 (3), 403-422.
- Vázquez, C. & Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del inventario para la depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10 (1), 59-81.
- Villavicencio, P. (1993). Mujeres maltratadas: Conceptualización y evaluación. *Clínica y Salud*, 4 (3), 215-228.
- Villavicencio, P. (2000). Violencia doméstica: Estrategias. En *Las mujeres en el Año 2000: Hechos y Aspiraciones. Seminario Organizado por el Instituto de la Mujer, 11 y 12 de Mayo de 2000. Ponencias y Conclusiones* (pp. 77-88). Madrid: Instituto de la Mujer.
- Villavicencio, P. & Batista, N. (1992). Un problema específico de salud en la mujer: La situación de maltrato. Revisión teórica. *Clínica y Salud*, 3 (3), 239-249.
- Villavicencio, P. & Sebastián, J. (1999a). *Violencia Doméstica: Su Impacto en la Salud Física y Mental de las Mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Villavicencio, P. & Sebastián, J. (1999b). Variables predictoras del ajuste psicológico en mujeres maltratadas desde un modelo de estrés. *Psicología Conductual*, 7 (3), 431-458.
- Walker, L. (1979). *The Battered Woman*. New York: Harper & Row, Publishers.
- Walker, L. (1989). Psychology and violence against women. *American Psychologist*, 44 (4), 695-702.

- Walker, L. (1991). Post-traumatic stress disorder in women: Diagnosis and treatment of battered woman syndrome. *Psychotherapy*, 28 (1), 21-29.
- Walker, L. (1999a). Psychology and domestic violence around the world. *American Psychologist*, 54 (1), 21-29.
- Walker, L. (1999b). Terapia para sobrevivientes con mujeres golpeadas. *Revista Argentina de Psicología Clínica*, 8 (3), 201-210.
- Ward, R. (1977). Aging group consciousness: Implications in an older sample. *Sociology and Social Research*, 61 (4), 497-519.
- Webb, W. (1992). Treatment issues and cognitive behavior techniques with battered women. *Journal of Family Violence*, 7 (3), 205-217.
- WHO (2001). The World Health Report 2001. Mental Health; New Understanding, New Hope. Geneva: 2001.
- Yule, W.; Williams, R. & Joseph, S. (1999). Post-traumatic stress disorders in adults. En W. Yule (Ed.), *Post-Traumatic Stress Disorders: Concepts and Therapy* (pp. 1-24). Chichester: John Wiley & Sons Ltda.
- Zubizarreta, I.; Sarasua, B.; Echeburúa, E.; Corral, P.; Sauca, D. & Emparanza, I. (1994). Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico. En E. Echeburúa, *Personalidades Violentas* (pp. 129-152). Madrid: Pirámide.

ANEXOS

ANEXO 1: PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

FICHA DE ANTECEDENTES PERSONALES

ID: _____

Nombres: _____ Fecha de Entrevista: _____
 Apellidos: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Estado Civil: _____ Hijos: No Sí Cuantos: _____ Edad: _____
 Nivel Educativo: _____ Profesión: _____
 Ocupación: _____
 Horario Disponible: _____
 Clase Social Subjetiva: Baja Media Baja Media Media Alta Alta
 Teléfonos: Casa: _____ Móvil: _____ Trabajo: _____
 Con Quién Vive: _____
 Con el Agresor: No Sí Depende Económicamente de Él: No Sí
 Domicilio: _____
 Código Postal: _____ Fuente de Derivación: _____
 Grupo de Tratamiento Asignado: _____ Fecha de Inicio: _____

Resumen Evaluación Pretratamiento:

DIMENSIÓN EVALUADA	RESULTADOS		
Trastorno de Estrés Postraumático	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Puntaje Total:	
	Reexperimentación:	Evitación:	Aumento Activación:
Depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Puntaje: Diagnóstico:	
Otro Trastorno de Ansiedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diagnóstico:	
Abuso y Dependencia de Sustancias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diagnóstico:	
Autoestima	Puntaje:		
Inadaptación	Trabajo-Estudios:	Vida Social:	Tiempo Libre:
	Relación Pareja:	Vida Familiar:	Escala Global:
Cogniciones Postraumáticas	Sí Mismo:	El Mundo:	Autopunición: Escala Global:

Resumen Segunda Evaluación Pretratamiento: Sí No (Fecha: _____)

DIMENSIÓN EVALUADA	RESULTADOS		
Trastorno de Estrés Postraumático	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Puntaje Total:	
	Reexperimentación:	Evitación:	Aumento Activación:
Depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Puntaje: Diagnóstico:	
Autoestima	Puntaje:		
Inadaptación	Trabajo-Estudios:	Vida Social:	Tiempo Libre:
	Relación Pareja:	Vida Familiar:	Escala Global:
Cogniciones Postraumáticas	Sí Mismo:	El Mundo:	Autopunición: Escala Global:

Asistencia a Sesiones:

Número Total	Porcentaje

Cumplimiento de Tareas:

Número Total	Porcentaje

Evaluación Mitad del Tratamiento:

DIMENSIÓN EVALUADA	RESULTADOS		
Cogniciones Postraumáticas	Sí Mismo:	El Mundo:	Autopunición: Escala Global:

Resumen Evaluación Postratamiento: (Fecha: _____)

DIMENSIÓN EVALUADA	RESULTADOS			
Trastorno de Estrés Postraumático	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Puntaje Total:		
	Reexperimentación	Evitación:	Aumento Activación:	
Depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Puntaje:	Diagnóstico:	
Autoestima	Puntaje:			
Inadaptación	Trabajo-Estudios:	Vida Social:	Tiempo Libre:	
	Relación Pareja:	Vida Familiar:	Escala Global:	
Cogniciones Postraumáticas	Sí Mismo:	El Mundo:	Autopunición:	Escala Global:

Resumen Evaluación Seguimiento 1 Mes: (Fecha: _____)

DIMENSIÓN EVALUADA	RESULTADOS			
Trastorno de Estrés Postraumático	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Puntaje Total:		
	Reexperimentación:	Evitación:	Aumento Activación:	
Depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Puntaje:	Diagnóstico:	
Autoestima	Puntaje:			
Inadaptación	Trabajo-Estudios:	Vida Social:	Tiempo Libre:	
	Relación Pareja:	Vida Familiar:	Escala Global:	
Cogniciones Postraumáticas	Sí Mismo:	El Mundo:	Autopunición:	Escala Global:

Resumen Evaluación Seguimiento 3 Meses: (Fecha: _____)

DIMENSIÓN EVALUADA	RESULTADOS			
Trastorno de Estrés Postraumático	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Puntaje Total:		
	Reexperimentación:	Evitación:	Aumento Activación:	
Depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Puntaje:	Diagnóstico:	
Autoestima	Puntaje:			
Inadaptación	Trabajo-Estudios:	Vida Social:	Tiempo Libre:	
	Relación Pareja:	Vida Familiar:	Escala Global:	
Cogniciones Postraumáticas	Sí Mismo:	El Mundo:	Autopunición:	Escala Global:

Resumen Evaluación Seguimiento 6 Meses: (Fecha: _____)

DIMENSIÓN EVALUADA	RESULTADOS			
Trastorno de Estrés Postraumático	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Puntaje Total:		
	Reexperimentación:	Evitación:	Aumento Activación:	
Depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Puntaje:	Diagnóstico:	
Autoestima	Puntaje:			
Inadaptación	Trabajo-Estudios:	Vida Social:	Tiempo Libre:	
	Relación Pareja:	Vida Familiar:	Escala Global:	
Cogniciones Postraumáticas	Sí Mismo:	El Mundo:	Autopunición:	Escala Global:

Resumen Evaluación Seguimiento 12 Meses: (Fecha: _____)

DIMENSIÓN EVALUADA	RESULTADOS			
Trastorno de Estrés Postraumático	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Puntaje Total:		
	Reexperimentación:	Evitación:	Aumento Activación:	
Depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Puntaje:	Diagnóstico:	
Autoestima	Puntaje:			
Inadaptación	Trabajo-Estudios:	Vida Social:	Tiempo Libre:	
	Relación Pareja:	Vida Familiar:	Escala Global:	
Cogniciones Postraumáticas	Sí Mismo:	El Mundo:	Autopunición:	Escala Global:

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

A continuación voy a hacerle unas preguntas en relación al problema de maltrato que ha vivido. Sé que es difícil hablar de ello, pero necesito saber algunas cosas para poder prestarle una ayuda adecuada.

1. ¿Cómo describiría usted el maltrato al que se ha visto sometida?
2. Explíqueme de la manera más clara posible lo que le pasa o siente al respecto.
3. ¿Podría describir detalladamente la última vez que esto sucedió?
4. ¿Cuándo y cómo sucedió por primera vez?
5. ¿Cuál ha sido el incidente más grave?
6. ☞ *Si la paciente vive con el agresor, preguntar:* ¿Con qué frecuencia se da el maltrato? ¿Cuántas veces en el último año? ¿Y en el último mes?
☞ *Si la paciente ya no vive con el agresor, preguntar:* ¿Durante el tiempo en que usted vivía con su pareja, con qué frecuencia se daba el maltrato? ¿Cuántas veces en el último año que vivieron juntos? ¿Y en el último mes de convivencia?
7. ¿El maltrato ha afectado a sus hijos? ¿De qué manera?
8. ¿De qué manera le ha afectado este problema en su vida?
9. ¿En qué momento o situación el problema ha sido más intenso o le ha afectado más?
10. ¿En qué momento o situación el problema he tenido menos intensidad o le ha afectado menos?
11. ¿Cómo sitúa su estado actual, en relación a los dos anteriores?
12. ¿Qué ha hecho usted para solucionar este problema?
13. ¿Qué resultados ha obtenido con esto?
14. A. ¿Ha denunciado el maltrato?
Sí: ☞ **14B.**
No: ☞ **15.**
B. ¿Cuántas veces?
C. ¿Ha retirado alguna denuncia? ¿Cuántas veces? ¿Por qué motivos?
D. ¿Tiene denuncias en curso en este momento?
15. A. ¿Ha tenido que abandonar su hogar debido al maltrato?
Sí: ☞ **15B.**
No: ☞ **16.**
B. ¿Cuántas veces y por cuánto tiempo?
C. ¿Dónde se ha quedado en esas ocasiones?
16. A. ¿Ha recibido asistencia médica por lesiones provocadas por el maltrato sufrido?
Sí: ☞ **16B.**
No: ☞ **17.**
B. ¿Cuántas veces? ¿Qué tipo de asistencia?
17. ¿Le ha contado este problema a alguien? ¿A quién?
18. ¿Cuenta con algún tipo de apoyo legal o social por este problema? Especifique.

19. ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento debido a este problema? ¿Cuándo y por qué lo abandonó? (*Registrar si está tomando medicamentos*)
20. A. ¿Ha tenido algún trastorno psicológico alguna vez?
Sí: ☞ **20B.**
No: ☞ **21.**
- B. ¿Cuándo? ¿De qué tipo?
- C. ¿Ha recibido tratamiento psicológico para ello? ¿De qué tipo?
21. ¿Ha sufrido anteriormente algún otro tipo de maltrato?
22. ¿Ha habido en su familia de origen experiencias de maltrato?
23. ¿Tiene problemas de salud importantes?
24. ¿Bebe o ha bebido en el pasado?
Sí: ☞ **CAGE.**
No: ☞ **25.**
25. ¿Ha tenido o tiene problemas de abuso de drogas?
26. ¿Ha tenido algún intento o pensamiento persistente de suicidio?
27. ¿Qué espera conseguir al finalizar este tratamiento?

© Paulina Paz Rincón González, 2000

CUESTIONARIO DE ALCOHOLISMO CAGE

Hayfield, Mcleod y Hall (1974)

1. ¿Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?
2. ¿Le ha molestado alguna vez la gente que le critica por su forma de beber?
3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?
4. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?

Retomar entrevista estructurada, pregunta 25.

Fuentes:

Echeburúa, E.; De Corral, P.; Sarasua, B. & Zubizarreta, I. (1998). Mujeres víctimas de maltrato. En E. Echeburúa y P. de Corral, *Manual de Violencia Familiar* (pp. 9-69). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S. A.

Llavona, L. M. (1995). La entrevista conductual. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz, *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta* (pp. 71-114). Madrid: Pirámide.

ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua (1997)

ID: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Tipo de Evaluación: _____ Fecha Evaluación: _____

SUCESO TRAUMÁTICO (Definir tipo de maltrato a que está o estuvo sometida): _____

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió el primer incidente (meses/años)?: _____

¿Desde cuándo experimenta el malestar?: _____

Colóquese en cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma:

0:	NADA
1:	UNA VEZ POR SEMANA O MENOS / POCO
2:	DE 2 A 4 VECES POR SEMANA / BASTANTE
3:	5 O MÁS VECES POR SEMANA / MUCHO

REEXPERIMENTACIÓN

1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones? _____

2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso? _____

3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo? _____

4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? _____

5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? _____

PUNTUACIÓN SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN (Rango 0-15) _____

EVITACIÓN

1. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al suceso?
2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso?
3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?
4. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas?
5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás?
6. ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)?
7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)?

PUNTUACIÓN SÍNTOMAS DE EVITACIÓN (Rango 0-21) _____

AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN

1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño?
2. ¿Está irritable o tiene explosiones de ira?
3. ¿Tiene dificultades de concentración?
4. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quien está a su alrededor, etc.) desde el suceso?
5. ¿Se sobresalta o alarma más fácilmente desde el suceso?

PUNTUACIÓN SÍNTOMAS DE ACTIVACIÓN (Rango 0-15) _____

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (Rango 0-51) _____

Trastorno de estrés postraumático

Se requiere la presencia de 1 síntoma en el apartado de reexperimentación; de 3 en el de evitación; y de 2 en el de aumento de la activación.

- | | | |
|----|--------------------------|--------------------------|
| Sí | <input type="checkbox"/> | |
| | Agudo (1-3 meses) | <input type="checkbox"/> |
| | Crónico (> 3 meses) | <input type="checkbox"/> |
| | Con inicio demorado | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> | |

Gravedad del trastorno de estrés postraumático

	Punto de Corte	Puntuación Obtenida
ESCALA GLOBAL (Rango 0-51)	15	
ESCALAS ESPECÍFICAS		
Reexperimentación (Rango 0-15)	5	
Evitación (Rango 0-21)	6	
Aumento de la activación (Rango 0-15)	4	

ENTREVISTA ESTRUCTURADA VERSIÓN DSM-IV: TRASTORNOS DE ANSIEDAD

TRASTORNO DE ANGUSTIA

Inclusión: A

Exclusión: B, C

⇒ Nota diagnóstica: El Trastorno de Angustia puede ser diagnosticado con o sin agorafobia. Para las preguntas de agorafobia, ver la sección siguiente.

(A) Crisis de angustia inesperadas recidivantes, en que al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas: 1) inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis, 2) preocupación por las implicaciones de las crisis o sus consecuencias (p. ej., perder el control, sufrir un infarto al miocardio, “volverse loco”, o 3) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

1. A. Una crisis de angustia o ansiedad es un arrebato repentino de miedo, ansiedad o malestar muy intensos, que surge repentinamente sin razón alguna. ¿Ha experimentado esto alguna vez?
- Sí: ☞ **1B.**
No: ☞ **3.**
- B. ¿Me lo podría describir? ☞ **2.**
¿Cuántas crisis ha experimentado?
¿Alguna vez se ha despertado a causa de ellas?
¿Hay alguna situación que provoque estas crisis?
- Sí: ☞ **1C.**
No: ☞ **1D.**
- C. ¿Le ha ocurrido esto sólo en esas situaciones o también ha tenido estas crisis debido a desánimo o en situaciones en que no se lo esperaba?
- D. ¿Le ha preocupado el las crisis se repitan en el futuro?
- Sí: ☞ **1E.**
No: ☞ **1F.**
- E. Cuando se ha sentido preocupada porque las crisis se repitan ¿Cuánto tiempo pasa hasta que usted deja de preocuparse por la ocurrencia de una nueva crisis?
- F. ¿Qué preocupaciones ha tenido en relación a estas crisis? (¿Le ha preocupado que pueda tener un ataque al corazón? ¿O que pueda volverse loca o perder el control?...)
- Sí: ☞ **1G.**
No: ☞ **1H.**
- G. ¿Durante cuánto tiempo le han preocupado estas consecuencias?
- H. ¿Ha habido algún cambio en su comportamiento o en sus rutinas diarias desde que comenzaron estas crisis?

CRISIS DE ANGUSTIA: Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos.

2. A. Piense en la última crisis que ha tenido. ¿Cuándo sucedió? ¿Dónde estaba usted en ese momento? Le voy a preguntar acerca de algunos síntomas que puede haber experimentado durante la crisis:
- a. ¿Sentía que su corazón latía fuerte o rápidamente?
 - b. ¿Sudaba?
 - c. ¿Temblaba o se estremecía?
 - d. ¿Tenía problemas para respirar o tenía sensación de ahogo?
 - e. ¿Tenía la sensación de que se iba a atragantar?
 - f. ¿Tenía dolor, presión o malestar en el pecho?
 - g. ¿Tenía náuseas, dolor en el estómago o le parecía que podía tener diarrea?
 - h. ¿Se sentía mareada, débil o le parecía que se podía desmayar?
 - i. ¿Tenía la sensación de que las cosas a su alrededor no eran reales, como si estuviera en un sueño, la sensación de que algunas partes de su cuerpo no eran reales o no le pertenecían, o la sensación de que usted estaba fuera de sí misma, como mirándose desde fuera?
 - j. ¿Tenía miedo de volverse loca o perder el control?
 - k. ¿Tenía miedo de morir?
 - l. ¿Tenía sensación de hormigueo o adormecimiento en los dedos de las manos o en los pies?
 - m. ¿Tenía sofocos o escalofríos?
- B. Durante la crisis ¿Cuánto tiempo suele pasar entre que se inicia y usted tiene la mayoría de estos síntomas? *Si la respuesta no es clara o parece apuntar a más de 10 minutos preguntar:*
- C. ¿Alguna vez los síntomas han comenzado rápidamente, dentro de los primeros 10 minutos en que empieza la crisis? *Regresar página anterior, ¶ 1B.*

(B) Excluir el diagnóstico si los síntomas se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

(C) Excluir el diagnóstico si la crisis de angustia se puede explicar mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo, fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático o trastorno por ansiedad de separación.

AGORAFOBIA

Inclusión: A, B

Exclusión: C

⇒ Nota diagnóstica: La Agorafobia puede ser diagnosticada con o sin historia de trastorno de angustia. Las preguntas de trastorno de angustia están en la sección anterior.

(A) Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente; o viajar en autobús, tren o automóvil.

NOTA: Considerar el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita a una o pocas situaciones específicas, o de fobia social si tan sólo se relaciona con acontecimientos de carácter social.

3. A. Algunas personas tienen miedos muy intensos al estar en ciertos lugares o situaciones. ¿Se siente usted atemorizada, ansiosa o nerviosa ante alguna de las siguientes situaciones?
- Estar sola fuera de casa.
 - Estar en lugares muy concurridos o llenos de gente, como los cines, supermercados, centros comerciales, iglesias, restaurantes, etc.
 - Esperar haciendo cola.
 - Atravesar un puente o un túnel.
 - Viajar en autobús, tren o avión.
 - Conducir o montar en coche.
 - Estar sola en casa.
 - Estar en grandes espacios abiertos, como por ejemplo, un parque.
 - Estar en lugares cerrados, como por ejemplo, un cuarto pequeño o un ascensor.
- Sí a cualquiera: ☞ **3B.**
No a todas: ☞ **5.**
- B. Sé que puede ser difícil de describir, pero ¿Qué es exactamente lo que le preocupa en relación a la (FOBIA)?
- ¿Qué cree que puede sucederle?
- ¿Qué es lo que le atemoriza de eso?
-

(B) Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

4. A. ¿En qué grado usted evita la (FOBIA)? *Si no hay evitación preguntar:*

B. Entonces, ¿Qué hace? ¿Cómo afronta esa situación?

¿Necesita que haya alguien con usted en esa situación para afrontarla?

¿El problema (FOBIA) se da sólo cuando usted está con alguien?

¿El problema (FOBIA) se da cuando usted está sola?

Sí: ☞ 4C.

No: ☞ 5.

C. ¿Hasta qué punto llega a ponerse nerviosa o ansiosa?

¿Qué es lo que le produce ansiedad?

(C) Excluir el diagnóstico si la ansiedad o comportamiento de evitación puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático o trastorno de ansiedad por separación.

FOBIA SOCIAL

Inclusión: A, E

Exclusión: F, G

(A) Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.

5. A. Algunas personas sienten un miedo muy intenso al estar en situaciones en que son observadas o evaluadas por otros. ¿Se siente usted preocupada porque pueda hacer o decir algo embarazoso frente a otras personas, o que las otras personas puedan pensar mal de usted?
- B. Déjeme preguntarle sobre algunas situaciones específicas. ¿Alguna de las siguientes situaciones la hacen sentirse más atemorizada, ansiosa o nerviosa que la mayoría de la gente?
- a. Comer frente a otros.
 - b. Escribir frente a otros.
 - c. Hablar en público.
 - d. Decir algo cuando se encuentra en un grupo de gente.
 - e. Hacer una pregunta cuando se encuentra en un grupo de gente.
 - f. Orinar en servicios públicos.
 - g. Asistir a reuniones de negocios.
 - h. Asistir a fiestas.

Sí a cualquiera: ☞ **5C.**

No a todas: ☞ **10.**

C. ¿Cree usted que es mucho más ansiosa que otras personas?

D. Sé que es difícil de describir, pero ¿Qué es lo que le preocupa acerca de (FOBIA)? (p. ej., atorarse mientras come, que le tiemblen las manos al escribir, ser incapaz de orinar, no ser capaz de completar una lectura, discurso o presentación).

(B) La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación.

6. A. En el momento en que usted se enfrenta a la (FOBIA) ¿Inmediatamente se siente ansiosa o nerviosa?

Sí: ☞ **6B.**

No o hay evitación del estímulo fóbico: ☞ **6C.**

B. ¿Qué le ocurre? ¿A qué se parece?
¿Tiene una crisis de angustia?

C. ¿Y cómo era en el pasado, qué le ocurría antes?

(C) El individuo reconoce que este temor es excesivo e irracional.

7. A. ¿Cree usted que la (FOBIA) le preocupa o atemoriza más que lo que debiera?
- Sí: ☞ **8.**
No: ☞ **7B.**
- B. ¿Realmente no cree que se preocupa mucho por la (FOBIA)?
- Sí: ☞ **7C.**
No: ☞ **8.**
- C. Entonces, ¿Por qué cree usted que otras personas no están tan preocupadas por (FOBIA)?
-

(D) Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

8. A. ¿En qué grado usted evita la (FOBIA)? *Si no hay evitación preguntar:*
- B. ¿Hasta qué punto se pone ansiosa? ¿Tiene una crisis de angustia?
-

(E) Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

9. A. ¿Qué problemas le ha causado en su vida el miedo o la evitación a (FOBIA)?
- B. ¿Le ha causado problemas laborales (o académicos) como ser despedida (suspender) o tener dificultades para ascender?
- C. ¿Ha tenido problemas de pareja como consecuencia de lo que le ocurre?
- D. ¿Ha interferido en sus relaciones de amistad?
- E. ¿Le ha afectado en sus actividades de ocio?
- F. ¿Hasta qué punto le resulta molesto tener este miedo a (FOBIA)?
-

(F) Excluir el diagnóstico si el miedo o el comportamiento de evitación se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej. trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

(G) Excluir el diagnóstico si el miedo se relaciona con otro trastorno mental o físico (p. ej., miedo a crisis de angustia, a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

FOBIA ESPECÍFICA (FOBIA SIMPLE)

Inclusión: A, E

Exclusión: F

(A) Temor acusado y persistente que es excesivo e irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).

10. A. Algunas personas sienten un miedo muy intenso a ciertos objetos o situaciones. ¿Alguno de los siguientes objetos o situaciones le provocan un gran temor o la hacen sentir muy nerviosa?

- a. Alturas.
- b. Estar cerca de mascotas como perros o gatos.
- c. Arañas, insectos, serpientes, ratones o murciélagos.
- d. Volar.
- e. Ver sangre.
- f. Estar en el agua (p. ej., piscinas, lagos).
- g. Tormentas.
- h. Recibir una inyección.

Sí a cualquiera: ☞ **10B.**

No a todas: ☞ **15.**

B. ¿Cree usted que es más ansiosa que otras personas?

(B) La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada.

11. A. En el momento en que usted se enfrenta a la (FOBIA) ¿Inmediatamente se siente ansiosa o nerviosa?

Sí: ☞ **11B.**

No o hay evitación
del estímulo fóbico: ☞ **11C.**

B. ¿Qué ocurre? ¿A qué se parece?

¿Tiene una crisis de angustia?

C. ¿Y qué ocurría en el pasado, qué pasaba antes?

(C) El individuo reconoce que este miedo es excesivo e irracional.

12. A. ¿Cree usted que la (FOBIA) le preocupa o atemoriza más que lo que debiera?

Sí: ☞ **13.**

No: ☞ **12B.**

B. ¿Realmente no cree que se preocupa mucho por la (FOBIA)?

Sí: ☞ **12C.**

No: ☞ **13.**

C. Entonces, ¿Por qué cree usted que otras personas no están tan preocupadas por (FOBIA)?

(D) La(s) situación(es) fóbica(s) se evita(n) o se soporta(n) a costa de una intensa ansiedad o malestar.

13. A. ¿En qué grado usted evita la (FOBIA)? *Si no hay evitación preguntar:*
B. ¿Hasta qué punto llega a estar ansiosa? ¿Cuánto malestar le ocasiona la (FOBIA)?
-

(E) Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

14. A. ¿Qué problemas le ha causado en su vida el miedo o la evitación a (FOBIA)? ¿Ha interferido con su vida cotidiana?
B. ¿Le ha causado problemas laborales (o académicos)?
C. ¿Ha tenido problemas de pareja como consecuencia de lo que le ocurre?
D. ¿Ha interferido en sus relaciones de amistad?
E. ¿Le ha afectado en sus actividades de ocio (p. ej., salidas o vacaciones)?
F. ¿Hasta qué punto le resulta molesto tener este miedo a (FOBIA)?
-

(F) Excluir el diagnóstico si la ansiedad, las crisis de angustia, o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno de estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Inclusión: A, B, al menos 3 de C, E

Exclusión: D, F

(A) Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

15. A. En general, ¿Es usted una persona nerviosa? ¿Es aprensiva?

Sí: ☞ **15B.**

No: ☞ **19.**

B. ¿Qué le preocupa?

¿Le dice la gente que se preocupa demasiado por ese motivo?

¿Piensa usted lo mismo?

¿Cree que su ansiedad es poco realista o excesiva?

¿Le preocupa que vayan a sucederle cosas negativas o malas?

¿Le preocupa que le puedan suceder cosas negativas a personas cercanas a usted?

¿Con qué frecuencia le preocupan esas cosas? (¿La mayoría de los días?).

¿Desde hace cuanto tiempo le sucede esto? (Al menos 6 meses).

(B) Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

16. A. ¿Le es difícil controlar estas preocupaciones?

(C) La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

17. A. Ahora voy a preguntarle sobre algunos síntomas físicos que frecuentemente acompañan a la ansiedad y al nerviosismo. Durante los pasados 6 meses, cuando se ha sentido tensa o nerviosa, frecuentemente:

a. ¿Se ha sentido inquieta, intranquila, nerviosa, tensa, en el límite o ha tenido dificultad para mantenerse quieta?

b. ¿Se ha sentido cansada muy fácilmente?

c. ¿Ha tenido problemas de concentración o se le queda “la mente en blanco”?

d. ¿Se ha sentido irritable?

e. ¿Ha sentido tensión, dolores o molestias en sus músculos?

f. ¿Ha tenido problemas para quedarse dormida o para dormir?

B. ¿Con qué frecuencia ha tenido estos síntomas físicos? (¿La mayoría de los días?).

(D) Excluir el diagnóstico si el centro de la ansiedad y de la preocupación se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno de estrés postraumático.

(E) La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

18. A. ¿Qué efectos ha tenido la ansiedad, la preocupación y (SÍNTOMAS DE C) en su vida?
B. ¿Le ha causado molestias sentirse de ese modo?
C. ¿Ha afectado a su trabajo (estudios)? ¿Su relación de pareja? ¿Sus relaciones de amistad? ¿Su vida social? ¿Sus actividades de ocio?

Sí: ☞ **18D.**

No: ☞ **19.**

- D. ¿De qué manera? ¿Interfiere con sus actividades diarias?
-

(F) Excluir el diagnóstico si los síntomas son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Inclusión: A1-A4 para obsesiones o
A1-A2 para compulsiones
B y C para ambas.

Exclusión: D, E

OBSESIONES – Se requieren A1-A4

(A1) Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.

19. A. Algunas personas frecuentemente sufren malestar por pensamientos intrusivos, absurdos, desagradables u horribles, que parecen ser irracionales o no tener sentido, pero que se repiten una y otra vez. Por ejemplo, pensamientos repetitivos e intrusivos acerca de herir o matar a alguien querido incluso con la intención de no hacerlo; que alguien querido está herido; que uno dirá obscenidades en público, que uno está contaminado por gérmenes o por suciedad, o que uno va atropellar a alguien mientras conduce. ¿Algo como esto ha sido un problema para usted?

Sí: ☞ **19B.**

No: ☞ **22.**

B. Describa qué es lo que le ocurre.

¿Con qué frecuencia aparece?

¿Cómo se siente cuando tiene esos pensamientos?

¿Hay imágenes repetitivas, frecuentes o intrusivas?

Sí: ☞ **19C.**

No: ☞ **20.**

C. Hábleme acerca de ellas, descríbamelas.

¿Con qué frecuencia aparecen?

¿Cómo se siente cuando le vienen esas imágenes?

(A2) Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.

(A3) La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.

20. A. ¿Qué hace usted para manejar estos pensamientos o imágenes?
B. ¿Trata de ignorarlos o de librarse de esos pensamientos/imágenes y ponerlos fuera de su mente?
C. ¿Se dice a sí misma cosas o imagina otras imágenes para neutralizar o contrarrestar esos pensamientos/imágenes desagradables?

(A4) La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción de pensamiento).

21. A. ¿Esos pensamientos son suyos o usted cree que alguien, o alguna fuerza o poder externo, los ha puesto en su mente? *Si cree que no son propios, preguntar:*
B. Cuénteme cómo ha sucedido eso.

COMPULSIONES – Se requieren A1 y A2

(A1) Comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.

22. A. Algunas personas frecuentemente sufren malestar porque tienen que hacer algo una y otra vez y no pueden resistirse cuando lo intentan. Por ejemplo, se lavan las manos de manera repetida, chequean si la puerta está cerrada o si el horno está apagado, o cuentan cosas excesivamente. ¿Ha tenido usted dificultades como éstas?

Sí: ☞ **22B.**
No: ☞ **24 o dé por terminada la entrevista si venía de pregunta 19.**

B. ¿Cómo qué? Describa qué es lo que le ocurre.

C. ¿Tiene algún ritual que siempre tenga que hacer en un orden particular, y si ese orden se ve interrumpido usted debe empezar todo de nuevo desde el principio?

Sí: ☞ **22D.**
No: ☞ **23.**

D. ¿Cómo qué?

(A2) El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales, o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.

23. A. ¿Si usted no realiza (COMPULSIÓN) se siente muy ansiosa o tensa?

Sí: ☞ **23C.**
No: ☞ **23B.**

B. Entonces ¿Por qué lo hace?

C. ¿Qué cree que puede suceder si usted no realiza (COMPULSIÓN)?

Los criterios B-E son los mismos tanto para obsesiones como para compulsiones.

(B) En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas e irracionales.

24. A. ¿Parece la (OBSESIÓN/COMPULSIÓN) irracional o excesiva, pero a pesar de ello usted se siente obligada a realizarla?
- Sí: ☞ 25.
No: ☞ 24B.
- B. ¿Alguna vez ha pensado que la (OBSESIÓN/COMPULSIÓN) era irracional o excesiva?
- Sí: ☞ 25.
No: ☞ 24C.
- C. ¿Otras personas han pensado eso?
- Sí: ☞ 24D.
No: ☞ 25.
- D. ¿Qué le han dicho?
¿Usted cree que ellos estaban equivocados?
-

(C) Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

25. A. ¿Le ha causado molestias el tener que (OBSESIÓN/COMPULSIÓN)?
- B. ¿Qué efectos ha tenido en su vida?
- C. ¿Ha afectado a su trabajo (estudios)? ¿Su matrimonio? ¿Sus relaciones de amistad? ¿Su vida social? ¿Sus actividades de ocio?
- Sí: ☞ 25D.
No: ☞ 25E.
- D. ¿En qué forma?
- E. ¿Le permiten realizar sus rutinas y tareas diarias?
- F. ¿Cuánto tiempo al día gasta usted en realizar (OBSESIÓN/COMPULSIÓN)?
-

(D) Excluir el diagnóstico si, habiendo otro trastorno del Eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranques de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

(E) Excluir el diagnóstico si los síntomas son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Fuente:

Zimmerman, M. D. (1994). *Interview Guide for Evaluating DSM-IV Psychiatric Disorders and the Mental Status Examination*. Philadelphia: Psych Press Products.
Traducción de Paulina Paz Rincón González.

INSTRUMENTOS DE AUTOINFORME

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido DURANTE ESTA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.**

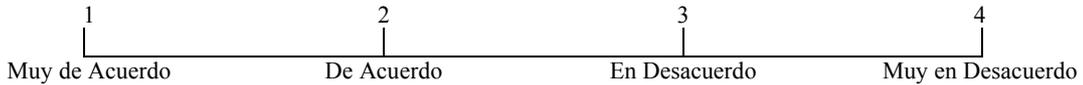
- | | |
|---|--|
| <p>1 0 No me siento triste.
1 Me siento triste.
2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3 Me siento tan triste o tan desgraciada que no puedo soportarlo.</p> | <p>12 0 No he perdido el interés por los demás.
1 Estoy menos interesada en los demás que antes.
2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
3 He perdido todo interés en los demás.</p> |
| <p>2 0 No me siento especialmente desanimada respecto al futuro.
1 Me siento desanimada respecto al futuro.
2 Siento que no tengo que esperar nada.
3 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.</p> | <p>13 0 Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
1 Evito tomar decisiones más que antes.
2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3 Ya me es imposible tomar decisiones.</p> |
| <p>3 0 No me siento fracasada.
1 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
2 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
3 Me siento una persona totalmente fracasada.</p> | <p>14 0 No creo tener peor aspecto que antes.
1 Me temo que ahora parezco más vieja o poco atractiva.
2 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractiva.
3 Creo que tengo un aspecto horrible.</p> |
| <p>4 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
2 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
3 Estoy insatisfecha o aburrida de todo.</p> | <p>15 0 Trabajo igual que antes.
1 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
2 Tengo que obligarme mucho para hacer todo.
3 No puedo hacer nada en absoluto.</p> |
| <p>5 0 No me siento especialmente culpable.
1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3 Me siento culpable constantemente.</p> | <p>16 0 Duermo tan bien como siempre.
1 No duermo tan bien como antes.
2 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.</p> |
| <p>6 0 No creo que esté siendo castigada.
1 Me siento como si fuese a ser castigada.
2 Espero ser castigada.
3 Siento que estoy siendo castigada.</p> | <p>17 0 No me siento más cansada de lo habitual.
1 Me canso más que antes.
2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3 Estoy tan cansada que no puedo hacer nada.</p> |
| <p>7 0 No estoy decepcionada de mí misma.
1 Estoy decepcionada de mí misma.
2 Me da vergüenza de mí misma.
3 Me detesto.</p> | <p>18 0 Mi apetito no ha disminuido.
1 No tengo tan buen apetito como antes.
2 Ahora tengo mucho menos apetito.
3 He perdido completamente el apetito.</p> |
| <p>8 0 No me considero peor que cualquier otro.
1 Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
2 Continamente me culpo por mis faltas.
3 Me culpo por todo lo malo que sucede.</p> | <p>19 0 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
1 He perdido más de 2 kilos.
2 He perdido más de 4 kilos.
3 He perdido más de 7 kilos.</p> |
| <p>9 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
2 Desearía suicidarme.
3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad.</p> | <p style="text-align: right;">Estoy bajo dieta para adelgazar: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> |
| <p>10 0 No lloro más de lo que solía.
1 Ahora lloro más que antes.
2 Lloro continuamente.
3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo incluso aunque quiera.</p> | <p>20 0 No estoy más preocupada por mi salud que lo normal.
1 Estoy preocupada por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
2 Estoy preocupada por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
3 Estoy tan preocupada por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier otra cosa.</p> |
| <p>11 0 No estoy más irritada de lo normal en mí.
1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2 Me siento irritada continuamente.
3 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.</p> | <p>21 0 No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1 Estoy menos interesada en el sexo que antes.
2 Estoy mucho menos interesada por el sexo.
3 He perdido totalmente mi interés por el sexo.</p> |

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Por favor, conteste a los siguiente ítems rodeando con un círculo la respuesta que considere adecuada:

1 = Muy de acuerdo
2 = De acuerdo
3 = En desacuerdo
4 = Muy en desacuerdo

1.- Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.



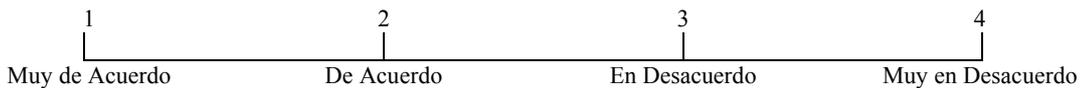
2.- Me inclino a pensar que, en conjunto, soy una fracasada.



3.- Creo que tengo varias cualidades buenas.



4.- Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.



5.- Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgullosa de mí.



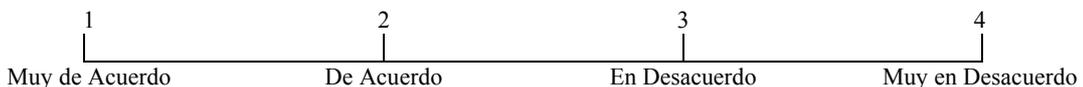
6.- Tengo una actitud positiva hacia mi misma.



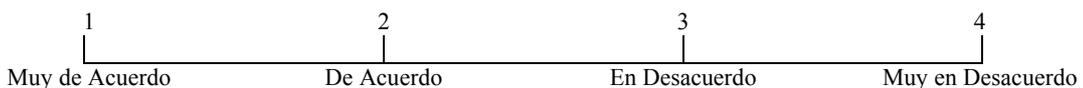
7.- En general, estoy satisfecha conmigo misma.



8.- Desearía valorarme más a mí misma.



9.- A veces me siento verdaderamente inútil.



10.- A veces pienso que no sirvo para nada.



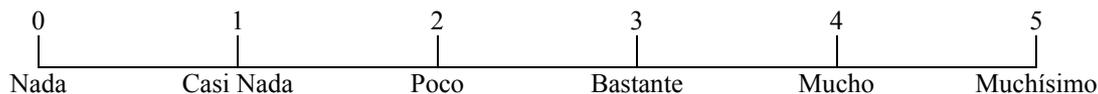
ESCALA DE INADAPTACIÓN

Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo (2000)

Rodee con un círculo el número que mejor describa su situación actual acerca de los aspectos de su vida cotidiana que se le señalan a continuación.

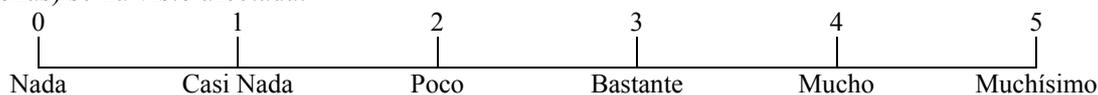
TRABAJO Y/O ESTUDIOS

A causa de mis problemas actuales, mi funcionamiento en el trabajo y/o en los estudios se ha visto afectado:



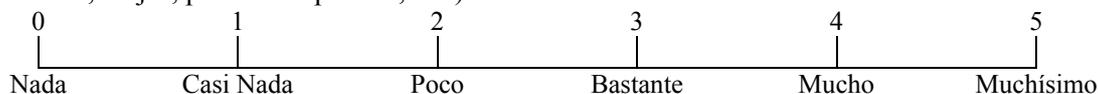
VIDA SOCIAL

A causa de mis problemas actuales, mi vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectada:



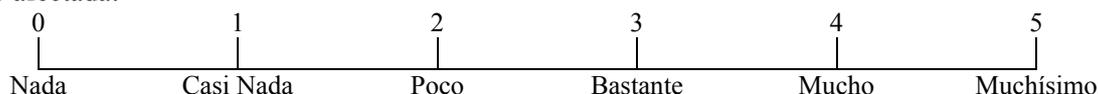
TIEMPO LIBRE

A causa de mis problemas actuales, mis actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, viajes, práctica deportiva, etc.) se han visto afectadas:



RELACION DE PAREJA

A causa de mis problemas actuales, mi relación de pareja (o la posibilidad de encontrarla) se ha visto afectada:



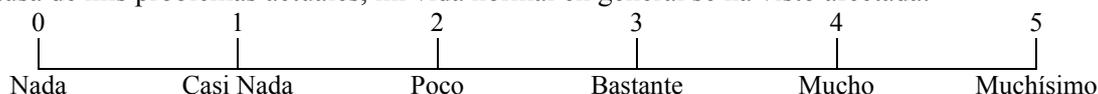
VIDA FAMILIAR

A causa de mis problemas actuales, mi relación familiar en general se ha visto afectada:



ESCALA GLOBAL

A causa de mis problemas actuales, mi vida normal en general se ha visto afectada:



INVENTARIO DE COGNICIONES POSTRAUMÁTICAS
Foa, Ehlers, Clark, Tolin y Orsillo (1999)

Estamos interesados en el tipo de pensamientos que puede haber tenido después de la experiencia traumática de maltrato. A continuación hay un número de frases que pueden o no ser representativas de sus pensamientos. Por favor, lea cuidadosamente cada frase y díganos su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de ellas. Las personas reaccionan a los sucesos traumáticos de muchas maneras diferentes. No hay respuestas correctas o incorrectas para estas frases.

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Estoy Totalmente en Desacuerdo 2. Estoy Muy en Desacuerdo 3. Estoy Levemente en Desacuerdo 4. Me es Indiferente 5. Estoy Levemente de Acuerdo 6. Estoy Muy de Acuerdo 7. Estoy Totalmente de Acuerdo |
|---|

Lea atentamente:	Totalmente en Desacuerdo	Muy en Desacuerdo	Levemente en Desacuerdo	Indiferente	Levemente de Acuerdo	Muy de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
1. El suceso ocurrió debido a la forma en que yo actué.	1	2	3	4	5	6	7
2. No confío en que haré las cosas bien.	1	2	3	4	5	6	7
3. Soy una persona débil.	1	2	3	4	5	6	7
4. No seré capaz de controlar mi ira y haré algo terrible.	1	2	3	4	5	6	7
5. No puedo controlar ni siquiera la más mínima molestia o enojo.	1	2	3	4	5	6	7
6. Solía ser una persona feliz, pero ahora me siento siempre desdichada.	1	2	3	4	5	6	7
7. No se puede confiar en las personas.	1	2	3	4	5	6	7
8. Tengo que estar alerta todo el tiempo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Me siento muerta interiormente.	1	2	3	4	5	6	7
10. No puedes saber quién te hará daño.	1	2	3	4	5	6	7
11. Tengo que ser especialmente cuidadosa porque nunca se sabe que puede ocurrir después.	1	2	3	4	5	6	7
12. Soy una persona incompetente.	1	2	3	4	5	6	7
13. No seré capaz de controlar mis emociones y pasará algo terrible.	1	2	3	4	5	6	7

Lea atentamente:	Totalmente en Desacuerdo	Muy en Desacuerdo	Levemente en Desacuerdo	Indiferente	Levemente de Acuerdo	Muy de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
14. Si pienso en el suceso, no seré capaz de controlarlo.	1	2	3	4	5	6	7
15. El suceso me ocurrió por la clase de persona que soy.	1	2	3	4	5	6	7
16. Mis reacciones desde el suceso me hacen pensar que estoy enloqueciendo.	1	2	3	4	5	6	7
17. Nunca seré capaz de sentir de nuevo emociones normales.	1	2	3	4	5	6	7
18. El mundo es un lugar peligroso.	1	2	3	4	5	6	7
19. Otras personas podrían haber detenido el suceso y no les hubiese pasado nada malo.	1	2	3	4	5	6	7
20. Permanentemente he cambiado a peor.	1	2	3	4	5	6	7
21. Me siento como un objeto, no como una persona.	1	2	3	4	5	6	7
22. Otras personas no hubieran caído en esta situación.	1	2	3	4	5	6	7
23. No puedo confiar en otras personas.	1	2	3	4	5	6	7
24. Me siento apartada y aislada de otros.	1	2	3	4	5	6	7
25. No tengo futuro.	1	2	3	4	5	6	7
26. No puedo hacer nada para que no me sucedan cosas malas.	1	2	3	4	5	6	7
27. Las personas no son lo que parecen.	1	2	3	4	5	6	7
28. Mi vida ha sido destrozada por el trauma.	1	2	3	4	5	6	7
29. Como persona hay algo equivocado en mí.	1	2	3	4	5	6	7
30. Mis reacciones desde el suceso demuestran que soy una perdedora.	1	2	3	4	5	6	7
31. Algo en mí hace que las cosas me sucedan.	1	2	3	4	5	6	7
32. No seré capaz de soportar mis pensamientos acerca del suceso, y caeré en el aislamiento.	1	2	3	4	5	6	7
33. Me siento como si no me conociera nada en absoluto.	1	2	3	4	5	6	7
34. Nunca puedes saber cuando sucederá algo horrible.	1	2	3	4	5	6	7
35. No puedo confiar en mí misma.	1	2	3	4	5	6	7
36. Nunca más puede sucederme nada bueno.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO 2: PROTOCOLO DE TRATAMIENTO

**MANUAL DE TRATAMIENTO:
TERAPIA COGNITIVA + TERAPIA DE EXPOSICIÓN**

PRIMERA SESIÓN

Actividad	Materiales	Duración
Presentación de las participantes y de la terapeuta.	☛ Un rotulador. Una tarjeta y un alfiler para cada miembro del grupo.	15 minutos
Establecimiento de las normas de trabajo en grupo.	☛ Tarjetas con normas de trabajo. ☛ Compromiso de Secreto Terapéutico.	10 minutos
Explicación del problema.	☛ Ninguno.	5 minutos
Explicación de los objetivos del tratamiento.	☛ Ninguno.	5 minutos
Explicación de los conceptos de ciclo y escalada de violencia.	☛ Tríptico ciclo y escalada de violencia, por participante.	15 minutos
Entrenamiento en control de la respiración.	☛ Pauta de ejercicios para el control de la respiración.	35 minutos
Asignación de tareas: ☛ Ejercitar control de la respiración. ☛ Registrar síntomas de reexperimentación.	☛ Autorregistro de ejercicio de control de respiración, por participante. ☛ Autorregistro de síntomas de reexperimentación, por participante.	5 minutos

Descripción de las actividades:

1. Presentación de las participantes y de la terapeuta:

- ✓ La terapeuta se presenta y da la bienvenida a las participantes, animándolas a superar la ansiedad que puedan estar experimentando por encontrarse con un grupo de desconocidas. Asimismo, invita a las participantes a presentarse a través de una dinámica de presentación cruzada, esto es, deben reunirse en parejas y averiguar la una de la otra una serie de datos personales que la terapeuta les indica (nombre, edad, con quién vive, etc.) para después darlos a conocer al resto del grupo. La terapeuta irá anotando los nombres en tarjetas que las participantes se pondrán para facilitar un trato más cercano al interior del grupo.

2. Establecimiento de normas de trabajo en grupo:

- ✓ Se explica que cualquier grupo humano para realizar sus actividades necesita tener ciertas normas de funcionamiento, por lo que como grupo deben fijar sus propias normas. Para ello cada una debe elegir de entre una serie de afirmaciones preparadas por la terapeuta, las dos que considera más importantes y explicarlas al resto del grupo. Se discuten las normas elegidas y de ser necesario la terapeuta también elige algunas para garantizar la confidencialidad, respeto, participación activa (tanto en sesión como en las tareas para casa) y puntualidad a lo largo de las sesiones.
- ✓ Se firma el “Compromiso de Secreto Terapéutico”.

3. Explicación del problema:

- ✓ La terapeuta comenta que el problema que las aqueja a todas, por lo que se han reunido, es una reacción normal ante la situación vivida, poniendo énfasis en que lo que es anormal es la situación de maltrato en sí y que ella debe ser eliminada debido a las graves implicaciones que tiene en la vida de las participantes.

- ✓ Se explica que frente a eventos traumáticos, como es el caso de la violencia doméstica, las personas normalmente desarrollan una serie de síntomas como son: Recordar permanentemente el evento en cuestión (por ejemplo, una paliza), soñar con esa situación, no tener ganas de salir o de hacer cosas que antes apetecía realizar, evitar ciertos pensamientos, sentimientos, actividades o cosas que se han asociado al problema, tener dificultad para poner atención, tener dificultad para dormir, estar más irritable o incluso tener explosiones de ira o llanto, etc.
 - ✓ Del mismo modo, se explica que estas reacciones se dan porque los seres humanos tenemos 2 tipos de memorias o formas de almacenar la información en nuestro cerebro: A través de una vía rápida, también conocida como memoria automática y a través de una vía más lenta, llamada también memoria controlada o consciente. La memoria automática ha guardado con mucho detalle y sin elaborar las situaciones traumantes y por ello es que sentimos miedo frente a ciertas cosas, algunas de las cuales no siempre somos capaces de relacionar con nuestro problema. La memoria consciente, en cambio, ha tratado de darle un significado a la información al almacenarla y es por ello que, frente a una situación de la que no somos responsables, tenemos sentimientos de culpa, minusvalía, desesperanza, rabia, etc.
4. Explicación de los objetivos del tratamiento:
- ✓ Se explica que, debido a lo mencionado, el tratamiento se articulará en torno a dos grandes ejes, el primero relacionado con todo aquello que les afecta debido a la interpretación que han hecho de la situación, se llevará a cabo entre la segunda y la quinta sesión; y el segundo, que apunta a trabajar la exposición a las situaciones temidas, se abordará entre la sexta y la octava sesión, con el objetivo de lograr autocontrol respecto a la situación temida.
 - ✓ Se pondrá énfasis nuevamente en la importancia de la participación y de la realización de las tareas para casa para alcanzar los objetivos terapéuticos.
5. Explicación de los conceptos de ciclo y escalada de violencia:
- ✓ Se entrega a cada participante un tríptico de ciclo y escalada de violencia y se les pide que lo lean. Luego se comenta que les ha parecido, si se ven reflejadas en lo que han leído, si tienen alguna duda, etc. La terapeuta debe facilitar la expresión de emociones de todas las participantes.
6. Entrenamiento en control de la respiración:
- ✓ Se explica a las participantes que muchos de los síntomas que antes fueron mencionados pueden ser controlados a través de técnicas apropiadas, una de ellas es el entrenamiento en una adecuada forma de respirar. Se pone énfasis en que ciertas situaciones, en especial las situaciones estresantes, como la que ellas viven o han vivido, favorecen una forma de respirar anormal, caracterizada por una respiración rápida y superficial que implica una subutilización de los pulmones, una peor oxigenación y un aumento en nuestra sensación de tensión, todo lo cual puede llegar a ocasionar ansiedad, depresión, fatiga física y malestar general; la técnica de control de respiración es una herramienta útil para desactivarnos, permitiéndonos hacer frente al estrés.
 - ✓ Se enseña la técnica de control de la respiración.
7. Asignación de tareas:
- ✍ Se pide a las participantes que lleven a cabo en casa el ejercicio de control de la respiración dos veces a lo largo del día, dedicando 5 minutos cada vez, antes de acostarse y en otro momento a su elección (fijado en la sesión, con cada participante), registrando el momento del día en que lo practicaron y como se sintieron tras haberlo realizado.
 - ✍ Por último, se les pide que registren cualquier síntoma de reexperimentación que se les presente durante la semana, señalando fecha, situación, síntoma y ansiedad experimentada.

SEGUNDA SESIÓN

Actividad	Materiales	Duración
Revisión de tareas.	☞ Ninguno.	10 minutos
Detención de pensamiento.	☞ Un bolígrafo y un par de folios, por participante.	55 minutos
Ejercicio de relajación: Control de la respiración.	☞ Ninguno.	5 minutos
Asignación de tareas: ☞ Ejercitar detención de pensamiento. ☞ Completar hojas A-B-C ☞ Ejercitar control de la respiración.	☞ Autorregistro de detención de pensamiento, por participante. ☞ Pizarra y rotulador. Una hoja A-B-C, por participante. ☞ Autorregistro de ejercicio de control de respiración, por participante.	15 minutos
Evaluación de la sesión.	☞ Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo, por participante.	5 minutos

Descripción de las actividades:

1. Revisión de Tareas:

- ✓ Se comenta qué dificultad hubo para realizar las tareas asignadas.
- ✓ Si hubo problemas para llevar a cabo el ejercicio de respiración, se comenta y se advierte que se seguirá practicando en las sesiones con lo que se tendrá un dominio mayor de la técnica.
- ✓ Se las felicita por haber cumplido con las tareas asignadas.

2. Detención de pensamiento:

- ✓ Se explica a las participantes la relación que existe entre lo que pensamos y lo que sentimos, es decir, como nuestros pensamientos afectan a nuestros sentimientos y viceversa, poniendo ejemplos concretos. Los pensamientos o autoverbalizaciones correctos conducen a sentimientos apropiados, mientras que las autoverbalizaciones erróneas o inexactas generan sentimientos no válidos o innecesarios. Frente a esto tenemos dos alternativas, o bien analizar aquellos pensamientos y darnos cuenta del error, o bien, eliminar aquellas cadenas de pensamientos que aparecen de forma casi automática, no conducen nada y sólo son autodevaluantes.
- ✓ Se explica que se trabajará con ambas estrategias, pero que se empezará por la segunda alternativa, conocida como detención de pensamiento y que la sesión siguiente estará destinada al análisis de los pensamientos erróneos. Se pone énfasis en que si bien la detención de pensamiento es una técnica que parece ser muy sencilla, es de extrema utilidad ya que nos permite eliminar aquellos pensamientos que nos hacen sentir mal cuando en realidad no hay motivos para ello.
- ✓ Se pide a las participantes que den tres ejemplos de pensamientos molestos, poniendo énfasis en que realmente generen malestar llevando a algún tipo de sentimiento de minusvalía o rabia, o bien, interfieran en la realización de otras actividades.

- ✓ A continuación cada participante debe, por turno, decir la cadena de pensamientos que desea eliminar. La terapeuta supervisa que la cadena sea dicha de la manera más concreta y completa posible. Una vez realizado esto se establece el estímulo de corte, “alto” o “basta”. Inmediatamente se pide a las participantes que, como tarea distractora, describan, por escrito, con todo detalle y en el menor tiempo posible, la apariencia de una de sus compañeras de sesión. Se repite este ejercicio tres o cuatro veces. La terapeuta indica que en esta ocasión ella ha elegido la tarea distractora, pero que hay muchas tareas que pueden servir para cortar la cadena de pensamientos, poniendo ejemplos de ellas (contar hacia atrás de cuatro comenzado desde 1000, contar coches de determinado color o que su matrícula finalice en un número concreto, etc.).
 - ✓ Se pide a las participantes que imaginen sus verbalizaciones, la terapeuta introduce el estímulo de corte a los cinco segundos y pide la realización de la tarea distractora, esta vez en la imaginación. Se repite este paso otras tres o cuatro veces.
 - ✓ Como paso siguiente se pide a las participantes realizar el ejercicio anterior, pero ellas deben esta vez introducir el estímulo de corte, es decir, pronunciar la frase convenida. Se repite tres o cuatro veces este paso. Es conveniente verificar que el estímulo de corte esté efectivamente cortando la cadena de verbalizaciones.
 - ✓ Para finalizar, se pide a las participantes que realicen nuevamente el ejercicio, pero esta vez el estímulo de corte deben introducirlo de manera encubierta, es decir, sólo imaginarlo, no pronunciarlo. Se repite este paso tres o cuatro veces.
3. Ejercicio de relajación: Control de respiración:
- ✓ Se practica la técnica de control de la respiración.
4. Asignación de tareas:
- ✍ Se pide a las participantes que pongan en práctica la detención de pensamiento por lo menos dos veces al día, cada vez que aparezca la cadena de verbalizaciones, registrando las situaciones en que se da.
 - ✍ Se explica a las participantes que para llevar a cabo la reevaluación de los pensamientos erróneos es necesario que aprendan a separar acontecimientos, pensamientos y sentimientos. Para ello se escribe en la pizarra el A-B-C. La columna A es para los acontecimientos, la columna B para los pensamientos y la columna C para los sentimientos. Se explica como se llenaría la hoja con algún ejemplo.
 - ✍ Se pide a las participantes que completen por lo menos dos líneas de una hoja A-B-C cada día, una en relación con el evento traumático y la otra con un suceso cotidiano, negativo o positivo.
 - ✍ Se les pide, asimismo, que sigan llevando a cabo en casa el ejercicio de control de la respiración dos veces al día y que lo registren. La terapeuta debe fijar con las participantes los momentos elegidos para llevarlo a cabo, según la situación de cada una de ellas.
5. Evaluación de la sesión:
- ✓ Se pide a las participantes que completen la Escala de Cambio Percibido.

TERCERA SESIÓN

Actividad	Materiales	Duración
Revisión de tareas.	☞ Ninguno.	10 minutos
Reevaluación cognitiva.	☞ Un pliego de papel y un rotulador, por participante.	60 Minutos
Ejercicio de relajación: Control de la respiración.	☞ Ninguno.	5 minutos
Asignación de tareas: ☞ Leer material autoestima. ☞ Realizar actividades gratificantes. ☞ Completar hojas A-B-C-D ☞ Identificar y registrar situaciones problemáticas. ☞ Ejercitar control de la respiración.	☞ Tríptico de autoestima, por participante. ☞ Autorregistro de actividades gratificantes, por participante. ☞ Hoja A-B-C-D, por participante. ☞ Autorregistro de situaciones problemáticas, por participante.	10 minutos
Evaluación de la sesión.	☞ Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo, por participante.	5 minutos

Descripción de las actividades:

1. Revisión de tareas:

- ✓ Se comenta qué dificultad hubo para realizar las tareas asignadas y se las felicita por haber cumplido con ellas.
- ✓ Se repasan las hojas A-B-C con las participantes, revisando que no se hayan confundido los pensamientos con los sentimientos.

2. Reevaluación cognitiva:

- ✓ Se analizan los sentimientos y pensamientos de las participantes en torno a la situación traumática, cuestionando todos aquellos pensamientos que estén guiados por una evaluación errónea de la situación.
- ✓ Frente a los sentimientos de culpa generados por los episodios de violencia, se pone énfasis en que la conducta violenta es el resultado de los pensamientos y emociones del maltratador y no de las conductas de las participantes. No existe ninguna conducta que justifique el maltrato.
- ✓ En relación a los sentimientos de autoestima negativa se pide a las participantes que realicen el siguiente ejercicio: Se reúnan en parejas y cada una dibuje el contorno de la otra en un pliego de papel. Luego cada una tome su propio dibujo y haga una línea vertical que separe en dos su silueta, escribiendo en un lado las características positivas que tiene y en otro las características negativas, abarcando diversas áreas: Aspecto físico, capacidad intelectual, relaciones sociales, relaciones familiares, salud, sexualidad, ejecución de tareas cotidianas, etc. Luego deben exponer lo que han escrito al resto del grupo. La terapeuta debe guiar la reevaluación cognitiva de las percepciones erróneas que se pongan de manifiesto, poniendo especial atención en los aspectos positivos señalados y en la evaluación adecuada de los aspectos negativos, esto es, uso de un lenguaje no peyorativo, preciso y específico.

- ✓ Se entrega tríptico de autoestima.
- 3. Ejercicio de relajación: Control de respiración:
 - ✓ Se practica la técnica de control de la respiración.
- 4. Asignación de tareas:
 - ✍ Se pide a las participantes que lean el material que se les ha entregado y que anoten las dudas que les presente.
 - ✍ Se les pide que todos los días lleven a cabo cuatro actividades que consideren agradables para ellas y que las registren. La terapeuta pone énfasis en que hay muchas actividades, que por sencillas que parezcan, pueden resultar gratificantes y pide a las participantes que den ejemplos de ellas, invitándolas a hacer una lluvia de ideas.
 - ✍ Se les pide también que completen nuevamente por lo menos dos líneas de una hoja A-B-C por día, pero esta vez introduciendo la columna D para pensamientos alternativos al pensamiento erróneo.
 - ✍ Se les pide asimismo, que identifiquen y registren situaciones problemáticas.
 - ✍ Se les pide que sigan llevando a cabo en casa el ejercicio de control de la respiración dos veces al día.
- 5. Evaluación de la sesión:
 - ✓ Se pide a las participantes que completen la Escala de Cambio Percibido.

CUARTA SESIÓN

Actividad	Materiales	Duración
Revisión de tareas.	☞ Ninguno.	10 minutos
Reevaluación cognitiva.	☞ Pizarra y rotulador.	25 minutos
Solución de problemas.	☞ 2 pliegos de papel y 2 rotuladores.	35 minutos
Ejercicio de relajación: Control de la respiración.	☞ Ninguno.	5 minutos
Asignación de tareas: ☞ Identificar y registrar situaciones problemáticas, definiéndolas adecuadamente. ☞ Leer material de solución de problemas. ☞ Realizar actividades gratificantes. ☞ Ejercitar control de la respiración.	☞ Autorregistro de definición de problemas, por participante. ☞ Tríptico de solución de problemas, por participante. ☞ Autorregistro de actividades gratificantes, por participante.	10 minutos
Evaluación sesión.	☞ Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo, por participante.	5 minutos

Descripción de las actividades:

1. Revisión de tareas:

- ✓ Se comenta qué dificultad hubo para realizar las tareas asignadas y las dudas que les presentó el material que debían leer.
- ✓ Si hubo dificultad para realizar las tareas agradables se analiza y se cuestionan los pensamientos relacionados a una baja autoestima o falta de autocuidado.
- ✓ Se felicita por haber cumplido con las tareas asignadas.

2. Reevaluación cognitiva:

- ✓ Se analizan las hojas A-B-C-D completadas por las participantes, transcribiendo en la pizarra aquellas situaciones y pensamientos erróneos que han detectado en la semana y que ellas quieran comentar. Se revisan los pensamientos alternativos que han planteado.
- ✓ En relación a los sentimientos de culpa se retoma la idea de que la conducta violenta es el resultado de los pensamientos y emociones del maltratador y no de las conductas de las víctimas, por lo que los pensamientos alternativos deben ir en esa línea.
- ✓ Respecto a los sentimientos de falta de seguridad personal, los pensamientos alternativos tienen que apuntar a la idea de establecer la diferencia entre el no poder hacer nada para predecir la situación de violencia, lo que en muchos casos es cierto, y no poder hacer nada para aumentar la seguridad personal, lo que sí es factible.
- ✓ En relación a aquellas ideas que apunten a falta de control sobre la propia vida, se debe poner énfasis en dos cosas, por una parte en que creer que no se tiene control sobre la situación de maltrato no debe implicar la pérdida de control sobre otros aspectos de la vida y, por otra parte, en que se verán estrategias para resolver problemas que pueden ayudar a controlar la situación traumática.

3. Solución de problemas:

- ✓ Se explica que los problemas son un hecho normal en la vida de cualquier persona y que muchas veces no ser capaz de solucionarlos puede incrementar el estrés y otros estados emocionales, llevando a una gran tristeza e incluso sentimientos de indefensión. Por ello se debe aprender a resolver de manera adecuada los problemas, para lo cual hay un procedimiento. Se lo describe en términos generales y se explica en detalle las dos primeras fases de la solución de problemas: Orientación general hacia el problema y definición y formulación del problema.
- ✓ Se entrega tríptico de solución de problemas y se leen las dos primeras fases.
- ✓ Se pide a las participantes que trabajen en parejas en la definición de alguno de los problemas que han registrado durante la semana, determinando quién, qué, dónde, cuándo, por qué y cómo del problema elegido (deben escribirlo en los pliegos de papel destinados para ello). Se lleva a plenario y el resto del grupo aporta en relación a lo realizado por cada subgrupo. La terapeuta debe velar por la adecuada realización del procedimiento, es decir, descripción del problema en términos claros y concretos, utilización de información relevante referida a hechos y no a opiniones ni creencias.

4. Ejercicio de relajación: Control de respiración:

- ✓ Se practica la técnica de control de la respiración.

5. Asignación de tareas:

- ✍ Se pide a las participantes que identifiquen y registren situaciones problemáticas, definiendo y formulando cada problema en base a lo practicado en la sesión.
- ✍ Se pide a las participantes que lean las tres fases restantes del tríptico de solución de problemas y anoten las dudas que les surjan.
- ✍ Se les pide, asimismo, que sigan realizando todos los días al menos cuatro actividades que consideren agradables para ellas y que las registren.
- ✍ Se les sugiere, por último, que sigan llevando a cabo en casa el ejercicio de control de la respiración tantas veces al día como puedan.

6. Evaluación de la sesión:

- ✓ Se pide a las participantes que completen la Escala de Cambio Percibido.

QUINTA SESIÓN

Actividad	Materiales	Duración
Revisión de tareas.	☞ Ninguno.	15 minutos
Solución de problemas.	☞ Pizarrón, 2 pliegos de papel y 2 rotuladores.	55 minutos
Ejercicio de relajación: Control de la respiración.	☞ Ninguno.	5 minutos
Asignación de tareas: ☞ Identificar, registrar y solucionar situaciones problemáticas. ☞ Identificar y registrar síntomas de reexperimentación. ☞ Ejercitar control de la respiración.	☞ Autorregistro de solución de problemas, por participante. ☞ Autorregistro de síntomas de reexperimentación, por participante.	5 minutos
Evaluación de cogniciones postraumáticas.	☞ Inventario de Cogniciones Postraumáticas y un bolígrafo, por participante.	5 minutos
Evaluación sesión.	☞ Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo, por participante.	5 minutos

Descripción de las actividades:

1. Revisión de tareas:

- ✓ Se comenta qué dificultad hubo para realizar las tareas asignadas y las dudas que les presentó el material que debían leer.
- ✓ Se refuerza el cumplimiento de las tareas.

2. Solución de problemas:

- ✓ Se explican las tres fases restantes de la solución de problemas: Generación de soluciones alternativas, toma de decisiones y puesta en práctica y verificación de la solución.
- ✓ Se analiza en conjunto algún problema que las participantes quieran poner de ejemplo, poniendo en práctica los tres nuevos pasos de la solución de un problema. En un primer momento, la terapeuta debe incentivar la generación del mayor número de alternativas posibles, dejando claro que lo importante es la cantidad y no la calidad de las mismas; más adelante debe guiar la completa valoración de cada una de las alternativas, así como también la evaluación de la solución escogida en términos de factibilidad de lograr solucionar el problema y de suficiencia de información para tomar la decisión.
- ✓ Se pide a las participantes que trabajen en parejas en la resolución de alguno de los problemas que definieron durante la semana, llevando a cabo las tres fases recién entrenadas y escribiéndolo en los pliegos de papel destinados para ello (la terapeuta asignará las parejas para que no sean las mismas de la sesión anterior). Se lleva a plenario y el resto del grupo aporta en relación a lo realizado por cada pareja. La terapeuta debe velar por la adecuada realización del procedimiento.

3. Ejercicio de relajación: Control de respiración:
 - ✓ Se practica la técnica de control de la respiración.
4. Asignación de tareas:
 - ✍ Se pide a las participantes que identifiquen y registren situaciones problemáticas y las solucionen siguiendo los cinco pasos ya entrenados.
 - ✍ Se les pide también que completen durante la semana el autorregistro de síntomas de reexperimentación cuando éstos se den.
 - ✍ Se les sugiere que sigan llevando a cabo en casa el ejercicio de control de la respiración tantas veces al día como puedan.
5. Evaluación de cogniciones postraumáticas:
 - ✓ Se pide a las participantes que completen el Inventario de Cogniciones Postraumáticas.
6. Evaluación de la sesión:
 - ✓ Se pide a las participantes que completen la Escala de Cambio Percibido.

SEXTA SESIÓN

Actividad	Materiales	Duración
Revisión de tareas.	☞ Ninguno.	10 minutos
Exposición.	☞ 6 tarjetas y un bolígrafo, por participante. ☞ Grabadora y casete por participante.	60 minutos
Ejercicio de relajación: Control de la respiración.	☞ Ninguno.	5 minutos
Asignación de tareas: ☞ Autoexposición en imaginación. ☞ Autorregistro de situaciones evitadas. ☞ Ejercitar control de la respiración.	☞ Autorregistro de tareas de exposición al relato de la situación vivida, por participante. ☞ Autorregistro de situaciones evitadas, por participante.	10 minutos
Evaluación sesión.	☞ Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo, por participante.	5 minutos

Descripción de las actividades:

1. Revisión de tareas:

- ✓ Se comenta la realización de las tareas para casa, así como las dificultades que puedan haber surgido.
- ✓ Se felicita por haber realizado las tareas asignadas.

2. Exposición:

- ✓ Se explica a las participantes la necesidad de que se expongan a la situación temida para que se habitúen a ella y deje de producirles miedo. Debido al tipo de situación, la exposición se llevará a cabo en la imaginación.
- ✓ La terapeuta explica que para realizar la exposición deben ser capaces de pensar en una situación de malos tratos que hayan vivido, que les produzca ansiedad, pero a la que estén dispuestas a enfrentarse. Por ello se les pide que recuerden y apunten algunas situaciones y señalen el grado de ansiedad que les produce cada una de ellas en una escala de 0 a 100, incluyendo la situación que máxima ansiedad les genere. De ahí, con ayuda de la terapeuta, cada una selecciona aquella situación a la que se va a exponer.
- ✓ Se les explica, asimismo, que la idea es que piensen en esa situación como si la estuviesen viviendo, por lo que no deben describir lo que le está pasando a otra persona, sino que deben hacer la descripción en primera persona, en tiempo presente y con tanto detalle como sea posible, incluyendo características sensoriales (que vio, oyó, etc.), lo que estaban pensando y lo que estaban sintiendo en ese momento. La terapeuta ejemplifica pensando en voz alta y pide a cada una de ellas que haga un pequeño ejercicio.

- ✓ Las participantes llevan a cabo el ejercicio, imaginando la situación elegida. La terapeuta debe poner énfasis en la importancia de que la descripción sea hecha y mantenida en la imaginación hasta reducir la ansiedad por lo menos a 15, en la escala establecida de 0 a 100, e ir supervisando que cada participante esté efectivamente exponiéndose a la situación aversiva. Cada participante graba el relato que va haciendo en voz alta, para su posterior utilización en casa.
- 3. Ejercicio de relajación: Control de respiración:
 - ✓ Se practica la técnica de control de la respiración.
- 4. Asignación de tareas:
 - ✍ Se pide a las participantes que lleven a cabo el ejercicio de exposición al relato que han grabado, una vez al día a lo largo de la semana, llevando un registro del momento del día en que lo realizaron, hora de inicio, hora de término, grado de ansiedad que les producía al empezar y grado de ansiedad al finalizar, en una escala de 0 a 100. La terapeuta concreta con cada participante el momento del día en que lo realizarán. Se las instruye, asimismo, para que cuando logren exponerse en tres ocasiones al relato que han grabado, con una ansiedad mínima (15 o menos en una escala de 0 a 100), se expongan a una nueva situación que les produzca mayor ansiedad que la ya grabada.
 - ✍ Se les pide que registren aquellas situaciones que evitan, apuntando el grado en que lo hacen en una escala de 0 a 100.
 - ✍ Se les sugiere que si lo necesitan lleven a cabo el ejercicio de respiración.
- 5. Evaluación de la sesión:
 - ✓ Se pide a las participantes que completen la Escala de Cambio Percibido.

SÉPTIMA SESIÓN

Actividad	Materiales	Duración
Revisión de tareas.	☞ Ninguno.	15 minutos
Exposición.	☞ Grabadora y casete por participante.	55 minutos
Ejercicio de relajación: Control de la respiración.	☞ Ninguno.	5 minutos
Asignación de tareas: ☞ Autoexposición en imaginación. ☞ Autoexposición en vivo. ☞ Ejercitar control de la respiración.	☞ Autorregistro de tareas de exposición al relato de la situación vivida, por participante. ☞ Autorregistro de tareas de exposición a situaciones evitadas, por participante.	10 minutos
Evaluación sesión.	☞ Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo, por participante.	5 minutos

Descripción de las actividades:

1. Revisión de tareas:

- ✓ Se les pregunta cómo les fue al exponerse al relato de la situación traumática, en qué ocasiones lo realizaron, si notaron diferencias en el grado de ansiedad y qué dificultades tuvieron.
- ✓ Se analizan situaciones que evitan, verificando que estén definidas de manera concreta.
- ✓ Se las felicita por haber realizado las tareas asignadas.

2. Exposición:

- ✓ Se selecciona con cada participante una nueva situación aversiva que les genere mayor ansiedad que la situación seleccionada la semana anterior, o si alguna participante ya ha empezado con alguna situación nueva y no ha logrado reducir la ansiedad, se selecciona esa situación. Idealmente se debe elegir la situación que les genere mayor ansiedad.
- ✓ Se pide a las participantes que lleven a cabo la exposición en la imaginación de la situación elegida. Al igual que en la sesión anterior, la descripción debe ser hecha con tanto detalle como sea posible, incluyendo características sensoriales, lo que estaban pensando y lo que estaban sintiendo en ese momento, en tiempo presente y en primera persona. Nuevamente, la terapeuta debe poner énfasis en la importancia de que la descripción sea hecha y mantenida en la imaginación hasta reducir la ansiedad por lo menos a 15, en la escala establecida de 0 a 100, e ir supervisando que cada participante esté efectivamente exponiéndose a la situación aversiva. Se graba el relato hecho en voz alta, para su posterior utilización en casa.
- ✓ Se evalúa qué posibilidad hay de que se expongan en vivo a algunas de las situaciones evitadas, que no entrañen ningún peligro para su integridad ni la posibilidad de un recondicionamiento. Si es así se planifica la exposición con coterapeuta, es decir, en compañía de otra participante.

3. Ejercicio de relajación: Control de respiración:

- ✓ Se practica la técnica de control de la respiración.

4. Asignación de tareas:

- ✍ Se pide a las participantes que se expongan en imaginación a la situación entrenada en sesión, una vez al día a lo largo de la semana, llevando un registro del momento del día en que lo realizaron, hora de inicio, hora de término, grado de ansiedad que les producía al empezar y grado de ansiedad al finalizar, en una escala de 0 a 100. Se concreta con cada participante el momento del día en que lo realizarán. Se las instruye, asimismo, para que cuando logren exponerse en tres ocasiones al relato que han grabado, con una ansiedad mínima (15 o menos en una escala de 0 a 100), se expongan a una nueva situación que les produzca mayor ansiedad que la ya grabada.
- ✍ En aquellos casos en que es factible la exposición en vivo, se establece el momento en que se llevará a cabo y se pide que registren dichas exposiciones anotando hora de inicio y término, situación, ansiedad experimentada antes y después de exponerse y si utilizaron alguna estrategia de afrontamiento (si pensaron algo, utilizaron técnica de respiración, etc.).
- ✍ Se les sugiere que si lo necesitan lleven a cabo el ejercicio de respiración.

5. Evaluación de la sesión:

- ✓ Se pide a las participantes que completen la Escala de Cambio Percibido.

OCTAVA SESIÓN

Actividad	Materiales	Duración
Revisión de tareas.	☞ Ninguno.	10 minutos
Exposición.	☞ Hoja para registro del relato de una situación de maltrato y un bolígrafo, por participante.	40 minutos
Evaluación de la sesión.	☞ Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo, por participante.	5 minutos
Evaluación del tratamiento: ✓ Evaluación cualitativa. ✓ Aplicación de instrumentos de autoinforme. ✓ Ejercicio de ayuda mutua.	☞ Tarjetas de evaluación del tratamiento. ☞ Instrumentos de autoinforme utilizados en la evaluación pretratamiento y un bolígrafo, por participante. ☞ Un caramelo por participante.	35 minutos

Descripción de las actividades:

Revisión de tareas:

- ✓ Se les pregunta a las participantes cómo les fue al exponerse al relato de la situación traumática, en qué ocasiones lo realizaron, si notaron diferencias en el grado de ansiedad y qué dificultades tuvieron.
- ✓ Se analizan las situaciones en las que se expusieron en vivo, comentando la ansiedad experimentada, en compañía de quien estuvieron y las técnicas de afrontamiento empleadas. Se comentan las principales dificultades.
- ✓ Se las felicita por haber realizado las tareas asignadas.

Exposición:

- ✓ Se pide a las participantes que relaten por escrito la situación traumática con tanto detalle como sea posible, incluyendo características sensoriales (que vieron, oyeron, etc.), lo que estaban pensando y lo que estaban sintiendo en ese momento. Se les indica que hagan la descripción en tiempo presente y en primera persona, del mismo modo que como lo han hecho en las sesiones anteriores. Además deben incluir lo que significa el acontecimiento traumático para ellas, con especial referencia a sus creencias sobre sí mismas y los demás.
- ✓ Cada participante lee lo que ha escrito y se comenta el significado que tiene lo vivido en este momento para ellas en relación a la ansiedad que les genera y a las creencias acerca de sí, los demás y el mundo.

Evaluación de la sesión:

- ✓ Se pide a las participantes que completen la Escala de Cambio Percibido.

Evaluación del tratamiento:

- ✓ Se explica que se ha llegado al final del tratamiento, por lo que se dedicará el resto de la sesión a su evaluación, la que se hará en dos modalidades, por una parte, a través de la puesta en común de lo vivido a lo largo de las sesiones y, por otra, a través de los mismos cuestionarios completados en la sesión previa que tuvieron cada una con la terapeuta.
- ✓ Se pide a las participantes que elijan una tarjeta de evaluación y que completen la frase que ahí aparece, comentando lo que han logrado con el tratamiento. La terapeuta les recuerda que así como estos logros se deben principalmente al trabajo que han realizado en casa, deben seguir llevando a cabo esas actividades para mantenerlos y alcanzar otros. En ese sentido, si es necesario, deben seguir realizando las tareas de exposición, para lo cual tienen la grabación del relato que han hecho. Asimismo, la terapeuta recuerda las principales técnicas entrenadas y la utilidad de cada una de ellas.
- ✓ Se aplican instrumentos de autoinforme empleados en la evaluación pretratamiento.
- ✓ Se lleva a cabo el siguiente ejercicio: Se entrega a cada participante un caramelo en la palma de la mano y se les pide que lo coman sin flexionar el brazo y sin cogerlo con la otra mano (para lograrlo tendrán que dárselo unas a otras). Se pone énfasis en la importancia de la ayuda mutua para resolver los problemas.
- ✓ Se da por concluida la terapia explicando el plan de seguimiento y enfatizando que frente a cualquier problema pueden recurrir a la terapeuta.

**MANUAL DE TRATAMIENTO:
TERAPIA DE EXPOSICIÓN + TERAPIA COGNITIVA**

PRIMERA SESIÓN

Actividad	Materiales	Duración
Presentación de las participantes y de la terapeuta.	☛ Un rotulador. Una tarjeta y un alfiler para cada miembro del grupo.	15 minutos
Establecimiento de las normas de trabajo en grupo.	☛ Tarjetas con normas de trabajo. ☛ Compromiso de Secreto Terapéutico.	10 minutos
Explicación del problema.	☛ Ninguno.	5 minutos
Explicación de los objetivos del tratamiento.	☛ Ninguno.	5 minutos
Explicación de los conceptos de ciclo y escalada de violencia.	☛ Tríptico ciclo y escalada de violencia, por participante.	15 minutos
Entrenamiento en control de la respiración.	☛ Pauta de ejercicios para el control de la respiración.	35 minutos
Asignación de tareas: ☛ Ejercitar control de la respiración. ☛ Registrar síntomas de reexperimentación.	☛ Autorregistro de ejercicio de control de respiración, por participante. ☛ Autorregistro de síntomas de reexperimentación, por participante.	5 minutos

Descripción de las actividades:

1. Presentación de las participantes y de la terapeuta:
 - ✓ La terapeuta se presenta y da la bienvenida a las participantes, animándolas a superar la ansiedad que puedan estar experimentando por encontrarse con un grupo de desconocidas. Asimismo, invita a las participantes a presentarse a través de una dinámica de presentación cruzada, esto es, deben reunirse en parejas y averiguar la una de la otra una serie de datos personales que la terapeuta les indica (nombre, edad, con quién vive, etc.) para después darlos a conocer al resto del grupo. La terapeuta irá anotando los nombres en tarjetas que las participantes se pondrán para facilitar un trato más cercano al interior del grupo.
2. Establecimiento de normas de trabajo en grupo:
 - ✓ Se explica que cualquier grupo humano para realizar sus actividades necesita tener ciertas normas de funcionamiento, por lo que como grupo deben fijar sus propias normas. Para ello cada una debe elegir de entre una serie de afirmaciones preparadas por la terapeuta, las dos que considera más importantes y explicarlas al resto del grupo. Se discuten las normas elegidas y de ser necesario la terapeuta también elige algunas para garantizar la confidencialidad, respeto, participación activa (tanto en sesión como en las tareas para casa) y puntualidad a lo largo de las sesiones.
 - ✓ Se firma el “Compromiso de Secreto Terapéutico”.
3. Explicación del problema:
 - ✓ La terapeuta comenta que el problema que las aqueja a todas, por lo que se han reunido, es una reacción normal ante la situación vivida, poniendo énfasis en que lo que es anormal es la situación de maltrato en sí y que ella debe ser eliminada debido a las graves implicaciones que

tiene en la vida de las participantes.

- ✓ Se explica que frente a eventos traumáticos, como es el caso de la violencia doméstica, las personas normalmente desarrollan una serie de síntomas como son: Recordar permanentemente el evento en cuestión (por ejemplo, una paliza), soñar con esa situación, no tener ganas de salir o de hacer cosas que antes apetecía realizar, evitar ciertos pensamientos, sentimientos, actividades o cosas que se han asociado al problema, tener dificultad para poner atención, tener dificultad para dormir, estar más irritable o incluso tener explosiones de ira o llanto, etc.
 - ✓ Del mismo modo, se explica que estas reacciones se dan porque los seres humanos tenemos 2 tipos de memorias o formas de almacenar la información en nuestro cerebro: A través de una vía rápida, también conocida como memoria automática y a través de una vía más lenta, llamada también memoria controlada o consciente. La memoria automática ha guardado con mucho detalle y sin elaborar las situaciones traumantes y por ello es que sentimos miedo frente a ciertas cosas, algunas de las cuales no siempre somos capaces de relacionar con nuestro problema. La memoria consciente, en cambio, ha tratado de darle un significado a la información al almacenarla y es por ello que, frente a una situación de la que no somos responsables, tenemos sentimientos de culpa, minusvalía, desesperanza, rabia, etc.
4. Explicación de los objetivos del tratamiento:
- ✓ Se explica que, debido a lo mencionado, el tratamiento se articulará en torno a dos grandes ejes, el primero, que apunta a trabajar la exposición a las situaciones temidas, se abordará entre la segunda y la cuarta sesión, con el objetivo de lograr autocontrol respecto a la situación temida; y el segundo, relacionado con todo aquello que les afecta debido a la interpretación que han hecho de la situación, se llevará a cabo entre la quinta y la octava sesión.
 - ✓ Se pondrá énfasis nuevamente en la importancia de la participación y de la realización de las tareas para casa para alcanzar los objetivos terapéuticos.
5. Explicación de los conceptos de ciclo y escalada de violencia:
- ✓ Se entrega a cada participante un tríptico de ciclo y escalada de violencia y se les pide que lo lean. Luego se comenta que les ha parecido, si se ven reflejadas en lo que han leído, si tienen alguna duda, etc. La terapeuta debe facilitar la expresión de emociones de todas las participantes.
6. Entrenamiento en control de la respiración:
- ✓ Se explica a las participantes que muchos de los síntomas que antes fueron mencionados pueden ser controlados a través de técnicas apropiadas, una de ellas es el entrenamiento en una adecuada forma de respirar. Se pone énfasis en que ciertas situaciones, en especial las situaciones estresantes, como la que ellas viven o han vivido, favorecen una forma de respirar anormal, caracterizada por una respiración rápida y superficial que implica una subutilización de los pulmones, una peor oxigenación y un aumento en nuestra sensación de tensión, todo lo cual puede llegar a ocasionar ansiedad, depresión, fatiga física y malestar general; la técnica de control de respiración es una herramienta útil para desactivarnos, permitiéndonos hacer frente al estrés.
 - ✓ Se enseña la técnica de control de la respiración.
7. Asignación de tareas:
- ✍ Se pide a las participantes que lleven a cabo en casa el ejercicio de control de la respiración dos veces a lo largo del día, dedicando 5 minutos cada vez, antes de acostarse y en otro momento a su elección (fijado en la sesión, con cada participante), registrando el momento del día en que lo practicaron y como se sintieron tras haberlo realizado.
 - ✍ Por último, se les pide que registren cualquier síntoma de reexperimentación que se les presente durante la semana, señalando fecha, situación, síntoma y ansiedad experimentada.

SEGUNDA SESIÓN

Actividad	Materiales	Duración
Revisión de tareas.	☞ Ninguno.	10 minutos
Exposición.	☞ 6 tarjetas y un bolígrafo, por participante. ☞ Grabadora y casete por participante.	60 minutos
Ejercicio de relajación: Control de la respiración.	☞ Ninguno.	5 minutos
Asignación de tareas: ☞ Autoexposición en imaginación. ☞ Autorregistro de situaciones evitadas. ☞ Ejercitar control de la respiración.	☞ Autorregistro de tareas de exposición al relato de la situación vivida, por participante. ☞ Autorregistro de situaciones evitadas, por participante. ☞ Autorregistro de control de la respiración, por participante.	10 minutos
Evaluación sesión.	☞ Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo, por participante.	5 minutos

Descripción de las actividades:

1. Revisión de tareas:

- ✓ Se comenta que dificultad hubo en la realización de las tareas asignadas.
- ✓ Si hubo problemas para llevar a cabo el ejercicio de respiración, se comenta y se advierte que se seguirá practicando en las sesiones con lo que se tendrá un dominio mayor de la técnica.
- ✓ Se las felicita por haber realizado las tareas asignadas.

2. Exposición:

- ✓ Se explica a las participantes la necesidad de que se expongan a la situación temida para que se habitúen a ella y deje de producirles miedo. Debido al tipo de situación, la exposición se llevará a cabo en la imaginación.
- ✓ La terapeuta explica que para realizar la exposición deben ser capaces de pensar en una situación de malos tratos que hayan vivido, que les produzca ansiedad, pero a la que estén dispuestas a enfrentarse. Por ello se les pide que recuerden y apunten algunas situaciones y señalen el grado de ansiedad que les produce cada una de ellas en una escala de 0 a 100, incluyendo la situación que máxima ansiedad les genere. De ahí, con ayuda de la terapeuta, cada una selecciona aquella situación a la que se va a exponer.
- ✓ Se les explica, asimismo, que la idea es que piensen en esa situación como si la estuviesen viviendo, por lo que no deben describir lo que le está pasando a otra persona, sino que deben hacer la descripción en primera persona, en tiempo presente y con tanto detalle como sea posible, incluyendo características sensoriales (que vio, oyó, etc.), lo que estaban pensando y lo que estaban sintiendo en ese momento. La terapeuta ejemplifica pensando en voz alta y pide a cada una de ellas que haga un pequeño ejercicio.

- ✓ Las participantes llevan a cabo el ejercicio, imaginando la situación elegida. La terapeuta debe poner énfasis en la importancia de que la descripción sea hecha y mantenida en la imaginación hasta reducir la ansiedad por lo menos a 15, en la escala establecida de 0 a 100, e ir supervisando que cada participante esté efectivamente exponiéndose a la situación aversiva. Cada participante graba el relato que va haciendo en voz alta, para su posterior utilización en casa.
3. Ejercicio de relajación: Control de respiración:
- ✓ Se practica la técnica de control de la respiración.
4. Asignación de tareas:
- ✍ Se pide a las participantes que lleven a cabo el ejercicio de exposición al relato que han grabado, una vez al día a lo largo de la semana, llevando un registro del momento del día en que lo realizaron, hora de inicio, hora de término, grado de ansiedad que les producía al empezar y grado de ansiedad al finalizar, en una escala de 0 a 100. La terapeuta concreta con cada participante el momento del día en que lo realizarán. Se las instruye, asimismo, para que cuando logren exponerse en tres ocasiones al relato que han grabado, con una ansiedad mínima (15 o menos en una escala de 0 a 100), se expongan a una nueva situación que les produzca mayor ansiedad que la ya grabada.
 - ✍ Se les pide que registren aquellas situaciones que evitan, apuntando el grado en que lo hacen en una escala de 0 a 100.
 - ✍ Se les pide, asimismo, que sigan llevando a cabo en casa el ejercicio de control de la respiración dos veces al día y que lo registren. La terapeuta debe fijar con las participantes los momentos elegidos para llevarlo a cabo, según la situación de cada una de ellas.
5. Evaluación de la sesión:
- ✓ Se pide a las participantes que completen la Escala de Cambio Percibido.

TERCERA SESIÓN

Actividad	Materiales	Duración
Revisión de tareas.	☞ Ninguno.	15 minutos
Exposición.	☞ Grabadora y casete por participante.	55 minutos
Ejercicio de relajación: Control de la respiración.	☞ Ninguno.	5 minutos
Asignación de tareas: ☞ Autoexposición en imaginación. ☞ Autoexposición en vivo. ☞ Ejercitar control de la respiración.	☞ Autorregistro de tareas de exposición al relato de la situación vivida, por participante. ☞ Autorregistro de tareas de exposición a situaciones evitadas, por participante.	10 minutos
Evaluación sesión.	☞ Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo, por participante.	5 minutos

Descripción de las actividades:

1. Revisión de tareas:

- ✓ Se les pregunta cómo les fue al exponerse al relato de la situación traumática, en qué ocasiones lo realizaron, si notaron diferencias en el grado de ansiedad y qué dificultades tuvieron.
- ✓ Se analizan situaciones que evitan, verificando que estén definidas de manera concreta.
- ✓ Se las felicita por haber realizado las tareas asignadas.

2. Exposición:

- ✓ Se selecciona con cada participante una nueva situación aversiva que les genere mayor ansiedad que la situación seleccionada la semana anterior. Si alguna participante ya ha empezado con alguna situación nueva y no ha logrado reducir la ansiedad, se selecciona esa situación. Idealmente se debe elegir la situación que les genere mayor ansiedad.
- ✓ Se pide a las participantes que lleven a cabo la exposición en la imaginación de la situación elegida. Al igual que en la sesión anterior, la descripción debe ser hecha con tanto detalle como sea posible, incluyendo características sensoriales, lo que estaban pensando y lo que estaban sintiendo en ese momento, en tiempo presente y en primera persona. Nuevamente, la terapeuta debe poner énfasis en la importancia de que la descripción sea hecha y mantenida en la imaginación hasta reducir la ansiedad por lo menos a 15, en la escala establecida de 0 a 100, e ir supervisando que cada participante esté efectivamente exponiéndose a la situación aversiva. Se graba el relato hecho en voz alta, para su posterior utilización en casa.
- ✓ Se evalúa qué posibilidad hay de que se expongan en vivo a algunas de las situaciones evitadas, que no entrañen ningún peligro para su integridad ni la posibilidad de un recondicionamiento. Si es así se planifica la exposición con coterapeuta, es decir, en compañía de otra participante.

3. Ejercicio de relajación: Control de respiración:

- ✓ Se practica la técnica de control de la respiración.

4. Asignación de tareas:

- ✍ Se pide a las participantes que se expongan en imaginación a la situación entrenada en sesión, una vez al día a lo largo de la semana, llevando un registro del momento del día en que lo realizaron, hora de inicio, hora de término, grado de ansiedad que les producía al empezar y grado de ansiedad al finalizar, en una escala de 0 a 100. Se concreta con cada participante el momento del día en que lo realizarán. Se las instruye, asimismo, para que cuando logren exponerse en tres ocasiones al relato que han grabado, con una ansiedad mínima (15 o menos en una escala de 0 a 100), se expongan a una nueva situación que les produzca mayor ansiedad que la ya grabada.
- ✍ En aquellos casos en que es factible la exposición en vivo, se establece el momento en que se llevará a cabo y se pide que registren dichas exposiciones anotando hora de inicio y término, situación, ansiedad experimentada antes y después de exponerse y si utilizaron alguna estrategia de afrontamiento (si pensaron algo, utilizaron técnica de respiración, etc.).
- ✍ Se pide a las participantes que sigan llevando a cabo el ejercicio de control de la respiración dos veces al día.

5. Evaluación de la sesión:

- ✓ Se pide a las participantes que completen la Escala de Cambio Percibido.

CUARTA SESIÓN

Actividad	Materiales	Duración
Revisión de tareas.	☞ Ninguno.	10 minutos
Exposición.	☞ Hoja para registro del relato de una situación de maltrato y un bolígrafo, por participante.	40 minutos
Ejercicio de relajación: Control de la respiración.	☞ Ninguno.	5 minutos
Asignación de tareas: ☞ Identificar y registrar síntomas de reexperimentación. ☞ Ejercitar control de la respiración.	☞ Autorregistro de síntomas de reexperimentación, por participante.	5 minutos
Evaluación de cogniciones postraumáticas.	☞ Inventario de Cogniciones Postraumáticas y un bolígrafo, por participante.	5 minutos
Evaluación de la sesión.	☞ Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo, por participante.	5 minutos

Descripción de las actividades:

1. Revisión de tareas:

- ✓ Se les pregunta a las participantes cómo les fue al exponerse al relato de la situación traumática, en qué ocasiones lo realizaron, si notaron diferencias en el grado de ansiedad y qué dificultades tuvieron.
- ✓ Se analizan las situaciones en las que se expusieron en vivo, comentando la ansiedad experimentada, en compañía de quien estuvieron y las técnicas de afrontamiento empleadas. Se comentan las principales dificultades.
- ✓ Se las felicita por haber realizado las tareas asignadas.

2. Exposición:

- ✓ Se pide a las participantes que relaten por escrito la situación traumática con tanto detalle como sea posible, incluyendo características sensoriales (que vieron, oyeron, etc.), lo que estaban pensando y lo que estaban sintiendo en ese momento. Se les indica que hagan la descripción en tiempo presente y en primera persona, del mismo modo que como lo han hecho en las sesiones anteriores. Además deben incluir lo que significa el acontecimiento traumático para ellas, con especial referencia a sus creencias sobre sí mismas y los demás.
- ✓ Cada participante lee lo que ha escrito y se comenta el significado que tiene lo vivido en este momento para ellas en relación a la ansiedad que les genera y a las creencias acerca de sí, los demás y el mundo.

3. Ejercicio de relajación: Control de respiración:

- ✓ Se practica la técnica de control de la respiración.

4. Asignación de tareas:

- ✍ Se pide a las participantes que completen durante la semana el autorregistro de síntomas de reexperimentación cuando éstos se den.
- ✍ Se les sugiere que sigan llevando a cabo en casa el ejercicio de control de la respiración tantas veces al día como puedan.

5. Evaluación de cogniciones postraumáticas:

- ✓ Se pide a las participantes que completen el Inventario de Cogniciones Postraumáticas.

6. Evaluación de la sesión:

- ✓ Se pide a las participantes que completen la Escala de Cambio Percibido.

QUINTA SESIÓN

Actividad	Materiales	Duración
Revisión de tareas.	☞ Ninguno.	10 minutos
Detención de pensamiento.	☞ Un bolígrafo y un par de folios, por participante.	55 minutos
Ejercicio de relajación: Control de la respiración.	☞ Ninguno.	5 minutos
Asignación de tareas: ☞ Ejercitar detención de pensamiento. ☞ Completar hojas A-B-C ☞ Ejercitar control de la respiración.	☞ Autorregistro de detención de pensamiento, por participante. ☞ Pizarra y rotulador. Una hoja A-B-C, por participante.	15 minutos
Evaluación de la sesión.	☞ Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo, por participante.	5 minutos

Descripción de las actividades:

1. Revisión de Tareas:

- ✓ Se comenta la realización de las tareas para casa, así como las dificultades que puedan haber surgido.
- ✓ Se las felicita por haber cumplido con las tareas asignadas.

2. Detención de pensamiento:

- ✓ Se explica a las participantes la relación que existe entre lo que pensamos y lo que sentimos, es decir, como nuestros pensamientos afectan a nuestros sentimientos y viceversa, poniendo ejemplos concretos. Los pensamientos o autoverbalizaciones correctos conducen a sentimientos apropiados, mientras que las autoverbalizaciones erróneas o inexactas generan sentimientos no válidos o innecesarios. Frente a esto tenemos dos alternativas, o bien analizar aquellos pensamientos y darnos cuenta del error, o bien, eliminar aquellas cadenas de pensamientos que aparecen de forma casi automática, no conducen nada y sólo son autodevaluantes.
- ✓ Se explica que se trabajará con ambas estrategias, pero que se empezará por la segunda alternativa, conocida como detención de pensamiento y que la sesión siguiente estará destinada al análisis de los pensamientos erróneos. Se pone énfasis en que si bien la detención de pensamiento es una técnica que parece ser muy sencilla, es de extrema utilidad ya que nos permite eliminar aquellos pensamientos que nos hacen sentir mal cuando en realidad no hay motivos para ello.
- ✓ Se pide a las participantes que den tres ejemplos de pensamientos molestos, poniendo énfasis en que realmente generen malestar llevando a algún tipo de sentimiento de minusvalía o rabia, o bien, interfieran en la realización de otras actividades.

- ✓ A continuación cada participante debe, por turno, decir la cadena de pensamientos que desea eliminar. La terapeuta supervisa que la cadena sea dicha de la manera más concreta y completa posible. Una vez realizado esto se establece el estímulo de corte, “alto” o “basta”. Inmediatamente se pide a las participantes que, como tarea distractora, describan, por escrito, con todo detalle y en el menor tiempo posible, la apariencia de una de sus compañeras de sesión. Se repite este ejercicio tres o cuatro veces. La terapeuta indica que en esta ocasión ella ha elegido la tarea distractora, pero que hay muchas tareas que pueden servir para cortar la cadena de pensamientos, poniendo ejemplos de ellas (contar hacia atrás de cuatro comenzado desde 1000, contar coches de determinado color o que su matrícula finalice en un número concreto, etc.).
 - ✓ Se pide a las participantes que imaginen sus verbalizaciones, la terapeuta introduce el estímulo de corte a los cinco segundos y pide la realización de la tarea distractora, esta vez en la imaginación. Se repite este paso otras tres o cuatro veces.
 - ✓ Como paso siguiente se pide a las participantes realizar el ejercicio anterior, pero ellas deben esta vez introducir el estímulo de corte, es decir, pronunciar la frase convenida. Se repite tres o cuatro veces este paso. Es conveniente verificar que el estímulo de corte esté efectivamente cortando la cadena de verbalizaciones.
 - ✓ Para finalizar, se pide a las participantes que realicen nuevamente el ejercicio, pero esta vez el estímulo de corte deben introducirlo de manera encubierta, es decir, sólo imaginarlo, no pronunciarlo. Se repite este paso tres o cuatro veces.
3. Ejercicio de relajación: Control de respiración:
- ✓ Se practica la técnica de control de la respiración.
4. Asignación de tareas:
- ✍ Se pide a las participantes que pongan en práctica la detención de pensamiento por lo menos dos veces al día, cada vez que aparezca la cadena de verbalizaciones, registrando las situaciones en que se da.
 - ✍ Se explica a las participantes que para llevar a cabo la reevaluación de los pensamientos erróneos es necesario que aprendan a separar acontecimientos, pensamientos y sentimientos. Para ello se escribe en la pizarra el A-B-C. La columna A es para los acontecimientos, la columna B para los pensamientos y la columna C para los sentimientos. Se explica como se llenaría la hoja con algún ejemplo.
 - ✍ Se pide a las participantes que completen por lo menos dos líneas de una hoja A-B-C cada día, una en relación con el evento traumático y la otra con un suceso cotidiano, negativo o positivo.
 - ✍ Se les sugiere, asimismo, que sigan llevando a cabo en casa el ejercicio de control de la respiración tantas veces al día como puedan.
5. Evaluación de la sesión:
- ✓ Se pide a las participantes que completen la Escala de Cambio Percibido.

SEXTA SESIÓN

Actividad	Materiales	Duración
Revisión de tareas.	☞ Ninguno.	10 minutos
Reevaluación cognitiva.	☞ Un pliego de papel y un rotulador, por participante.	60 Minutos
Ejercicio de relajación: Control de la respiración.	☞ Ninguno.	5 minutos
Asignación de tareas: ☞ Leer material autoestima. ☞ Realizar actividades gratificantes. ☞ Completar hojas A-B-C-D ☞ Identificar y registrar situaciones problemáticas. ☞ Ejercitar control de la respiración.	☞ Tríptico de autoestima, por participante. ☞ Autorregistro de actividades gratificantes, por participante. ☞ Hoja A-B-C-D, por participante. ☞ Autorregistro de situaciones problemáticas, por participante.	10 minutos
Evaluación de la sesión.	☞ Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo, por participante.	5 minutos

Descripción de las actividades:

1. Revisión de tareas:

- ✓ Se comenta qué dificultad hubo para realizar las tareas asignadas y se las felicita por haber cumplido con ellas.
- ✓ Se repasan las hojas A-B-C con las participantes, revisando que no se hayan confundido los pensamientos con los sentimientos.

2. Reevaluación cognitiva:

- ✓ Se analizan los sentimientos y pensamientos de las participantes en torno a la situación traumática, cuestionando todos aquellos pensamientos que estén guiados por una evaluación errónea de la situación.
- ✓ Frente a los sentimientos de culpa generados por los episodios de violencia, se pone énfasis en que la conducta violenta es el resultado de los pensamientos y emociones del maltratador y no de las conductas de las participantes. No existe ninguna conducta que justifique el maltrato.
- ✓ En relación a los sentimientos de autoestima negativa se pide a las participantes que realicen el siguiente ejercicio: Se reúnan en parejas y cada una dibuje el contorno de la otra en un pliego de papel. Luego cada una tome su propio dibujo y haga una línea vertical que separe en dos su silueta, escribiendo en un lado las características positivas que tiene y en otro las características negativas, abarcando diversas áreas: Aspecto físico, capacidad intelectual, relaciones sociales, relaciones familiares, salud, sexualidad, ejecución de tareas cotidianas, etc. Luego deben exponer lo que han escrito al resto del grupo. La terapeuta debe guiar la reevaluación cognitiva de las percepciones erróneas que se pongan de manifiesto, poniendo especial atención en los aspectos positivos señalados y en la evaluación adecuada de los aspectos negativos, esto es, uso de un lenguaje no peyorativo, preciso y específico.

- ✓ Se entrega tríptico de autoestima.
- 3. Ejercicio de relajación: Control de respiración:
 - ✓ Se practica la técnica de control de la respiración.
- 4. Asignación de tareas:
 - ✍ Se pide a las participantes que lean el material que se les ha entregado y que anoten las dudas que les presente.
 - ✍ Se les pide que todos los días lleven a cabo cuatro actividades que consideren agradables para ellas y que las registren. La terapeuta pone énfasis en que hay muchas actividades, que por sencillas que parezcan, pueden resultar gratificantes y pide a las participantes que den ejemplos de ellas, invitándolas a hacer una lluvia de ideas.
 - ✍ Se les pide también que completen nuevamente por lo menos dos líneas de una hoja A-B-C por día, pero esta vez introduciendo la columna D para pensamientos alternativos al pensamiento erróneo.
 - ✍ Se les pide asimismo, que identifiquen y registren situaciones problemáticas.
 - ✍ Se les pide que sigan llevando a cabo en casa el ejercicio de control de la respiración dos veces al día.
- 5. Evaluación de la sesión:
 - ✓ Se pide a las participantes que completen la Escala de Cambio Percibido.

SÉPTIMA SESIÓN

Actividad	Materiales	Duración
Revisión de tareas.	☞ Ninguno.	10 minutos
Reevaluación cognitiva.	☞ Pizarra y rotulador.	25 minutos
Solución de problemas.	☞ 2 pliegos de papel y 2 rotuladores.	35 minutos
Ejercicio de relajación: Control de la respiración.	☞ Ninguno.	5 minutos
Asignación de tareas: ☞ Identificar y registrar situaciones problemáticas, definiéndolas adecuadamente. ☞ Leer material de solución de problemas. ☞ Realizar actividades gratificantes. ☞ Ejercitar control de la respiración.	☞ Autorregistro de definición de problemas, por participante. ☞ Tríptico de solución de problemas, por participante. ☞ Autorregistro de actividades gratificantes, por participante.	10 minutos
Evaluación sesión.	☞ Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo, por participante.	5 minutos

Descripción de las actividades:

1. Revisión de tareas:

- ✓ Se comenta qué dificultad hubo para realizar las tareas asignadas y las dudas que les presentó el material que debían leer.
- ✓ Si hubo dificultad para realizar las tareas agradables se analiza y se cuestionan los pensamientos relacionados a una baja autoestima o falta de autocuidado.
- ✓ Se felicita por haber cumplido con las tareas asignadas.

2. Reevaluación cognitiva:

- ✓ Se analizan las hojas A-B-C-D completadas por las participantes, transcribiendo en la pizarra aquellas situaciones y pensamientos erróneos que han detectado en la semana y que ellas quieran comentar. Se revisan los pensamientos alternativos que han planteado.
- ✓ En relación a los sentimientos de culpa se retoma la idea de que la conducta violenta es el resultado de los pensamientos y emociones del maltratador y no de las conductas de las víctimas, por lo que los pensamientos alternativos deben ir en esa línea.
- ✓ Respecto a los sentimientos de falta de seguridad personal, los pensamientos alternativos tienen que apuntar a la idea de establecer la diferencia entre el no poder hacer nada para predecir la situación de violencia, lo que en muchos casos es cierto, y no poder hacer nada para aumentar la seguridad personal, lo que sí es factible.
- ✓ En relación a aquellas ideas que apunten a falta de control sobre la propia vida, se debe poner énfasis en dos cosas, por una parte en que creer que no se tiene control sobre la situación de maltrato no debe implicar la pérdida de control sobre otros aspectos de la vida y, por otra parte, en que se verán estrategias para resolver problemas que pueden ayudar a controlar la situación traumática.

3. Solución de problemas:

- ✓ Se explica que los problemas son un hecho normal en la vida de cualquier persona y que muchas veces no ser capaz de solucionarlos puede incrementar el estrés y otros estados emocionales, llevando a una gran tristeza e incluso sentimientos de indefensión. Por ello se debe aprender a resolver de manera adecuada los problemas, para lo cual hay un procedimiento. Se lo describe en términos generales y se explica en detalle las dos primeras fases de la solución de problemas: Orientación general hacia el problema y definición y formulación del problema.
- ✓ Se entrega tríptico de solución de problemas y se leen las dos primeras fases.
- ✓ Se pide a las participantes que trabajen en parejas en la definición de alguno de los problemas que han registrado durante la semana, determinando quién, qué, dónde, cuándo, por qué y cómo del problema elegido (deben escribirlo en los pliegos de papel destinados para ello). Se lleva a plenario y el resto del grupo aporta en relación a lo realizado por cada subgrupo. La terapeuta debe velar por la adecuada realización del procedimiento, es decir, descripción del problema en términos claros y concretos, utilización de información relevante referida a hechos y no a opiniones ni creencias.

4. Ejercicio de relajación: Control de respiración:

- ✓ Se practica la técnica de control de la respiración.

5. Asignación de tareas:

- ✍ Se pide a las participantes que identifiquen y registren situaciones problemáticas, definiendo y formulando cada problema en base a lo practicado en la sesión.
- ✍ Se pide a las participantes que lean las tres fases restantes del tríptico de solución de problemas y anoten las dudas que les surjan.
- ✍ Se les pide, asimismo, que sigan realizando todos los días al menos cuatro actividades que consideren agradables para ellas y que las registren.
- ✍ Se les sugiere, por último, que sigan llevando a cabo en casa el ejercicio de control de la respiración tantas veces al día como puedan.

6. Evaluación de la sesión:

- ✓ Se pide a las participantes que completen la Escala de Cambio Percibido.

OCTAVA SESIÓN

Actividad	Materiales	Duración
Revisión de tareas.	☞ Ninguno.	10 minutos
Solución de problemas.	☞ Pizarrón, 2 pliegos de papel y 2 rotuladores.	50 minutos
Asignación de tareas: ☞ Identificar, registrar y solucionar situaciones problemáticas. ☞ Ejercitar control de la respiración.	☞ Autorregistro de solución de problemas, por participante.	5 minutos
Evaluación de la sesión.	☞ Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo, por participante.	5 minutos

Descripción de las actividades:

1. Revisión de tareas:

- ✓ Se comenta qué dificultad hubo para realizar las tareas asignadas y las dudas que les presentó el material que debían leer.
- ✓ Se refuerza el cumplimiento de las tareas.

2. Solución de problemas:

- ✓ Se explican las tres fases restantes de la solución de problemas: Generación de soluciones alternativas, toma de decisiones y puesta en práctica y verificación de la solución.
- ✓ Se analiza en conjunto algún problema que las participantes quieran poner de ejemplo, poniendo en práctica los tres nuevos pasos de la solución de un problema. En un primer momento, la terapeuta debe incentivar la generación del mayor número de alternativas posibles, dejando claro que lo importante es la cantidad y no la calidad de las mismas; más adelante debe guiar la completa valoración de cada una de las alternativas, así como también la evaluación de la solución escogida en términos de factibilidad de lograr solucionar el problema y de suficiencia de información para tomar la decisión.
- ✓ Se pide a las participantes que trabajen en parejas en la resolución de alguno de los problemas que definieron durante la semana, llevando a cabo las tres fases recién entrenadas y escribiéndolo en los pliegos de papel destinados para ello (la terapeuta asignará las parejas para que no sean las mismas de la sesión anterior). Se lleva a plenario y el resto del grupo aporta en relación a lo realizado por cada pareja. La terapeuta debe velar por la adecuada realización del procedimiento.

3. Asignación de tareas:

- ☞ Se pide a las participantes que identifiquen y registren situaciones problemáticas y las solucionen siguiendo los cinco pasos ya entrenados.
- ☞ Se les sugiere que sigan llevando a cabo en casa el ejercicio de control de la respiración tantas veces al día como puedan.

4. Evaluación de la sesión:

- ✓ Se pide a las participantes que completen la Escala de Cambio Percibido.

NOVENA SESIÓN

Actividad	Materiales	Duración
Revisión de tareas.	☞ Ninguno.	10 minutos
Evaluación del tratamiento: ✓ Evaluación cualitativa. ✓ Aplicación de instrumentos de autoinforme. ✓ Ejercicio de ayuda mutua.	☞ Tarjetas de evaluación del tratamiento. ☞ Instrumentos de autoinforme utilizados en la evaluación pretratamiento y un bolígrafo, por participante. ☞ Un caramelo por participante.	30 minutos

Descripción de las actividades:

1. Revisión de tareas:
 - ✓ Se comenta la realización de las tareas para casa, así como las dificultades que puedan haber surgido.
 - ✓ Se las felicita por haber realizado las tareas asignadas.
2. Evaluación del tratamiento:
 - ✓ Se explica que se ha llegado al final del tratamiento, por lo que se dedicará el resto de la sesión a su evaluación, la que se hará en dos modalidades, por una parte, a través de la puesta en común de lo vivido a lo largo de las sesiones y, por otra, a través de los mismos cuestionarios completados en la sesión previa que tuvieron cada una con la terapeuta.
 - ✓ Se pide a las participantes que elijan una tarjeta de evaluación y que completen la frase que ahí aparece, comentando lo que han logrado con el tratamiento. La terapeuta les recuerda que así como estos logros se deben principalmente al trabajo que han realizado en casa, deben seguir llevando a cabo esas actividades para mantenerlos y alcanzar otros. En ese sentido, si es necesario, deben seguir realizando las tareas de exposición, para lo cual tienen la grabación del relato que han hecho. Asimismo, la terapeuta recuerda las principales técnicas entrenadas y la utilidad de cada una de ellas.
 - ✓ Se aplican instrumentos de autoinforme empleados en la evaluación pretratamiento.
 - ✓ Se lleva a cabo el siguiente ejercicio: Se entrega a cada participante un caramelo en la palma de la mano y se les pide que lo coman sin flexionar el brazo y sin cogerlo con la otra mano (para lograrlo tendrán que dárselo unas a otras). Se pone énfasis en la importancia de la ayuda mutua para resolver los problemas.
 - ✓ Se da por concluida la terapia explicando el plan de seguimiento y enfatizando que frente a cualquier problema pueden recurrir a la terapeuta.

MATERIAL EMPLEADO EN SESIONES

Incluye:

- ✓ Registro de asistencia a sesión, por cada modalidad experimental.
- ✓ Registro de cumplimiento de tareas, por cada modalidad experimental.
- ✓ Tarjetas para la discusión de normas de terapia en grupo.
- ✓ Compromiso de secreto terapéutico.
- ✓ Pauta de ejercicio para el control de la respiración.
- ✓ Autorregistro de actividades gratificantes.
- ✓ Autorregistro de definición de problemas.
- ✓ Autorregistro de detención de pensamiento.
- ✓ Autorregistro de ejercicio de control de respiración.
- ✓ Autorregistro de síntomas de reexperimentación.
- ✓ Autorregistro de situaciones evitadas.
- ✓ Autorregistro de situaciones problemáticas.
- ✓ Autorregistro de solución de problemas.
- ✓ Autorregistro de tareas de exposición a situaciones evitadas.
- ✓ Autorregistro de tareas de exposición al relato de la situación vivida.
- ✓ Hoja A-B-C.
- ✓ Hoja A-B-C-D.
- ✓ Relato de una situación de maltrato.
- ✓ Tríptico de violencia doméstica o malos tratos en el hogar.
- ✓ Tríptico de autoestima.
- ✓ Tríptico de solución de problemas.
- ✓ Tarjetas para la evaluación cualitativa del tratamiento.
- ✓ Escala de Cambio Percibido.

GRUPO N°:

REGISTRO DE ASISTENCIA A SESIÓN: TERAPIA COGNITIVA + TERAPIA DE EXPOSICIÓN

Nombre	Número de Sesión y Fecha								Total	
	1 ^a (Fecha)	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	7 ^a	8 ^a		

GRUPO N°:

REGISTRO DE ASISTENCIA A SESIÓN: TERAPIA DE EXPOSICIÓN + TERAPIA COGNITIVA

Nombre	Número de Sesión y Fecha									
	1ª (Fecha)	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	Total

GRUPO N°:

REGISTRO DE CUMPLIMIENTO DE TAREAS: TERAPIA COGNITIVA + TERAPIA DE EXPOSICIÓN

Nombre	Número de Sesión y Fecha							Total
	1ª (Fecha)	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	
	/2	/3	/3	/2	/2	/2	/2	/16 =
	/2	/3	/3	/2	/2	/2	/2	/16 =
	/2	/3	/3	/2	/2	/2	/2	/16 =
	/2	/3	/3	/2	/2	/2	/2	/16 =

GRUPO N°:

REGISTRO DE CUMPLIMIENTO DE TAREAS: TERAPIA DE EXPOSICIÓN + TERAPIA COGNITIVA

Nombre	Número de Sesión y Fecha								Total
	1ª (Fecha)	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	
	/2	/3	/2	/1	/2	/3	/2	/1	/16 =
	/2	/3	/2	/1	/2	/3	/2	/1	/16 =
	/2	/3	/2	/1	/2	/3	/2	/1	/16 =
	/2	/3	/2	/1	/2	/3	/2	/1	/16 =

NORMAS DE TERAPIA EN GRUPO

Debemos ser puntuales al asistir a las sesiones.

Todas las opiniones dadas aquí son válidas.

La asistencia a todas las sesiones es importantísima.

La honestidad en nuestros testimonios es importante.

Lo tratado en sesión, sólo debe quedar entre nosotras.

Debemos prestar atención a lo que las demás digan.

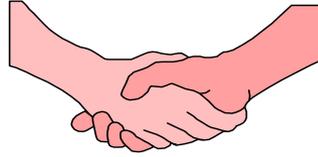
Debemos llevar a cabo lo convenido en sesión, durante la semana.

El respeto por las opiniones de las demás es vital.

Se requiere la participación activa de cada una de nosotras durante las sesiones.

De nuestra participación en los ejercicios y actividades planteados en el grupo, depende nuestro bienestar.

COMPROMISO DE SECRETO TERAPÉUTICO



Las abajo firmantes, integrantes de este grupo de tratamiento, nos comprometemos a no comentar con familiares, vecinos o amigos, las confidencias del resto de las participantes del grupo, ya que esto puede ser perjudicial para cada una de nosotras, al violar la confianza que hemos depositado en las demás.

NOMBRE

FIRMA

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

PAUTA DE EJERCICIOS PARA EL CONTROL DE LA RESPIRACIÓN

CONSIDERACIONES GENERALES

- ⇒ La duración de cada ejercicio no debe ser muy larga, estimándose entre dos y cuatro minutos el tiempo óptimo de realización, con períodos de descanso (uno o dos minutos) entre cada ejercicio o cada repetición del mismo ejercicio.
- ⇒ El número de veces que debe repetirse cada ejercicio dependerá de que se haya conseguido o no el objetivo establecido.
- ⇒ Si se da un problema de hiperventilación, caracterizado por sensaciones de mareo o malestar, debe cortarse inmediatamente el ejercicio en curso y utilizar algún procedimiento para disminuir la cantidad de oxígeno inspirado (por ejemplo, espirar e inspirar varias veces dentro de una pequeña bolsa a fin de que se inspire el aire ya respirado y con menor cantidad de oxígeno).

Primer Ejercicio

Objetivo:

- Ser capaz de dirigir el aire inspirado a la parte inferior y media de los pulmones.

Descripción:

Adoptar una posición cómoda, preferentemente tumbado y con los ojos cerrados. Asimismo, debe haber escaso ruido exterior y las ropas deben ser holgadas para que no opriman ni molesten.

Se coloca una mano encima del vientre (por debajo del ombligo) y otra encima del estómago para que las sensaciones táctiles refuercen las sensaciones internas y ayuden a percibir mejor los efectos de cada ciclo inspiración-espriación. A continuación se comienza a hacer inspiraciones pausadas tratando de dirigir el aire en primer lugar a la parte inferior del tronco, y después, en la misma inspiración pero marcando un tiempo diferente, dirigir el aire a la parte media. Debe notar que primero se hincha la zona de su cuerpo bajo la mano del vientre y después la zona que está bajo su segunda mano (el estómago).

Se debe insistir que la inspiración se haga en dos tiempos, primero hinchando la zona del vientre y luego la del estómago.

La duración de cada período de ejercicio puede ser de dos a cuatro minutos y deberá repetirse varias veces, tras pausas entre uno y otro, hasta que se consiga un adecuado control.

Segundo Ejercicio

Objetivo:

- Desarrollar una inspiración completa en tres tiempos.

Descripción:

En la posición anterior (tumbado, ojos cerrados, una mano sobre el vientre y otra sobre el estómago) hay que dirigir el aire de cada inspiración en primer lugar hacia la zona del vientre , luego hacia la del estómago y por último hacia el pecho.

Es importante hacer tres tiempos diferentes en la inspiración, uno por cada zona. Asimismo es importante que la inspiración no sea forzada, por lo que conviene no exagerar la cantidad de aire que se dirige a cada zona, en especial a las primeras, a fin de que no haya que forzar para la parte de inspiración pectoral.

Tercer Ejercicio

Objetivo:

- Hacer una espiración regular completa.

Descripción:

En la posición habitual ha de llevarse a cabo la inspiración como en el ejercicio anterior (completa en tres tiempos) y después comenzar a realizar la espiración cerrando bastante los labios para que ésta produzca un tenue ruido. De esa forma se puede, ayudado, por el ruido, regular que la respiración sea pausada y constante, no brusca. Para conseguir que ésta sea lo más completa posible, puede utilizarse el truco de tratar de silbar cuando se considere que se ha llegado al final de la misma, pues así se fuerza la expulsión de parte del aire residual difícilmente removible en una espiración normal; también una ligera elevación de hombros (como cuando nos encogemos de hombros) puede ayudar en los momentos finales de ésta.

Cuarto Ejercicio

Objetivo:

- Conseguir una adecuada alternancia respiratoria.

Descripción:

Este ejercicio es muy similar al anterior en cuanto que implica inspiración y espiración completa, pero se avanza un paso más, la inspiración, aunque se mantenga el recorrido habitual (ventral, estomacal, pectoral) ya no se hace en tres tiempos diferenciados sino en uno continuo. Por lo demás la espiración es similar a la del ejercicio anterior, y se puede sustituir poco a poco el silbar al final y el hacerla de forma ruidosa, para pasar a un ciclo respiratorio completamente normal.

Hay que estar atentos en este ejercicio a seguir realizando en primer lugar la inspiración ventral.

Quinto Ejercicio

Objetivo:

- Generalizar la respiración completa a las condiciones de la vida habitual.

Descripción:

Ahora interesa que, una vez dominada la respiración en condiciones muy favorables, se pueda utilizar ésta en las condiciones habituales, ordinariamente no tan favorables, en las que sea necesaria. Para ello se trata de repetir el ejercicio anterior en distintas posiciones y situaciones. Puede iniciarse estando sentado, luego de pie, posteriormente andando, etc. Asimismo, se modifican otras condiciones personales, como realizar los ejercicios con los ojos abiertos, con ropas menos adecuadas, hablando, etc. Por último, se modifican las condiciones ambientales, con la introducción de ruidos, la presencia de otras personas, la interacción con otras personas, etc.

Es importante a lo largo de todas estas variaciones ser capaz de identificar o de recrear las sensaciones experimentadas cuando el entrenamiento se lleva a cabo en condiciones óptimas.

Fuente:

Labrador, F. J. (1995). *El Estrés. Nuevas Técnicas Para su Control*. Madrid: Ediciones Temas de Hoy.

AUTORREGISTRO DE ACTIVIDADES GRATIFICANTES

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha	Situación	Actividad	Grado de Satisfacción (0-100)	Observaciones

AUTORREGISTRO DE DEFINICIÓN DE PROBLEMAS

Nombre: _____ Fecha: _____

¿Quién está implicado?	¿Qué sucede?	¿Dónde? y ¿Cuándo?	¿Qué quiero lograr?

AUTORREGISTRO DE EJERCICIO DE CONTROL DE RESPIRACIÓN

Nombre: _____

Fecha: _____

Fecha	Hora de Inicio	Fin	Situación	Nivel de Ansiedad (0-100) Antes	Después	Observaciones

AUTORREGISTRO DE SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN

Nombre: _____

Fecha: _____

Fecha	Situación	Síntoma de Reexperimentación (recuerdo, pensamiento, imagen, sueño, respuestas fisiológicas, etc.).	Ansiedad (0-100)	Observaciones

AUTORREGISTRO DE SITUACIONES EVITADAS

Nombre: _____

Fecha: _____

Fecha	Situación	Grado de Evitación (0-100)	Observaciones

AUTORREGISTRO DE SITUACIONES PROBLEMÁTICAS

Nombre: _____

Fecha: _____

Fecha	Situación	Problema	Grado de Malestar (0-100)	Observaciones

AUTORREGISTRO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Nombre: _____ Fecha: _____

Problema: _____ _____	
Alternativas de Solución:	
<input checked="" type="checkbox"/> _____	<input checked="" type="checkbox"/> _____
<input checked="" type="checkbox"/> _____	<input checked="" type="checkbox"/> _____
<input checked="" type="checkbox"/> _____	<input checked="" type="checkbox"/> _____
Alternativa elegida y razones para la elección: _____ _____ _____	
Evaluación: _____ _____	
Problema: _____ _____	
Alternativas de Solución:	
<input checked="" type="checkbox"/> _____	<input checked="" type="checkbox"/> _____
<input checked="" type="checkbox"/> _____	<input checked="" type="checkbox"/> _____
<input checked="" type="checkbox"/> _____	<input checked="" type="checkbox"/> _____
Alternativa elegida y razones para la elección: _____ _____ _____	
Evaluación: _____ _____	

AUTORREGISTRO DE TAREAS DE EXPOSICIÓN AL RELATO DE LA SITUACIÓN VIVIDA

Nombre: _____

Fecha: _____

Fecha	Hora de		Tarea de Exposición	Ansiedad (0-100)			Observaciones
	Inicio	Fin		Antes	Durante	Después	

Fuente: _____

Echeburúa, E. & De Corral, P. (1995). Técnicas de exposición: variantes y aplicaciones. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz, *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta* (pp. 422-456). Madrid: Pirámide.

HOJA A-B-C

Nombre: _____

Fecha: _____

Fecha	A: Acontecimiento	B: Pensamientos	C: Sentimientos	Observaciones

Fuente: _____

Astin, M. & Resick, P. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por estrés posttraumático. En V. Caballo, *Manual para el Tratamiento Cognitivo – Conductual de los Trastornos Psicológicos* (pp.171-209).

HOJA A-B-C-D

Nombre: _____

Fecha: _____

Fecha	A: Acontecimiento	B: Pensamientos	C: Sentimientos	D: Pensamientos Alternativos

Fuente: _____

Astin, M. & Resick, P. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por estrés posttraumático. En V. Caballo, *Manual para el Tratamiento Cognitivo – Conductual de los Trastornos Psicológicos* (pp.171-209).

**VIOLENCIA DOMÉSTICA O
MALOS TRATOS EN EL
HOGAR: UN PROBLEMA QUE
NOS AFECTA...**

*Quien entienda que las
agresiones consisten sólo
en una paliza o una
bofetada, se equivoca. Lo
más terrible es vivir el
ambiente familiar como un
lugar de terror, de
humillación y de
degradación...*



Elaborado por Paulina Paz Rincón González
Dpto. de Psicología Clínica
Universidad Complutense de Madrid

¿QUÉ SE ENTIENDE POR VIOLENCIA DOMÉSTICA?



Es un patrón de conductas abusivas que incluyen maltrato físico, sexual y psicológico, llevado a cabo por una persona en una relación íntima contra otra, para ganar poder injustamente o para mantener el abuso de poder, control y autoridad sobre esa persona.

El **maltrato físico** es cualquier conducta que lleve implícita el uso intencional de la fuerza contra el cuerpo de otra persona de modo que encierre riesgo de lesión física, daño o dolor, sin importar los resultados de dicha conducta. Puede comprender golpes, empujones, bofetadas, mordeduras, tirones de pelo, quemaduras, pellizcos, etc.

El **maltrato sexual** es cualquier intimidación sexual forzada, ya sea por intimidación, coacción o estado de inconciencia o indefensión.

El **maltrato psicológico** es cualquier conducta que produce en las víctimas desvalorización o sufrimiento, por ejemplo, descalificaciones, burlas, insultos, gritos, amenazas de violencia física, destrucción de objetos con especial valor sentimental, etc.

CICLO DE VIOLENCIA

La violencia doméstica o malos tratos más que un incidente aislado o casual, se daría a través de ciclos que se suceden en el tiempo y que llegan a constituirse en mecanismos sostenedores de la relación de violencia. Se distinguen tres fases que constituyen este ciclo:

➊ **Fase de acumulación de tensiones:** Ambos miembros de la pareja pueden cometer transgresiones de distinto tipo, de modo tal que se constituye una dinámica marcada por la latencia de conflicto y la acumulación de tensiones resultantes de ellos.

➋ **Fase de explosión o agresión:** La secuencia previa, marcada por la tensión latente, da lugar a la descarga a través de la agresión física, sexual y/o psicológica. Acaba cuando se toma conciencia de la gravedad de los hechos.

➌ **Fase de arrepentimiento o reconciliación:** Arrepentimiento por las agresiones cometidas y compromiso de no volver a ser violento. Parece un intento de negar u olvidar la gravedad de la situación previamente vivida.

Las etapas de este ciclo son cada vez más breves en el tiempo, a medida que se repiten estas conductas. La fase de arrepentimiento incluso llega a desaparecer, al cronificarse la situación de violencia.

ESCALADA DE VIOLENCIA

El concepto de escalada se refiere al ordenamiento de estos ciclos en un sentido ascendente: Si la primera crisis implicó una bofetada es posible que en el futuro la intensidad del golpe alcance niveles muy superiores, pudiendo incluso llevar a la muerte.

Esto implica que los ataques, ya sean físicos, sexuales y/o psicológicos, serán cada vez más frecuentes, más intensos y peligrosos.

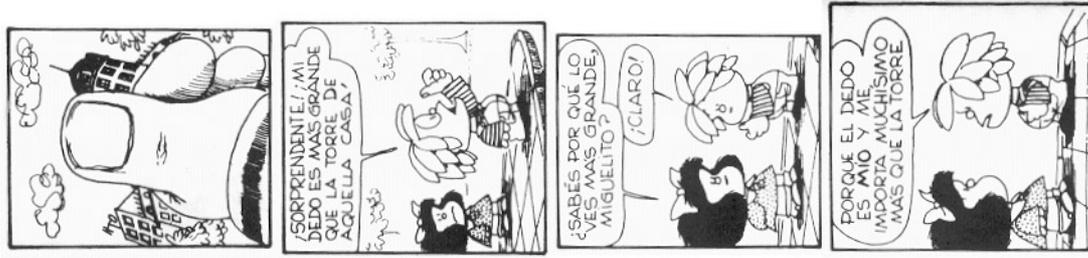


Asfixiar, golpear con objetos
contundentes, violar, quemar...

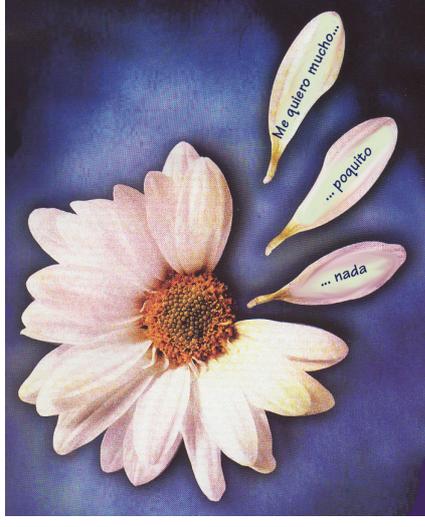
Abofetear, morder, dar patadas, aislar, controlar...

Empujar, romper objetos queridos, criticar constantemente..

Amenazar, ironizar, dar portazos...



¿CÓMO PODEMOS MEJORAR NUESTRA AUTOESTIMA?



Elaborado por Paulina Paz Rincón González
Dpto. de Psicología Clínica
Universidad Complutense de Madrid



¿Qué es la Autoestima?

La autoestima es el grado en que nos aceptamos y queremos tal cual somos.

Es la forma en que nos valoramos a nosotros mismos y a lo que somos capaces de hacer.

La autoestima es positiva cuando nos adaptamos con éxito a las dificultades de la vida cotidiana.

La autoestima es negativa cuando nos sentimos incapaces de hacer frente a los problemas diarios.

Naturaleza de la Autoestima

¿Cuál es la causa de la autoestima?

Al parecer, en niños pequeños la forma de crianza de sus padres determina si su autoestima es positiva o negativa. En adolescentes y adultos no hay claridad respecto a cuál es la causa o cuál es el efecto, no queda claro si las personas se quieren a sí mismas porque les va bien en ciertas áreas de su vida o si les va bien en ellas porque se quieren a sí mismas.

No se sabe qué es primero: Las condiciones de vida o la autoestima, lo que sí es claro es que la autoestima y las condiciones de vida están relacionadas sólo indirectamente, hay un tercer factor que determina la autoestima:

Nuestros pensamientos.

Dependiendo de cómo analicemos las situaciones que vivimos, nuestra autoestima será positiva o negativa. Por ello es importante seguir ciertas reglas a la hora de interpretar lo que vivimos:



- 1) Aceptarse a sí mismo.
- 2) Evaluar nuestros aspectos negativos, con un lenguaje preciso, específico y no descalificativo.
- 3) Abordar sólo los problemas que pueden solucionarse.
- 4) Recordar los éxitos pasados, no los fracasos.
- 5) Fijarse pequeñas metas que estén al alcance de los recursos personales.
- 6) Fomentar el contacto con personas que nos agradan y alejarnos de aquellas que nos resultan desagradables.
- 7) Mimarse a sí mismo y evitar vivir sólo en función de deberes y obligaciones.

*¿Qué actitud debo tener ante los problemas?
¿Cuál es el problema?
¿Qué puedo hacer para solucionarlo?
¿Qué consecuencias negativas y positivas me puede traer cada alternativa?
¿Cuáles voy a elegir?
¡Ahora debo ponerlas en práctica!*

¿PROBLEMAS?



**UNA GUÍA PRÁCTICA PARA
SOLUCIONARLOS...**



Elaborado por Paulina Paz Rincón González
Dpto. de Psicología Clínica
Universidad Complutense de Madrid

¿CÓMO PODEMOS SOLUCIONAR LOS PROBLEMAS?

Los problemas son parte de nuestra vida, están siempre presentes, por lo que nos vemos obligados a hacerles frente. Hay una serie de pasos que podemos seguir para resolver los problemas de manera adecuada, éstos son:

1. **Orientación del problema:** La orientación que tengamos hacia una situación, influirá en la manera de responder a ella. La orientación que favorece una resolución eficaz de un problema comprende las siguientes actitudes:
 - ✓ Aceptar que los problemas son parte de la vida diaria y debemos sentirnos capaces de hacerles frente,
 - ✓ Reconocer las situaciones problemas cuando se nos presentan, y
 - ✓ Procurar no responder de manera impulsiva.

2. **Formulación y definición del problema:** Este paso es muy importante, ya que una buena definición del problema facilita la proposición de soluciones eficaces. Se trata de buscar toda la información relacionada con el problema, especificarlo e identificar las variables que realmente son relevantes en el problema, tras lo cual nos plantearemos metas concretas y realistas.

Debemos ser capaces de responder a las preguntas ¿Quién está implicado? ¿Qué sucede? ¿Dónde? ¿Cuándo? ¿Cómo? y ¿Qué quiero lograr?

3. **Generación de alternativas:** Se trata de proponer el mayor número posible de alternativas para aumentar la probabilidad de solucionar el problema. Aquí hay tres principios básicos que debemos seguir:

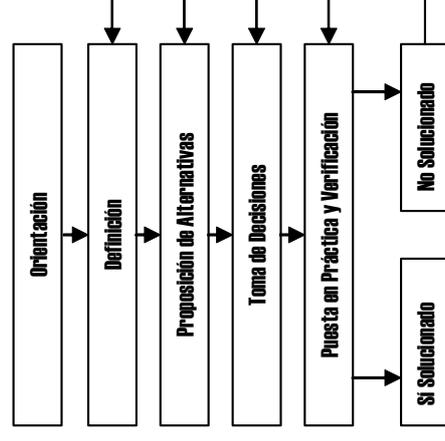
- ✓ *Principio de cantidad:* Cuantas más alternativas, más probabilidad de aumentar la calidad de algunas de ellas.
- ✓ *Principio de aplazamiento de juicio:* No se debe valorar las consecuencias en esta etapa, todas las opciones son válidas, por descabelladas que parezcan.
- ✓ *Principio de variedad:* Hay que proponer soluciones diferentes y hacer combinaciones entre ellas.

4. **Toma de decisiones:** Este es el momento de elegir la o las alternativas más apropiadas, para lo cual debemos valorar las consecuencias de cada alternativa y seleccionar la que puede resolver mejor la situación. Se trata de ver qué consecuencias negativas y positivas nos puede traer cada alternativa y cuáles vamos a elegir. Al finalizar este paso, debemos ser capaces de resolver las siguientes preguntas ¿Puedo resolver el problema? ¿Necesito más información? ¿Qué solución o combinación de soluciones me conviene adoptar?

5. **Ejecución y verificación de los resultados:** Ha llegado la hora de actuar, poniendo en práctica las alternativas que hemos elegido y valorando en qué grado resuelven el problema. Este paso incluye cuatro componentes fundamentales:

- ✓ **Ejecución:** Puesta en práctica de la alternativa.
- ✓ **Autoobservación:** Debemos observar nuestra conducta y los resultados obtenidos.
- ✓ **Autoevaluación:** Debemos comparar los resultados observados con los esperados.
- ✓ **Autorrefuerzo:** Cuando hayamos solucionado el problema debemos premiarnos por ello.

Si el problema se ha solucionado finaliza el proceso, si no es así, debemos analizar y delimitar las variables responsables, repitiendo el proceso parcial o totalmente.



TARJETAS DE EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO

He aprendido en este grupo que...

A mí me ha servido este grupo para...

Mi forma de ver las cosas ha
cambiado en relación a...

He cambiado mi forma de ver las
cosas debido a...

Mi forma de sentir ha cambiado en
relación a...

Ahora considero que lo más
importante es...

En este momento ya no me parece
importante...

Lo que quiero ahora es...

Lo que no debo repetir es...

Ahora creo que el error que cometí
fue...

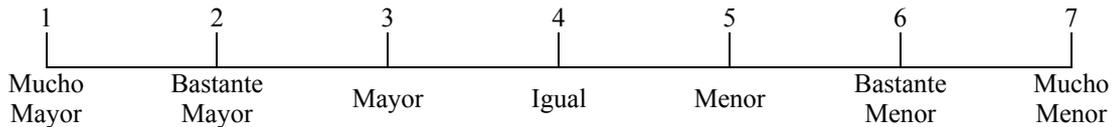
ESCALA DE CAMBIO PERCIBIDO Rincón y Labrador (2000)

Nombre: _____ Fecha: _____ Sesión: _____

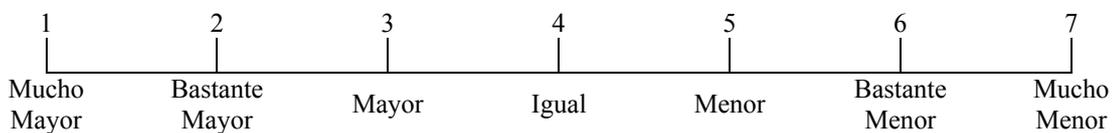
ID: _____

Por favor, rodee con un círculo el número que mejor describa cómo ha estado desde la última sesión de grupo que hemos tenido.

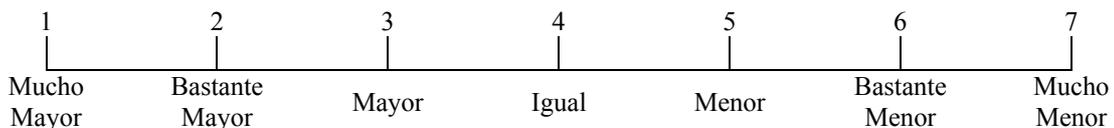
1. A diario, cuando pienso en lo que ha sucedido, experimento un grado de malestar emocional, que en comparación con lo que experimentaba antes de empezar el tratamiento, es:



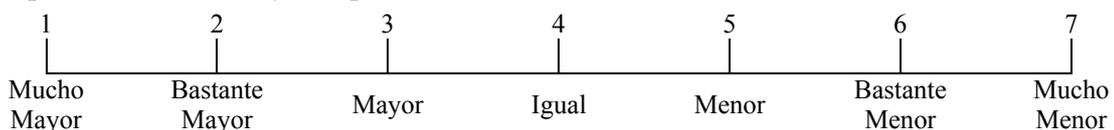
2. En esta sesión, cuando he pensado en lo que ha sucedido, experimento un grado de malestar emocional, que en comparación con lo que experimentaba antes de empezar el tratamiento, es:



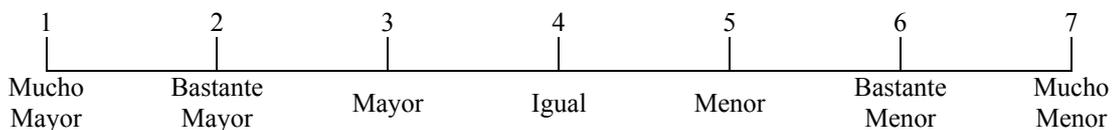
3. Desde el último encuentro del grupo, la cantidad de pensamientos, sueños o recuerdos desagradables acerca de lo ocurrido es:



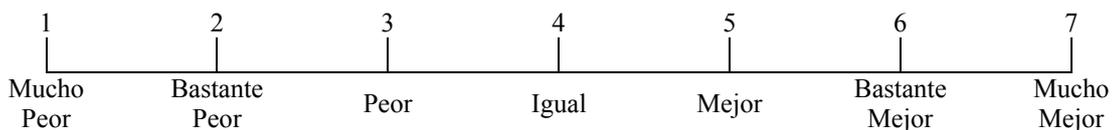
4. En comparación con lo que hacía antes del tratamiento, intento alejarme de situaciones asociadas a lo que he vivido, en un grado que es:



5. Desde el último encuentro con el grupo, la ansiedad que experimento en mi vida cotidiana es:



6. En general en mi vida cotidiana, desde el último encuentro con el grupo, me he sentido:



7. Creo que lo practicado en esta sesión me ayudará a sentirme:

