

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Departamento de Personalidad, Evaluación
y Tratamiento Psicológico I



**ANÁLISIS DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA DE
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICO PARA VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA DOMÉSTICA**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

María Arinero García

Bajo la dirección de la doctora:
María Crespo López

Madrid, 2006

- **ISBN: 978-84-669-2961-5**

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS I



ANÁLISIS DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
PSICOLÓGICO PARA MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA
DOMÉSTICA

TESIS DOCTORAL

María Arinero García
Directora: Dra. María Crespo López

Madrid, 2006

Tabla de Contenido

AGRADECIMIENTOS.....	IX
PRÓLOGO.....	XI
FUNDAMENTOS TEÓRICOS	1
I. BASES TEÓRICAS DEL COMPORTAMIENTO VIOLENTO	3
1. Definición y Características de la Violencia	4
2. Aproximaciones Teóricas al Estudio de la Violencia	7
2.1. Teorías Instintivistas	7
2.1.1. Etología.....	8
2.1.2. Psicoanálisis	8
2.2. Orientaciones Dinámicas Postfreudianas	10
2.3. Modelos Psicológicos Ambientalistas	11
2.3.1. Modelo de Frustración-Agresión.....	11
2.3.2. Aprendizaje Social	12
2.4. Aportaciones de la Psicología Social Contemporánea.....	13
II. VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES	15
1. Consideración Histórico-Social de la Violencia contra las Mujeres.....	15
2. Definiciones para la Violencia contra las Mujeres.....	21
3. Violencia Doméstica contra las Mujeres	23
3.1. Epidemiología.....	24
3.1.1. Datos Mundiales.....	24
3.1.2. Datos en España.....	27
3.2. Tipos de Violencia Doméstica	32
3.3. Ciclo y Mantenimiento de la Violencia Doméstica	34
III. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA	37
1. Repercusiones Sociales	38

1.1. Self y Violencia Doméstica	39
1.2. Consecuencias Laborales y Económicas	41
2. Consecuencias en la Salud de las Víctimas.....	42
2.1. Salud Física	43
2.2. Salud Emocional	44
2.2.1. Métodos de Evaluación Empleados	44
2.2.2. Consecuencias Generales.....	47
2.2.3. Síndrome de la Mujer Maltratada	48
2.2.4. Síntomas Depresivos.....	50
2.2.5. Sintomatología Postraumática.....	53
2.2.6. A Modo de Conclusión	59
IV. INTERVENCIÓN ANTE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA.....	61
1. Atención Jurídica.....	62
2. Atención Social.....	68
3. Atención Médica	70
4. Atención Psicológica	74
4.1. Revisión de Intervenciones Psicológicas.....	75
4.2. Consideraciones acerca de las Intervenciones Terapéuticas.....	79
4.3. Directrices para el Tratamiento	82
ESTUDIO EMPÍRICO	85
V. PLANTEAMIENTO GENERAL.....	87
1. Estudio Piloto.....	90
1.1. Objetivos e Hipótesis.....	90
1.2. Metodología.....	91
1.2.1. Participantes.....	91
1.2.2. Variables.....	92
1.2.2.1. Variable Independiente.....	92
1.2.2.2. Variables Dependientes	92
1.2.2.3. Variables Contaminadoras.....	92
1.2.3. Instrumentos.....	92
1.2.3.1. Instrumentos de Evaluación de las Participantes.....	93
1.2.3.2. Instrumentos de Evaluación del Programa	94
1.2.3.3. Materiales para el Desarrollo de las Sesiones.....	94
1.2.4. Diseño.....	95
1.2.5. Procedimiento	95
1.2.5.1. Diseño del Programa de Tratamiento.....	95
1.2.5.2. Captación de las Participantes	96
1.2.5.3. Evaluación.....	96
1.2.5.4. Tratamiento.....	96
1.3. Análisis de Datos	100
1.4. Resultados	100
1.4.1. Descripción de la Muestra.....	101
1.4.1.1. Variables Sociodemográficas y Características de la Historia de Violencia Doméstica	101
1.4.1.2. Sintomatología.....	101
1.4.2. Homogeneidad de los Grupos.....	102

1.4.3. Eficacia del Tratamiento	104
1.4.4. Adherencia al Tratamiento	108
1.4.5. Satisfacción con el Tratamiento	109
1.5. Discusión	110
1.5.1. Análisis de Componentes Terapéuticos	110
1.5.2. Eficacia del Programa	111
1.5.3. Valoración General del Programa	112
1.5.4. Adherencia al Programa	113
1.5.5. Metodología.....	113
1.5.6. Recomendaciones Futuras	114
2. Objetivos e Hipótesis.....	116
2.1. Objetivos.....	117
2.2. Hipótesis.....	118
VI. MÉTODO	121
1. Participantes.....	121
2. Diseño	122
2.1. Variable Independiente	122
2.1.1. Fase 1	122
2.1.2. Fase 2.....	122
2.2. Variables Dependientes.....	122
2.2.1. Sintomatología.....	122
2.2.2. Readaptación Psicosocial y Funcionamiento en la Vida Cotidiana.....	123
2.3. Variables Extrañas o Contaminadoras.....	124
3. Materiales e Instrumentos	124
3.1. Materiales de Evaluación.....	124
3.1.1. Entrevista	125
3.1.1.1. Ficha de Antecedentes Personales (Rincón, 2001).....	125
3.1.1.2. Pauta de Entrevista para Víctimas de Maltrato Doméstico (Labrador y Rincón, 2002).....	125
3.1.1.3. Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS; Echeburúa et al., 1997b).....	126
3.1.2. Batería de Instrumentos de Autoinforme	127
3.1.2.1. Evaluación de Pensamientos Postraumáticos.....	127
3.1.2.2. Evaluación del Funcionamiento en la Vida Cotidiana.....	127
3.1.2.3. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II; Sanz, Navarro y Vázquez, 2003).....	128
3.1.2.4. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988)	129
3.1.2.5. Escala de Autoestima (EAR; Rosenberg, 1965).....	130
3.1.2.6. CAGE (Ewing, 1984; validación española de Rodríguez-Martos, Navarro, Vecino y Pérez, 1986).....	131
3.1.2.7. Inventario Breve de Síntomas (BSI; Derogatis y Spencer, 1982).....	132
3.1.2.8. Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo -STAXI-2- (Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger, 2001).....	132
3.1.2.9. Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento (Larsen et al., 1979).....	133
3.2. Material Utilizado Durante el Tratamiento.....	133
4. Procedimiento.....	135
4.1. Captación de las Participantes en el Estudio, Asignación a los Grupos, y Evaluación Pretratamiento	135
4.1.1. Evaluación Pretratamiento.....	136
4.1.2. Asignación Aleatoria de las Participantes a cada Modalidad de Intervención.....	137
4.2. Tratamiento	137

4.3. Evaluación Postratamiento y Seguimientos	142
5. Análisis de Datos	142
VII. RESULTADOS.....	147
1. Descripción de la Muestra	147
1.1. Variables Sociodemográficas.....	147
1.2. Características de la Historia de Violencia Doméstica.....	149
1.3. Sintomatología.....	151
1.3.1. Sintomatología Psicológica.....	151
1.3.1.1. Síntomas Postraumáticos	151
1.3.1.2. Sintomatología Asociada.....	154
a. Síntomas Depresivos y de Ansiedad.....	154
b. Consumo de Alcohol	154
c. Autoestima	154
d. Síntomas Psicopatológicos.....	155
e. Expresión de la Ira	155
1.3.2. Sintomatología Psicosocial.....	155
1.3.3. Salud Física	156
2. Eficacia del Tratamiento.....	157
2.1. Fase 1: Análisis de la Eficacia de los Componentes de Dos Programas Grupales de Tratamiento para Víctimas de Violencia Doméstica: Habilidades de Comunicación (programa A) versus Exposición (programa B)	157
2.1.1. Análisis de la Homogeneidad de los Grupos (Programas A y B)	157
2.1.2. Análisis de la Eficacia de los Programas A y B.....	163
2.1.2.1. Determinación de las Mejorías a lo Largo del Tiempo en los Programas A y B	163
a. Cambios Pre-Postratamiento en los Programas A y B	163
b. Cambios en los Programas A y B en los Seguimientos.....	169
2.1.2.2. Determinación de las Diferencias en Función del Tipo de Intervención (Programas A y B)	176
a. Diferencias entre los Programas A y B en el Postratamiento.....	176
b. Diferencias entre los Programas A y B Durante los Seguimientos.....	178
c. Diferencias entre los Programas A y B a lo Largo del Tiempo en Funcionamiento en la Vida Cotidiana.....	180
2.1.2.3. Análisis de la Adherencia a los Programas A y B.....	181
2.1.2.4. Análisis de la Significación Clínica de los Programas A y B	183
a. Síntomas Postraumáticos	184
b. Sintomatología Asociada.....	186
2.1.2.5. Análisis del Tamaño del Efecto de los Programas A y B	189
2.1.2.6. Análisis de la Satisfacción con los Programas A y B.....	190
a. Evaluación Cuantitativa de los Programas A y B	190
b. Evaluación Cualitativa de los Programas A y B.....	191
2.1.3. Resumen y Conclusiones de la Fase 1 del Estudio	193
2.2. Fase 2: Análisis de la Eficacia del Formato de Dos Programas de Tratamiento para Víctimas de Violencia Doméstica: Grupal con Exposición (programa B) versus Individual con Exposición (programa C)	196
2.2.1. Análisis de la Homogeneidad de los Grupos (Programas B y C).....	196
2.2.2. Análisis de la Eficacia de los Programas B y C	201
2.2.2.1. Determinación de las Mejorías a lo Largo del Tiempo en los Programas B y C.....	201
a. Cambios Pre-Postratamiento en los Programas B y C	201
b. Cambios en los Programas B y C en los Seguimientos.....	206
2.2.2.2. Determinación de las Diferencias en Función del Tipo de Intervención (Programas B y C)	213
a. Diferencias entre los Programas B y C en el Postratamiento.....	213

b.	Diferencias entre los Programas B y C Durante los Seguimientos.....	215
c.	Diferencias entre los Programas B y C lo Largo del Tiempo en Funcionamiento en la Vida Cotidiana.....	217
2.2.2.3.	Análisis de la Adherencia a los Programas B y C.....	218
2.2.2.4.	Análisis de la Significación Clínica de los Programas B y C.....	219
a.	Síntomas Postraumáticos.....	219
b.	Sintomatología Asociada.....	220
2.2.2.5.	Análisis del Tamaño del Efecto de los Programas B y C.....	223
2.2.2.6.	Análisis de la Satisfacción con los Programas B y C.....	224
a.	Evaluación Cuantitativa de los Programas B y C.....	225
b.	Evaluación Cualitativa de los Programas B y C.....	226
2.2.3.	Resumen y Conclusiones de la Fase 2 del Estudio.....	227
3.	Contraste de Hipótesis.....	229
3.1.	Hipótesis 1.....	229
3.2.	Hipótesis 2.....	230
3.3.	Hipótesis 3.....	231
VIII.	DISCUSIÓN.....	235
1.	Consideraciones Generales acerca del Tema.....	236
2.	Metodología.....	238
3.	Participantes.....	240
3.1.	Características Sociodemográficas.....	240
3.2.	Características de la Historia de Violencia Doméstica.....	241
3.3.	Sintomatología.....	242
4.	Eficacia de la Intervención.....	244
4.1.	Eficacia Comparada de la Intervención Grupal: Habilidades de Comunicación versus Exposición.....	245
4.2.	Eficacia Comparada del Formato de Aplicación de la Intervención: Grupal versus Individual.....	249
5.	Consideraciones Finales.....	253
5.1.	Limitaciones del Estudio.....	254
5.2.	Directrices Futuras.....	256
	REFERENCIAS.....	259
	ANEXOS.....	275
	ANEXO I: PROTOCOLO DE EVALUACIÓN.....	277
	ANEXO II: MATERIALES DEL TRATAMIENTO.....	295
	ANEXO III: MANUAL DE TRATAMIENTO.....	323

Agradecimientos

El único fin que tiene este capítulo de reconocimientos personales es dar nombre y poner rostro a todas aquellas personas e instituciones que con su presencia, palabra, dedicación, disponibilidad y aliento han permitido que este trabajo llegara a puerto. Ya forman parte de mi historia y mi vida, y estoy muy, muy satisfecha por ello. Un estudio como éste se podría haber llevado a cabo sin ellos, seguro, pero no sería el mismo. También mi vida seguiría adelante, pero tampoco sería la misma. En este momento quiero agradecerles, sobre todo, su entusiasmo al demostrarme que en este mundo de relaciones, a veces violentas y difíciles, hay espacio para que la vida por y para otros sea una pasión insustituible y necesaria en cada persona.

María Crespo no sólo ha sido la directora del estudio. Quien ha pasado por esta etapa, es indudablemente la mejor guía. Gracias por tus sugerencias desde el inicio, por estar pendiente de su desarrollo leyendo y relejendo, por brindarme tu apoyo; por el esfuerzo y el deseo del trabajo bien hecho; porque te has preocupado de mostrarme el camino de esta etapa de mi vida académica y profesional con increíble maestría.

A Francisco J. Labrador por haberme propuesto la implicación en el estudio y por las aportaciones en el desarrollo del programa de intervención. Por estar dispuesto a responder a mis dudas, dificultades, y prestar tu ayuda en todo momento.

M^a Luisa de la Puente también estuvo en el inicio. Fue una de las primeras personas que me ofreció disfrutar de la tarea investigadora. Gracias por brindar siempre tu ayuda y colaborar en la gestión del estudio y en el inicio de mi formación.

De un modo especial, a Paulina P. Rincón, por facilitarme el acceso a las participantes. Ella sabe bien lo que supone el trabajo directo con mujeres maltratadas, y sus sugerencias y apoyo, cerca y lejos, han sido muy importantes.

A la Oficina de Atención a las Víctimas de Móstoles y de Coslada, al Centro de la Mujer Rosa de Luxemburgo de Leganés, a la Concejalía del Ayuntamiento de Toledo, al Centro de Servicios Sociales de

Entrevías, y a la Concejalía de Mujer y Mayores del Ayuntamiento de Collado-Villalba. Gracias por permitir el acceso a la muestra y por facilitar, tantas veces, la puesta en marcha de las intervenciones.

He tenido muchos compañeros en esta etapa investigadora. A M^a del Mar Gómez, M^a Ángeles Peláez, Isabel Martínez y Edurne Alonso, os agradezco, sobre todo, el tiempo y el esfuerzo compartido. A Javier López, de forma muy especial, tu apoyo estadístico, metodológico y, sobre todo, personal. A Lourdes Martín, Esther Heredia y Gema Diéguez, vuestra ayuda en la codificación de datos. A Rocío Fernández, tu colaboración en el acceso a la muestra. A todos, vuestra presencia y apoyo, también cerca y lejos. Ha sido insustituible en muchos momentos. Juntos también hemos celebrado nuestros éxitos, y todo ello ha servido para que pudiéramos disfrutar de la investigación y del trabajo en equipo.

A la profesora Tara Galovski, Ph. D. y al equipo del Center for Trauma Recovery de la Universidad de Missouri-Saint Louis (EE.UU.). Al profesor Mauricio Gaborit, Ph. D. y al Departamento de Psicología de la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas (UCA-San Salvador). Mi estancia como investigadora extranjera en ambos lugares ha sido de lo más enriquecedora profesional y también personalmente. Gracias por facilitarme tantas cosas estando entre vosotros, por compartir vuestro trabajo, conocimiento y vuestro tiempo. Sin duda, me han hecho aprender mucho.

A Jose M^a García Mauriño, por tus sugerencias teóricas al estudio de la violencia; a Sol Yáñez por tus sugerencias prácticas y tu cariño; a María L. Santacruz, por tus aportaciones metodológicas y estadísticas.

Fuera del ámbito académico, a mi familia. A mis padres, a mi abuela, y a Elena, mi hermana. A pesar de que esto era una tarea desconocida para vosotros, siempre me habéis prestado apoyo incondicional. Os agradezco mucho vuestra confianza en mí y la paciencia que habéis demostrado durante la realización de este trabajo, sobre todo en la última etapa. Habéis sido mi primer núcleo de relaciones donde he aprendido que la relación de pareja y de familia habla más de amor que de violencia.

A todos mis amigos, pero de modo muy especial, a M^a Dolores Avalos, a Beatriz Blesa, a Pilar Gómez y a Marta Montoro. A Carmen Escribano. Me habéis enseñado a apasionarme por un sueño, por la vida y por la de otros. Y valoro este aprendizaje como uno de los más importantes que se pueden recibir. Sé que siempre estáis ahí. Muchas gracias, de verdad.

Por último, a todas las mujeres, sobre todo a las que han participado en este trabajo, porque son auténticas protagonistas y les debo, no sólo llevar a puerto la Tesis, sino mi más profundo sentimiento de gratitud al haber confiado un tiempo fundamental de su vida en mis manos.

¡Sin duda, a todos, mil gracias!

Prólogo

Soy mujer y escribo. Soy plebeya y sé leer. Nací sierva y soy libre¹.

Esta enumeración de antítesis pertenece a la descripción de un momento histórico muy concreto: la Edad Media, aquel momento en el que era casi imposible que una mujer escribiera, leyera, o siendo sierva, lograra ser libre. Una idea anulaba la otra. En un mundo medieval, en el que se es o no se es, no hay lugar para la ambigüedad, para el desafío, para el cambio o para la transformación.

Las palabras del inicio puestas en boca de Leola, una campesina del siglo XII, no disuenan para el oído del lector del siglo XXI. Novecientos años nos dan la perspectiva para *aceptar* que hubo un tiempo en el que las mujeres vivían *peor* porque no había lugar para la mezcla que supone alcanzar la igualdad. Nadie se escandalizaba entonces porque una mujer no leyera, porque no fuera libre.

Hoy, que sí hay espacio para el escándalo, para la crítica feroz y la constructiva, la voz de muchas personas se eleva para gritar la necesidad de cambio, de igualdad, de mezcla, de transformación, para recordar la necesidad de desarrollo de las sociedades y de

¹ Montero, R. (2005). *El Rey Transparente*. Madrid: Alfaguara (p. 11)

los individuos. Sin embargo, ni la voz ni el eco parecen ser suficientes: estos desafíos no están todavía cumplidos.

La violencia doméstica supone un ejemplo de desigualdad social y falta de libertad individual. En el último año se han presentado en nuestro país alrededor de 60.000 denuncias por casos de violencia doméstica, y 62 mujeres han muerto a manos de sus compañeros y/o parejas. Al cierre de este trabajo, a mediados del año 2006, el número de mujeres muertas asciende a 33, aunque es seguro que aumentará antes de que finalice. Las que han sobrevivido lo han hecho, a menudo, con dificultades físicas y emocionales: el daño producido tras una agresión deja una huella en la persona que tarda demasiado tiempo en cerrarse y cicatrizar.

La presente Tesis Doctoral plantea la evaluación de una intervención psicológica en víctimas de violencia doméstica. Se trata de la aplicación de un programa terapéutico que, variando en sus componentes básicos y en su formato (individual o grupal), trata de ahondar y reparar el malestar psicológico producido tras ser víctima de maltrato.

Con el objeto de enraizar este trabajo en un marco teórico sólido, en el capítulo I se hace un análisis teórico de la conducta violenta. Se analiza el fenómeno concreto de la violencia doméstica, su epidemiología, características y componentes básicos (capítulo II), sus repercusiones sociales, físicas y, de modo especial, psicológicas (capítulo III), y la respuesta de las instituciones y recursos para tratar los síntomas de malestar a nivel jurídico, social, médico y psicológico (capítulo IV). En este último se presta especial atención al desarrollo de intervenciones psicológicas como alternativa útil y eficaz para dar solución a este problema.

Previamente a este trabajo se realizó un estudio con una muestra de víctimas de violencia doméstica que sirvió para analizar las ventajas del tratamiento sobre la ausencia del mismo y, a la vez, comprobar la eficacia de alguno de sus componentes fundamentales. Este trabajo se incluye también (capítulo V) como una parte fundamental del estudio empírico de esta Tesis, puesto que supone un punto de partida para el desarrollo de estrategias de intervención y conclusiones terapéuticas.

Los resultados que se presentan pretenden ser solamente un grano de arena más entre las numerosas acciones que últimamente se llevan a cabo en buen número de lugares. Los objetivos, mejorar la salud emocional de las mujeres, facilitar su reincorporación a una vida normalizada y promover un cambio que permita niveles de autonomía para iniciar una nueva vida, son compartidos por numerosos programas e iniciativas. Muchos coinciden

también al recoger en sus nombres estos objetivos: el centro *Zutitu* (“levantarse”, en euskera) en Bilbao; *At ixq waklin* (“Mujer, levántate”, en qeqchí, una lengua maya), el lema de un centro en el Departamento de El Petén (Guatemala), por mencionar, solamente, algunos.

Si bien no es probable que se produzca un cambio radical a corto plazo en la existencia de la violencia doméstica en nuestro mundo, sí es cierto que los necesarios cambios culturales e ideológicos pueden ir fraguándose a pequeña escala con este tipo de iniciativas. En cualquier caso, la intervención con personas sí tiene una consecuencia muy probable y más que beneficiosa, y es que mejorar sólo un caso, sólo una vida, ya es un gran logro. Con este principio de valorar como único cada uno de los casos considerados – sin intención de menospreciar el número, la cantidad de éxitos- se inicia este trabajo.

Fundamentos Teóricos

I. Bases Teóricas del Comportamiento Violento

*La violencia deja marcas en la población que más temprano que tarde comienzan a cobrar efecto. Una de esas huellas constituye la creación de un sistema de valores y normas sociales que legitiman y privilegian el uso de la violencia en cualquier ámbito sobre otras formas de comportamiento social. Lo que se llama la **cultura de la violencia**.* (J. M. Cruz, 1997; p. 977)

La violencia forma parte de los acontecimientos trágicos diarios de nuestro mundo. Su variedad de manifestaciones asola regiones y países, es responsable de lesiones y muertes en los individuos y de pobreza en las sociedades. Establece, además, una dinámica social confusa que se torna altamente insegura para la supervivencia cotidiana de muchas personas.

En 1986 una revista norteamericana de psicología² realizó la siguiente pregunta: *si usted pudiera apretar un botón en secreto y eliminar a cualquier persona sin ninguna repercusión para usted, ¿lo haría?* El 69% de los hombres y el 56% de las mujeres respondieron que sí. La mayoría de las mujeres habría eliminado a jefes, ex maridos o ex novios, y a anteriores parejas de sus actuales compañeros. La mayoría de los hombres preferiría eliminar al presidente o a alguna figura pública (Muñoz, 2004).

La respuesta de la población estadounidense podría extrapolarse a otras sociedades distintas porque la violencia no excluye a nadie. Afecta a todos los sectores sociales e incide

² *Psychology Today* es una publicación divulgativa de Estados Unidos que abarca temas de psicología social y clínica. Se encuentra disponible en línea en el sitio: <http://cms.psychologytoday.com/pto/home.php>.

en las posibilidades de desarrollo de numerosos países. Tampoco se define como algo específico. Multitud de factores están asociados a este fenómeno tan complejo, del que se ha escrito en profundidad a lo largo de la historia³. Situaciones de guerra, terrorismo, tortura, violencia contra las mujeres, contra la infancia, violencia política, casos de vandalismo o violencia callejera, etc, son manifestaciones concretas que se han constatado a lo largo de la historia de la humanidad.

Hablar de comportamiento violento supone asumir la existencia de acciones destructivas contra objetos y personas, contabilizar víctimas (hombres y mujeres, militares y civiles, adultos y niños...) y reconocer la necesidad de poner en práctica acciones pacíficas para erradicarla. Afortunadamente –y a pesar de que las cifras de violencia son muy altas en el mundo- éste no es un problema inexorable. En su solución toda sociedad podría asumir un papel destacado desde su comprensión -que no justificación- hasta el compromiso en el diseño de políticas y en la ejecución de estrategias de prevención y transformaciones sociales.

1. Definición y Características de la Violencia

La etimología de la palabra violencia es evidente en nuestro idioma. El vocablo latino *violentia* proviene de *vis* (*fuerza*). Conviene entender este significado, no en el sentido más frecuente y estricto de *fuerza física*, sino equivalente a *abuso de poder*. González y Villacorta (1998) señalan que la fuerza bruta está incluida en los comportamientos violentos, pero no en exclusividad. En términos generales, la violencia incluye cualquier agresión física, social o emocional sobre un grupo o individuo.

El diccionario de la Real Academia señala que **violencia** significa “cualidad de violento; acción y efecto de violentar o violentarse; acción violenta contra el natural modo de proceder; [o] acción de violar a una mujer” (RAE, 2001; p. 2304). A pesar de la relevancia evidente que tiene la RAE en la definición del castellano, este término no posee una buena definición. Concretamente, no tiene en cuenta en absoluto la clásica premisa de *lo definido no debe entrar en la definición*, ni ofrece sinónimos u otras expresiones aclaratorias del término.

³ Para una revisión histórica, filosófica y mítica resulta fundamental la obra completa del filósofo contemporáneo René Girard, especialmente la trilogía iniciada en “La violencia y lo sagrado” (1983) secundada por “El chivo expiatorio” (1986) y “Veo caer a Satán como un relámpago” (2002), publicadas todas ellas en la editorial Anagrama.

Más concisa y a la vez completa resulta la definición elaborada por Savater. Según él la violencia es un “ejercicio de fuerza de parte de instituciones, grupos o individuos sobre otros grupos o individuos con un propósito instrumental –obtener algo de quienes padecen el ejercicio de fuerza- y/o con un propósito expresivo –poner de manifiesto el poder y las convicciones del ejecutor de fuerza-” (Savater, 1995; p. 120). Además de su precisión, esta definición también establece una diferencia básica entre dos aspectos constitutivos básicos de este fenómeno: la violencia instrumental (e.g. la del atracador que usa una pistola para asaltar un banco) y la violencia expresiva (e.g. la de un fanático que asesina para demostrar la grandeza y sinceridad de su fe).

Ciertamente la definición de la violencia presupone un enfoque eminentemente social. Los estudios de Martín-Baró (cfr. 1986, 2003) sobre la violencia en Centroamérica son sumamente extensos y útiles en este campo. Según él violencia es “un concepto amplio que expresa aquellos fenómenos o actos en los que se aplica un exceso de fuerza” (2003, p. 78). Señala además la existencia de tres presupuestos básicos y tres elementos constitutivos del acto violento.

El primero de ellos supone la afirmación de la existencia de múltiples formas de violencia. Lubek (1979) también señala que entre estas distintas manifestaciones pueden darse diferencias muy importantes, y asume a su vez, que el comportamiento violento no es, en absoluto, estático, sino que son conductas y actitudes cambiantes a lo largo del tiempo y del espacio.

En segundo lugar, se supone que la violencia tiene un carácter histórico por lo que resulta imposible entenderla fuera de su contexto. Todo acto violento tiene un carácter cultural y social del que resulta imposible separarla.

El tercer presupuesto, el fenómeno conocido como “espiral de la violencia”, señala que la violencia se mantiene y perpetúa de forma continua. Tiende a incrementarse sin que para detenerla baste con conocer sus raíces habituales.

Por otro lado, los tres factores constitutivos de la violencia son los siguientes:

- *Fondo ideológico:* la “institucionalización de la violencia” es frecuente en muchas regiones. Supone afirmar el arraigo de la violencia en el planteamiento o asunción de determinados intereses sociales. Que el acto violento contenga un fuerte contenido ideológico es una consecuencia inmediata de este factor.

- *Contexto posibilitador:* con anterioridad se ha definido el carácter histórico de la violencia, que en este caso viene a apoyar el segundo constitutivo. Del *contexto posibilitador* se ha hablado en estudios clásicos como los de Berkowitz (1965) o Milgram (1980). Su definición hace referencia a las coordenadas históricas y sociales que facilitan y/o promueven los actos violentos.
- *Ecuación personal:* en algunas ocasiones, la violencia se construye como un fenómeno mecánico y *formal*, algo técnico: el mal se convierte en algo intrascendente, una tarea rutinaria donde prima más la forma que el fin. Esta es la llamada *ecuación personal*, la construcción del acto violento en contextos y personas. De acuerdo con este fenómeno se podría decir que en ocasiones es más importante el componente expresivo que el instrumental.

Independientemente de clasificaciones y definiciones prolijas, tanto Savater, desde la filosofía, como Martín-Baró desde el ámbito psicológico, señalan el aludido *ejercicio de fuerza* como elemento fundamental de la violencia. A menudo se ha producido una confusión entre los términos de *violencia* y *agresión* y la diferencia principal radica en la intencionalidad de este ejercicio de fuerza. En general, se piensa que el concepto de violencia es más amplio que el de agresión y que, teóricamente, todo acto al que se aplique una dosis de fuerza excesiva puede ser considerado como acto violento. La agresión sólo sería una forma dentro de la violencia: aquella que aplica la fuerza contra alguien de manera intencional; aquella acción mediante la que se manifiesta la intención de hacer daño a otra persona.

Finalmente, Hacker (1973, p. 95) define la agresión como la “disposición y energía humana inmanentes que se expresan en las más diversas formas individuales y colectivas de autoafirmación, son transmitidas socialmente, y pueden llegar a la crueldad”. Por el contrario, “la violencia es la manifestación abierta, manifiesta, ‘desnuda’, casi siempre física, de la agresión”. Si bien la última característica, el considerar la violencia “casi siempre física” no resulta totalmente aceptada, es evidente que estas dos consideraciones son importantes al diferenciar ambos conceptos⁴.

⁴ A lo largo de este trabajo se considerará la violencia como comportamiento agresivo amplio dentro del cual se pueden y deben realizar distinciones en base al tipo (violencia física, psicológica...)

2. Aproximaciones Teóricas al Estudio de la Violencia

Así como el propio término de violencia posee diversas manifestaciones y definiciones, las explicaciones teóricas del mismo que han surgido a lo largo de la historia son igualmente variadas: desde la concepción de la violencia como un instinto natural de animales y humanos (teorías instintivistas), hasta llegar a una concepción “cerebralizada” (Delgado, 1972).

Si bien el objetivo último de este trabajo es el de delimitar el impacto de la violencia en mujeres maltratadas por sus parejas y analizar el efecto de un taller psicológico creado *ad hoc*, no se puede eludir una mirada introductoria desde la perspectiva violenta contraria para cumplir desde el inicio con un compromiso teórico-práctico. Un análisis psicosocial adecuado como el que se pretende, hace necesario recorrer la historia de este término integrando aquellos elementos y procesos enfatizados por cada uno de los enfoques, que reciben un mayor sentido considerándolos en su totalidad. Este recorrido se pretende exhaustivo a la vez que conciso. Utilizar el adjetivo psicosocial implica situar el tema en sus coordenadas socio-históricas para que se pueda establecer una relación entre las condiciones en las que se ha gestado y la naturaleza del daño causado (Blanco y Díaz, 2004). El segundo presupuesto de la violencia descrito por Martín-Baró (2003) -estudio del fenómeno violento en sus coordenadas sociohistóricas- se completa al considerar también otros elementos integrantes en cualquier fenómeno social, esto es, individuo y ambiente. Con esta visión social se desarrolla el siguiente análisis teórico.

2.1. Teorías Instintivistas

Konrad Lorenz y Sigmund Freud son los mayores representantes de este clásico modelo. A pesar de las sensibles diferencias entre ambos, los dos coinciden en concebir la agresión como una fuerza inscrita en la estructura biológica del ser humano. Esto implica aceptar que la agresión es un instinto ineludible contra el que nada se puede hacer para evitarlo. Parfraseando palabras del propio Freud “el hombre está sometido al influjo de un impulso de destrucción de sí mismo o de los demás y no puede hacer gran cosa para escapar a esa trágica alternativa” (Freud, 1976, p. 31). Veamos a continuación cada una de estas teorías que se han tachado de deterministas por limitar en gran medida la libertad de los seres humanos.

2.1.1. Etología

Las teorías instintivistas parten de los estudios de K. Lorenz, padre de la etología moderna, que estudió en profundidad el comportamiento natural e instintivo de los animales. Piensa que el comportamiento agresivo es instintivo e innato. No entra en valoraciones morales del mismo, sino que lo asume como una conducta natural en todo organismo, necesaria para la supervivencia y mantenimiento de la especie. Propone una hipótesis en la que sostiene que la evolución ha propiciado que sobrevivan los más crueles y agresivos. Su clásico modelo trata de explicar las conductas primarias, necesarias para la supervivencia de la especie, a través de un “modelo hidráulico” de acumulación-expulsión de energía interna (véase Lorenz, 1952, 1969).

Este mecanismo hidráulico funciona por medio de la acumulación de una energía interna que produce un estado de tensión a partir de determinados estímulos desencadenantes (Lorenz, 1971). Todo organismo tiene que dar salida periódicamente a la energía agresiva que acumula para no “desbordarse”; es decir, el impulso (comportamiento) agresivo es igual que la presión del agua cuando está dentro de un recipiente hermético cerrado y sometido a un intenso calor; una vez desatada esta energía agresiva es difícil de dominar.

2.1.2. Psicoanálisis

Siguiendo la misma línea biológica e innatista, Sigmund Freud introduce en el debate el término *pulsión* para referirse a los impulsos innatos que tienen todos los individuos. Según Laplanche y Pontalis (1971) una pulsión es un proceso dinámico; consiste en un empuje que hace que el organismo tienda hacia un fin y satisfaga un deseo o necesidad. Esta definición parte del origen y del fin de la misma pulsión, es decir, de la excitación corporal y de la supresión del estado de tensión que la genera, respectivamente.

Es conocida la tesis procedente del psicoanálisis sobre la existencia de dos pulsiones complementarias y contrapuestas, a saber, la pulsión de vida o *eros*, y la pulsión de muerte o *tanatos*. En la teoría de las pulsiones expresada en “El malestar en la cultura”, Freud adjudica al ser humano una pulsión inherente para odiar y aniquilar (*tanatos*), y afirma que esta tendencia agresiva es una disposición instintiva, innata y autónoma, y constituye el mayor obstáculo con el que ha tropezado la civilización (Freud, 1998).

La teoría freudiana de los instintos se basa en la pugna entre *eros* y *tanatos*; construcción y destrucción están entrelazadas. Gracias a esta tensión tiene lugar la vida y

del mismo modo que el individuo está dotado de instinto de vida, también lo está de instinto de muerte.

La agresividad puede dirigirse contra el mundo exterior o contra uno mismo. Freud (1980, 1986) señala al *ello* como responsable de las pulsiones. El *ello* es completamente amoral, todo lo que de él procede no está sujeto a control consciente. Cuando la pulsión agresiva se desencadena en individuos cuyo *super-yo* está desarrollado se produce un control de la agresividad hacia fuera; en este caso, el individuo dirige su agresividad hacia sí mismo. Cuando no existe control adecuado por parte del *super-yo* la agresividad se dirige a los demás.

La teoría de Freud también recibió el calificativo de modelo hidráulico por la misma analogía con la presión ejercida por el agua o vapor acumulados en un recipiente cerrado. Tanto la teoría de Lorenz como el psicoanálisis, conciben el organismo humano como una fuente inagotable de agresividad, sin considerar en absoluto los estímulos externos. Cuando la emanación llega a su punto más álgido se produce una “explosión” que da lugar al comportamiento destructivo. Estos modelos han sido calificados de deterministas⁵, y es abundante la literatura que existe en contra de un planteamiento tan rígido y mecánico, que deja poco espacio para la emisión de conductas constructivas alternativas a la agresión⁶.

Estudios posteriores resaltan la posibilidad y capacidad que tienen los individuos para controlar este instinto agresivo. Es fácilmente verificable el control que el ser humano puede ejercer incluso sobre conductas o motivaciones con un mayor condicionamiento biológico, como puede ser el hambre (en el caso de las dietas) o el sueño (cuando se decide pasar la noche entera en estado de vigilia) (Muñoz, 2004).

Este modelo no queda tan obsoleto si atendemos a otras muestras de reflexión teórica. B. Prado, columnista de opinión en nuestro país, en una columna titulada “El odio”⁷, lanza preguntas como “¿de dónde viene el odio y en qué transforma a los que lo sienten?”, o “¿funciona el odio por combustión como un carburante oscuro que se prende

⁵ No todos los autores están de acuerdo con este calificativo. Wolman (1968; citado por González y Villacorta, 1998, p. 817) señala que el concepto freudiano de agresión se apoya firmemente en el principio de equilibrio y la naturaleza humana tiende siempre a volver a un estado inicial y conservar la quietud del mundo inorgánico.

⁶ Estas, sin embargo, son posibles. Lorenz afirma que la única forma de evitar el comportamiento agresivo sería canalizar la salida de este instinto a través de alternativas pacíficas y constructivas; Freud propone canalizar la salida de la agresión hacia las ramas creadoras (e.g. el arte).

⁷ Artículo publicado por B. Prado en el diario *El País* (27 de enero de 2005).

al aparecer ante nuestros ojos lo odiado y se apaga cuando lo odiado se va o se extermina?”. Estas cuestiones reflejan que la teoría hidráulica de acumulación y explosión de energía agresiva sigue vigente. Sin embargo, constituye una visión más optimista de la persona puesto que da un giro radical al señalar que la violencia no configura al ser humano en su totalidad. Un acto violento es un acto aislado; no existen personas violentas sino personas que cometen actos violentos.

2.2. Orientaciones Dinámicas Postfreudianas

Erich Fromm es uno de los más representativos autores de la escuela psicoanalítica. Sus aportaciones no se enmarcan en los modelos instintivistas y es cierto que se diferencian notablemente del psicoanálisis más ortodoxo. Sin embargo, su teoría está claramente influenciada por ellos; recoge ambos para superarlos.

Fromm no está de acuerdo con el planteamiento innato de la agresión y propone un modelo que aporta una visión más optimista del ser humano. A través de estudios fundamentalmente antropológicos llega a la conclusión de que la naturaleza agresiva instintiva del ser humano sólo se manifiesta para cumplir la función de la supervivencia. Diferencia entre “agresión biológicamente adaptativa, favorable a la vida y benigna, y agresión biológicamente no adaptativa y maligna” (Fromm, 1997; p. 69). Deteniéndonos únicamente en la agresión maligna (que tiene mayor relevancia para el análisis que aquí se propone), resulta importante señalar los lazos que establece entre las personalidades necrófilas y las raíces sociales de la necrofilia, es decir, entre personas que tienden a la violencia y sus causas en las sociedades. Parece que en algunos grupos existe una preferencia por los valores negativos, de muerte. El diagnóstico de Fromm es que en estos casos, la vida está perdiendo cada vez más espacio, y por tanto, sentido.

Esto supone un salto cualitativo en la comprensión de la agresión: la destructividad no es un impulso o fuerza incontrolable dentro del ser humano, sino que parte de la configuración histórica de las sociedades (González y Villacorta, 1998).

Fromm plantea como alternativa a la violencia un cambio radical en las sociedades, una sustitución de los valores que pugnan por la muerte por otros que fomenten la vida. Dado que la destrucción y la crueldad no pertenecen inherentemente a la naturaleza humana, los esfuerzos por minimizarla no tienen por qué ser baldíos. Propugna la necesidad de una confianza como expresión de un deseo auténtico de que el mundo sea mejor.

2.3. Modelos Psicológicos Ambientalistas

Según Hacker (1973, p. 142) “los resultados de todas las investigaciones subrayan que no hay pruebas fisiológicas de alguna necesidad interna o de alguna fuerza pulsional espontánea hacia la lucha; toda estimulación hacia la agresión procede de las fuerzas presentes en el medio ambiente externo”. Esta afirmación constituye el paradigma de los modelos ambientalistas que recogen la tradición instintivista previa para elaborar teorías que aúnen en su consideración el binomio ambiente-conducta. A continuación se presentan aquellos modelos más representativos.

2.3.1. Modelo de Frustración-Agresión

Dollard y Miller (1977) consideran la agresión como una reacción secundaria a la frustración. Este estado, producido por la no consecución de una meta, origina una reacción emocional que predispone a actuar de forma agresiva. Cuando un proceso de cólera alcanza un grado determinado puede producir la agresión directa o verbal. La selección del blanco se hace en función de lo que es percibido como fuente de displacer. Los actos agresivos ofrecen al individuo una satisfacción equivalente a la que se habría logrado con la consecución del objetivo real, ya que cualquiera de ellos da salida a la instigación desencadenada por la frustración. Este mecanismo es catártico, y cualquier acto agresivo reduce la necesidad de agresión.

La tendencia a la agresión mantiene una relación directamente proporcional con el grado de frustración experimentado. Se han descrito tres factores fundamentales que determinan la intensidad de la tendencia hacia la agresión: 1) la fuerza con que se tendía a la respuesta frustrada, 2) el grado de interferencia experimentado, y 3) el número de frustraciones sufridas.

No obstante, estudios posteriores señalan que no todas las frustraciones generan conductas agresivas. Miller (1941) afirma que en ocasiones los individuos se reprimen de tener reacciones agresivas por miedo a tener problemas más serios. Por otro lado, se cree que los individuos pueden desarrollar otras formas para reaccionar a la frustración de forma racional y no emocional.

Esta resulta una visión mucho más positiva puesto que no es tan determinista como las anteriores. Parece que detrás de toda conducta agresiva se encuentra un estado de frustración, pero no todas las frustraciones generan violencia. Por otro lado, este ejercicio de aunar elementos de naturaleza externa e interna constituye uno de los mejores ejemplos

de integración de teorías prácticamente irreconciliables –psicoanálisis y teorías ambientalistas- (Domènech e Iñiguez, 2002) y además conecta con la concepción cotidiana más extendida de que las personas pueden acumular frustraciones y aguantar la agresividad que le produce sólo hasta cierto punto.

En la misma línea teórica Berkowitz (1965) reformula la hipótesis de la frustración-agresión y enfatiza la relación entre el estado emocional interno de la persona y los estímulos del medio ambiente en el que se encuentra. Su principal aportación radica en presuponer diferentes elementos para explicar el acto agresivo, a saber, características facilitadoras del entorno, el aprendizaje de la conducta violenta, y otras causas para la agresión diferentes a los estados de frustración. Ésta produce una "predisposición" a la agresión, que sólo será expresada de manera abierta cuando el blanco pueda ser atacado, esté visible o sea suficientemente distintivo, sea extraño y/o produzca cierto disgusto de antemano.

2.3.2. Aprendizaje Social

Defensores de las teorías basadas en el aprendizaje (aprendizaje social; Bandura y Walters, 1963) sostienen que los individuos aprenden mediante dos mecanismos principales, a saber, reforzamiento y modelado. Las personas tienden a comportarse según los beneficios (refuerzos) o perjuicios derivados de sus actos. Así, si los refuerzos dispensados a una conducta, ya sean materiales o sociales, son superiores a los perjuicios, tales conductas tenderán a repetirse en el futuro. Por otro lado, el modelado es la imitación del comportamiento de los otros.

Según este paradigma, la conducta violenta está determinada socialmente y surge como consecuencia de la limitación de los reforzadores sociales a un núcleo parcial de sociedad. Es decir, la violencia se produce cuando una persona se ve privada de ciertos beneficios.

El trabajo de Bandura ha sido extraordinariamente fecundo en la comprensión del comportamiento agresivo, especialmente porque ha permitido distinguir analíticamente el aprendizaje de un comportamiento y su ejecución. Lo que postula es que realmente se puede aprender un comportamiento agresivo porque se ha visto cómo resultaba recompensado en otra persona, pero eso no implica que se tenga que ejecutar. Este hecho depende en mayor medida de otras variables (de personalidad, de la situación, etc; Bandura, Ross y Ross, 1963).

2.4. Aportaciones de la Psicología Social Contemporánea

Dice Stanley White que “la psicología nunca yerra. (...) Es una ciencia exacta con infinidad de ramificaciones”. Tras esta arriesgada, y quizá pretenciosa, afirmación se puede constatar la segura certeza de que los conocimientos aportados por esta disciplina pueden suponer un avance claro para la ciencia. Dentro de esas infinitas ramificaciones, la psicología clínica es un área de especialización que recibe contribuciones científicas y aplicadas de otras ramas de la psicología (Matarazzo, 1980). Por ello, también las contribuciones de la psicología social contemporánea, si bien no suponen una novedad teórica, aportan la visión del psicólogo social para complementar su quehacer clínico. En síntesis, porque el ejercicio de la psicología (sea cual sea su especialidad) se ordena a una finalidad humana y social que se expresa en objetivos como el bienestar, la salud, la calidad de vida, la plenitud del desarrollo de las personas y de los grupos en los distintos ámbitos de la vida individual y social (artículo 5º del Código Deontológico del Psicólogo; Colegio Oficial de Psicólogos de España, 2004).

Lo que se ha logrado desde hace aproximadamente tres décadas es introducir nuevos elementos que se desmarcan de las explicaciones de naturaleza interna y externa de la agresión. Muñoz (1990) introduce el contexto relacional en el que se produce todo comportamiento agresivo y violento. La agresión es siempre contra alguien y es ejecutada por alguien. Si no hay una relación, cualquiera que sea su naturaleza real o simbólica, la agresión no puede tener lugar.

Como resumen de las más vigentes aportaciones a este estudio se han descrito las siguientes características que cumple todo acto agresivo:

- Un *contexto de interacción interpersonal*,
- Donde se desarrolla una *acción intencional*, esto es, dirigida contra alguien,
- Cuya *consecuencia dañina*
- Supone un *comportamiento antinormativo* alejado de las normas básicas de convivencia

Cualquier manifestación de la violencia puede ser entendida como un comportamiento individual o colectivo. Resultan más llamativos y escandalosos estos últimos casos en los que una masa humana atenta contra uno o un grupo de individuos. Probablemente el genocidio nazi contra los judíos sea uno de los ejemplos más claros y extremos de la violencia de nuestro mundo en los últimos tiempos.

R. Girard (2002), antropólogo e historiador francés, realiza un análisis del fenómeno de la violencia colectiva. Analiza el fenómeno del *mimetismo*⁸ como proceso de socialización y comportamiento grupal responsable de la emisión de una conducta violenta en un grupo. Gracias al mimetismo, los odios -fundados o injustificados- de un individuo pueden ser transmitidos a otros individuos de tal forma que se perpetre un acto violento mientras que la responsabilidad queda diluida en el grupo. Parece que la causa de las violencias colectivas son las rivalidades miméticas. En frío y de forma aislada casi ningún individuo sería capaz de cometer un acto violento grave. Para favorecer la violencia colectiva hay que reforzar su carácter inconsistente y de conducta mimética. Por otro lado, impedir un apasionamiento mimético en el sentido de la violencia es desencadenar otro en sentido inverso, un apasionamiento mimético no violento. Por eso, para desalentar la violencia hay que mostrarla a plena luz, hay que desenmascararla y promover formas de imitación y conducta no violentas.

No se puede olvidar que el punto de vista de la psicología social donde se asienta el estudio de la violencia es muy amplio y sus implicaciones políticas evidentes. Por ello Lubek (1979) asume que la violencia es perjudicial para la sociedad y se identifica como violento aquello que atenta contra el poder establecido. La violencia doméstica, con sus características propias no supone menos.

Doménech e Iñiguez (2002) proponen un planteamiento crítico como base de cualquier estudio psicosocial⁹. El único objetivo de esta medida es el de situar a la ciencia social con una posición definida. La psicología clínica, como ciencia social, también adopta una posición definida cuando además de describir y explicar trastornos mentales y emocionales, aporta alternativas prácticas que buscan la mejora de la calidad de vida del individuo. Visión crítica y posición teórica definida se tendrán en cuenta en este estudio por tres motivos:

- Por la pretensión ambiciosa de ofrecer un análisis riguroso de un problema social.
- Por la obligación de ser coherente con las directrices de un estudio psicosocial.
- Por la utópica pretensión de que el posible aporte científico de este estudio esté comprometido con un avance justo e igualitario de la sociedad.

⁸ Se entiende el término *mimetismo* como *imitación* o resultado del modelado de una conducta.

⁹ Idea tomada del paradigma social de la psicología de la liberación (véase Martín-Baró, 1998. No en vano este autor definía la psicología social como “el estudio científico de la acción cuanto ideológica” –Martín-Baró, 1986; p. 50).

II. Violencia contra las Mujeres

La violencia de género es un fenómeno social de múltiples y diferentes dimensiones. Es la expresión de un orden social basado en la desigualdad como consecuencia de la asignación de roles diferentes a los hombres y a las mujeres en función de su sexo y con un reconocimiento distinto y superior para lo masculino. La violencia, manifestación de la desigualdad entre géneros es la fórmula a la que recurren muchos hombres para dominar a las mujeres y mantener sus privilegios en el ámbito familiar, produciendo terribles efectos para las víctimas (Instituto de la Mujer, 2001a; p. 9)

1. Consideración Histórico-Social de la Violencia contra las Mujeres

Desde hace unas décadas, los poderes públicos han diseñado y puesto en marcha acciones para paliar las discriminaciones de género y promover una mayor igualdad entre hombres y mujeres (Bustelo, 2004). Como premisa clara hay que considerar que desde el punto de vista histórico la violencia contra las mujeres no ha suscitado interés social ni jurídico debido al papel reservado tradicionalmente para la mujer. Prueba de ello es el tratamiento cultural y legal que históricamente se le ha dado. El Informe del Defensor del Pueblo de 1998 sobre Violencia Doméstica contra las Mujeres recoge una parte fundamental de la evolución histórica de este fenómeno.

Durante la Edad Media la cuestión no se centraba en si la violencia era o no aceptable, sino que lo importante era conocer el grado de ésta permitido sobre la mujer.

En el siglo XVII los tribunales comenzaron a considerar como indeseable la extrema brutalidad y la violencia contra la mujer, aunque se admitía que el esposo tenía el derecho a corregir a su cónyuge.

Durante el siglo XIX, en Estados Unidos, los tribunales se abstendían de conocer el maltrato conyugal, salvo que se produjera grave daño corporal.

Los avances a partir del siglo XX han sido numerosos. 1975 supuso un hito determinante en este ámbito puesto que a partir de entonces se comenzaron a buscar soluciones globales y mundiales para las mujeres. Ese año tuvo lugar la *I Conferencia Mundial sobre las Mujeres* en Méjico en la que se señaló como objetivo principal de la educación social enseñar a respetar la integridad física de la mujer. Se determinaron además, tres objetivos prioritarios: igualdad, desarrollo y paz, y, entre sus conclusiones, se declaró que el cuerpo humano, sea de hombre o de mujer, era inviolable y el respeto por él un elemento fundamental de la dignidad y la libertad humana.

Naciones Unidas declaró la década 1976-1985 como *Decenio de Naciones Unidas para las Mujeres*, durante la cual se llevó a cabo un gran esfuerzo internacional en la revisión de los derechos de las mujeres. No en vano, en 1980 se reconoció que la violencia contra la mujer era el crimen encubierto más frecuente en el mundo.

El 18 diciembre de 1979 la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó la *Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer* que constituye el instrumento internacional más importante para la promoción de los derechos y libertades fundamentales de las mujeres. Está fundamentada en la Carta de las Naciones Unidas y reafirma la confianza en los derechos fundamentales de la persona, en la dignidad y el valor del ser humano, y en la igualdad de derechos del hombre y de la mujer.

Si bien a lo largo de sus treinta artículos se centra el interés en proponer medidas para abolir cualquier forma de discriminación o desigualdad entre sexos a nivel internacional, es cierto que ninguno de ellos menciona de forma específica las formas de violencia contra las mujeres ni el tratamiento propuesto para que los diferentes estados contribuyan a su eliminación. Sin embargo, su carácter vinculante y el hecho de que fuera ratificada por 150 países (hoy día vincula a 165 estados), la convierte en un documento marco jurídico básico para la erradicación de la discriminación por razón de sexo. Los avances posteriores en esta materia han considerado que todas las formas violentas derivadas de una situación de discriminación o desigualdad, tienen cabida en este

documento y en las implicaciones que se desarrollan a partir de él a nivel legal, jurídico y social.

Posteriormente se han organizado otras tres *Conferencias Mundiales de la Mujer* en Copenhague (1980), Nairobi (1985), y Pekín (1995).

Pese a los progresos que se habían alcanzado a raíz de la primera, la *Conferencia Mundial de la Mujer* de Copenhague (1980) reconoció que estaban comenzando a surgir señales de disparidad entre los derechos garantizados y la capacidad de la mujer para ejercer esos derechos. Para abordar esa inquietud, se evaluó el desarrollo del *Decenio para las Mujeres* y se aprobó un *Programa de Acción* para la segunda mitad del mismo. Concretamente, se establecieron tres esferas en que era indispensable adoptar medidas concretas y con objetivos precisos para que se alcanzaran las amplias metas de igualdad, desarrollo y paz, que ya habían sido determinadas por la Conferencia de México. Esas tres esferas eran la igualdad de acceso a la educación, las oportunidades de empleo y servicios adecuados de atención de la salud. No se estableció ninguna medida concreta para abordar la violencia contra las mujeres, si bien la erradicación de ésta fue incluida en la implantación de medidas para lograr la igualdad.

Por su parte, en la *Tercera Conferencia de la Mujer* de Nairobi (1985) se revisaron los logros de Naciones Unidas y se aprobaron las estrategias orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer entre 1986 y 2000 con el fin de mejorar su situación en el mundo en cuanto a la igualdad, desarrollo y paz. El documento presentaba una serie de medidas encaminadas a lograr la igualdad de mujeres y hombres a escala nacional, dentro de cada país. Los gobiernos debían establecer sus propias prioridades, sobre la base de sus políticas de desarrollo y su potencial de recursos.

Se identificaron tres categorías básicas de medidas que constituyeron las llamadas *Estrategias de Nairobi*: 1) medidas constitucionales y jurídicas, 2) igualdad en la participación social, y 3) igualdad en la participación política y en la adopción de decisiones.

Estas tres medidas básicas incluían, además, una amplia gama de temas, desde el empleo, la salud, la educación y los servicios sociales hasta la industria, la ciencia, las comunicaciones y el medio ambiente. Además, se propusieron directrices para la adopción de medidas a escala nacional con miras a fomentar la participación de la mujer en la promoción de la paz, así como a prestar asistencia a la mujer en situaciones especiales de peligro.

Entre ésta y la cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, se celebró en 1993 la *Conferencia Mundial de Derechos Humanos* en Viena en la que se reafirmó que todos los derechos humanos tienen su origen en la dignidad y el valor de la persona humana y que ésta es el objeto central de aquéllos y de las libertades fundamentales. Se reconoció que los derechos humanos de la mujer y la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales, considerándose incompatible con los mismos la violencia y todas las formas de acoso y explotación sexual, en particular, las derivadas de prejuicios culturales y de trata internacional de personas. Se instó a los gobiernos, a las instituciones intergubernamentales y a las organizaciones no gubernamentales a intensificar sus esfuerzos a favor de la protección y promoción de los derechos humanos de la mujer y la niña. Además subrayó en especial, la importancia de la labor destinada a eliminar la violencia contra la mujer en la vida pública y privada, erradicando prejuicios sexistas.

La *IV Conferencia Mundial sobre la Mujer*, celebrada en Pekín en 1995, aprobó la *Declaración de Pekín* y una *Plataforma de Acción*. La *Declaración* comprometió a los gobiernos a impulsar, antes del término de siglo XX, las *Estrategias* acordadas en Nairobi en 1985 y a movilizar recursos para la realización de la *Plataforma*. Fue en este momento cuando se comenzó a hablar verdaderamente del inicio de un nuevo capítulo en la lucha por la igualdad entre los géneros.

La *Plataforma de Acción* de Pekín es el documento más completo producido por una conferencia de Naciones Unidas con relación a los derechos de las mujeres, ya que incorpora lo acordado en conferencias y tratados anteriores, como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Declaración sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Declaración de Viena. También reafirma las definiciones de El Cairo¹⁰ y añade un párrafo sobre Derechos Humanos en general. Además, se identifican doce esferas de especial preocupación que se considera que representaban los principales obstáculos al adelanto de la mujer y que exigen la adopción de medidas concretas por parte de los gobiernos y la sociedad civil. Estos son: 1) la mujer y la pobreza, 2) la educación y la capacitación de la mujer, 3) la mujer y la salud, 4) la violencia contra la mujer, 5) la mujer y los conflictos armados, 6) la mujer y la economía, 7) la participación de la mujer en el poder y la adopción de decisiones, 8) los mecanismos institucionales para

¹⁰ *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo* celebrada en El Cairo en 1994.

el adelanto de la mujer, 9) los derechos humanos de la mujer, 10) la mujer y los medios de comunicación, 11) la mujer y el medio ambiente, y 12) la niña.

La transformación fundamental que se produjo en Pekín fue el reconocimiento de la necesidad de trasladar el centro de la atención de la mujer al concepto de género, reconociendo que toda la estructura de la sociedad, y todas las relaciones entre los hombres y las mujeres en el interior de esa estructura, tienen que ser reevaluadas. Únicamente mediante esa reestructuración fundamental de la sociedad y sus instituciones sería posible potenciar plenamente el papel de la mujer para que ocupe el lugar que le corresponde como participante en pie de igualdad con el hombre en todos los aspectos de la vida. Este cambio representó una reafirmación firme de que los derechos de la mujer eran derechos humanos y de que la igualdad entre los géneros era una cuestión de interés universal y de beneficio para todos.

En el año 2000 la Asamblea General de Naciones Unidas convocó un período extraordinario de sesiones para examinar el progreso alcanzado en los cinco años transcurridos desde la aprobación de esta *Plataforma de Acción* de Pekín, y los 15 de las *Estrategias de Nairobi*. Se celebró en Nueva York, bajo el lema "La mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz en el siglo XXI".

Con respecto a la esfera concreta de la violencia contra la mujer planteada en la *Plataforma de Acción* de Pekín, se analizaron logros y obstáculos para erradicarla. En la tabla 2.1 se presentan estos aspectos tal y como fueron señalados por el *Informe del Comité Especial Plenario del vigésimo tercer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General* (Naciones Unidas, 2000). Cabe destacar el avance logrado al asumir la violencia contra las mujeres como una cuestión de derechos humanos y la necesidad de implicación de los propios estados para prevenir o combatirla, y favorecer la educación para las relaciones pacíficas. Igualmente, se incide en logro alcanzado de la erradicación de prácticas tradicionales peligrosas en muchos lugares del mundo, aunque se mantienen como obstáculos las actitudes socioculturales discriminatorias que favorecen la subordinación de la mujer. A pesar de los numerosos avances investigadores, se es consciente de que todavía son necesarias más iniciativas que contribuyan a conocer bien cuáles son las consecuencias de la violencia, los modos de impedirla, y el necesario aporte de medidas jurídicas y legislativas. Se tiende también a lograr un sistema de intervención coordinado y multidisciplinar.

Tabla 2.1. Evaluación de la *Plataforma de Acción* de Pekín (1995+5)

Logros	Obstáculos
✓ <i>Se acepta cada vez más que la violencia contra las mujeres y las niñas, ya sea en su vida pública o privada, es una cuestión de derechos humanos.</i>	✗ <i>Las mujeres siguen siendo víctimas de diversas formas de violencia.</i>
✓ <i>Se acepta que la violencia contra la mujer, cuando es perpetrada o condonada por el Estado o sus agentes, constituye la violación de un derecho humano.</i>	✗ <i>El hecho de que no se comprendan suficientemente las causas profundas de todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas obstaculiza las actividades que se realizan para eliminar dicha violencia.</i>
✓ <i>Se acepta también que los Estados tienen la obligación de actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y castigar actos de violencia, ya sean perpetrados por el Estado o por personas privadas, y de prestar protección a las víctimas.</i>	✗ <i>Hay una falta de programas amplios destinados a ocuparse de los culpables, incluidos, cuando proceda, programas que les permitan resolver sus problemas sin recurrir a la violencia.</i>
✓ <i>Cada vez hay una mayor conciencia y un mayor compromiso para prevenir y combatir la violencia contra las mujeres y las niñas, incluida la violencia en el hogar, que viola y obstaculiza o impide el disfrute de sus derechos humanos y libertades fundamentales mediante, entre otras cosas, mejores leyes, políticas y programas.</i>	✗ <i>La escasez de datos sobre la violencia obstaculiza también la formulación de políticas y la realización de análisis con conocimiento de causa.</i>
✓ <i>Los gobiernos han puesto en marcha reformas y mecanismos normativos tales como comités interministeriales, directrices, protocolos y programas nacionales multidisciplinares y coordinados para luchar contra la violencia. Además, algunos gobiernos han promulgado o reformado leyes para proteger a las mujeres y las niñas de todas las formas de violencia, así como leyes para procesar a los autores.</i>	✗ <i>Las actitudes socioculturales discriminatorias y las desigualdades económicas refuerzan la subordinación de la mujer en la sociedad. Ello da lugar a que las mujeres y las niñas sean vulnerables a muchas formas de violencia, como la violencia doméstica de tipo físico, sexual y psicológico, incluidas las palizas, los abusos sexuales de las niñas en el hogar, la violencia por cuestiones de dote, la violación marital, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, la violencia extramatrimonial y la violencia relacionada con la explotación.</i>
✓ <i>Cada vez se reconoce más a todos los niveles que todas las formas de violencia contra la mujer afectan gravemente a su salud.</i>	✗ <i>Muchos países siguen sin responder a la violencia con un enfoque suficientemente coordinado y multidisciplinar que incluya el sistema de salud, los lugares de trabajo, los medios de difusión, el sistema educativo y el sistema judicial.</i>
✓ <i>Se considera que los trabajadores de la salud han de desempeñar un papel importante para abordar ese asunto.</i>	✗ <i>En algunos países, la violencia doméstica, incluida la violencia sexual dentro del matrimonio, sigue considerándose como un asunto privado.</i>
✓ <i>Se han realizado algunos progresos en la prestación de servicios a las mujeres y los niños maltratados, incluidos los servicios jurídicos, centros de acogida, servicios especiales de salud y asesoramiento, teléfonos especiales y unidades de policía especialmente formadas al respecto.</i>	✗ <i>Siguen sin conocerse bien las consecuencias de la violencia en el hogar, los modos de impedirlos y los derechos de las víctimas.</i>
✓ <i>Se está potenciando la formación al respecto de los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, los miembros de la judicatura, los trabajadores de la salud y los asistentes sociales.</i>	✗ <i>Aunque están perfeccionándose, en muchos países son deficientes las medidas jurídicas y legislativas que se adoptan, particularmente en la esfera de la justicia penal, para eliminar las diferentes formas de violencia contra la mujer y los niños, incluida la violencia doméstica y la pornografía infantil.</i>
✓ <i>Se ha preparado material educativo para la mujer y para campañas de sensibilización de la opinión pública y se están realizando investigaciones sobre las causas fundamentales de la violencia.</i>	✗ <i>Las estrategias de prevención siguen siendo fragmentarias y se adoptan como reacción a los acontecimientos y son escasos los programas relativos a esas cuestiones.</i>
✓ <i>Cada vez se realizan más investigaciones y estudios especializados sobre el papel de los géneros, particularmente el papel de los hombres y los niños, y sobre todas las formas de violencia contra la mujer, así como sobre la situación de los niños que crecen en familias con violencia y sobre las repercusiones que la violencia tiene para ellos.</i>	✗ <i>Además cabe señalar que, en algunos países, ha habido problemas en la utilización de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones en relación con la trata de mujeres y niños y todas las formas de explotación económica y sexual.</i>
✓ <i>Se ha logrado establecer una cooperación fructífera entre las organizaciones gubernamentales y las no gubernamentales en la esfera de la prevención de la violencia contra la mujer.</i>	
✓ <i>El apoyo enérgico de la sociedad civil, particularmente de las organizaciones de mujeres y las organizaciones no gubernamentales, ha desempeñado un papel importante, ya que, entre otras cosas, ha servido para promover campañas de sensibilización de la opinión pública y prestar servicios de apoyo a las mujeres víctimas de la violencia.</i>	
✓ <i>Se ha prestado apoyo normativo a nivel nacional, regional e internacional a las actividades encaminadas a erradicar prácticas tradicionales peligrosas, como la mutilación genital de la mujer, que constituye una forma de violencia.</i>	
✓ <i>Muchos gobiernos han puesto en marcha programas educativos y de divulgación, así como medidas legislativas para tipificar esas prácticas como delitos.</i>	
✓ <i>Además, ese apoyo incluye el nombramiento por el Fondo de Población de las Naciones Unidas del Embajador Especial para la eliminación de la mutilación genital de la mujer.</i>	

Finalmente, en 2005 se desarrolló en Bruselas la revisión de la Plataforma de Pekín+10 según la aplicación de las medidas en la Unión Europea (UE). La que condujo esta evaluación fue la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer de la ONU. Como objetivos concretos se establecieron: 1) adoptar medidas integradas para prevenir y eliminar la violencia contra la mujer, 2) estudiar las causas y las consecuencias de la violencia contra la mujer y la eficacia de las medidas de prevención, y 3) eliminar la trata de mujeres y prestar asistencia a las víctimas de la violencia derivada de la prostitución y la trata de mujeres.

De igual forma, se revisaron todas aquellas reuniones y conferencias en este ámbito, la política, legislación, programas y proyectos de la UE y los logros y obstáculos de este periodo.

Las futuras conferencias, asambleas y reuniones se siguen cimentando en las decisiones acordadas en las anteriores. La revisión de las medidas clave adoptadas en Méjico, Copenhague, Nairobi y Pekín, siguen siendo prioritarias por cuanto suponen para la implantación de un modelo más igualitario y no violento para las mujeres en el mundo.

2. Definiciones para la Violencia contra las Mujeres

El maltrato a las mujeres por parte de su pareja es una de las formas más comunes de violencia contra las mujeres (Matud, Gutiérrez y Padilla, 2004). Es éste un problema que está recibiendo cada vez mayor atención debido al alarmante incremento de las cifras de víctimas mortales y de denuncias por malos tratos. Parece que este aumento no está relacionado con una situación social más insegura que hace unos años (Instituto de la Mujer, 2001a) sino que viene determinado, en gran medida, por el creciente interés de diversos medios (asociaciones que trabajan por los derechos de la mujer y la igualdad de género, medios de comunicación, centros de investigación...). La situación es conflictiva y las medidas sociales y jurídicas no son suficientes para proporcionar seguridad a las víctimas.

Dice Camps (2001, p. 13) que la denuncia pública de la violencia contra las mujeres “es un signo de progreso”. La sociedad global tiene que denunciar los hechos injustos, pero para progresar, el primer paso es dar nombre a cada hecho. Ante la variedad de denominaciones sobre temas muy parecidos, ¿cuál es el término más específico para designar cada problema?

Violencia contra las mujeres es el término definido por la *Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos* (Viena, 1993) como “cualquier acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que se produzca o pueda producir un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico en las mujeres, incluidas las amenazas, la coacción o la privación arbitraria de libertad que ocurran en la vida pública o privada”.

L. Walker (1999a), psicóloga norteamericana pionera en el estudio de la violencia contra las mujeres, sus consecuencias negativas y tratamiento, utiliza un término más específico para definir un problema también más concreto. La *violencia o maltrato doméstico* es 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.

Si bien las dos definiciones se parecen, la primera integra el elemento específico de este tipo de violencia: el principal factor de riesgo lo constituye el hecho de ser mujer.

Por otro lado, una expresión muy utilizada hoy en día, *violencia de género*, es el término preferido por los colectivos implicados en la intervención con mujeres (psicológica, social o asistencial). Se refiere a la violencia desarrollada como consecuencia de una situación de desigualdad de carácter sexual. Su utilización está muy ligada al ámbito de la intervención social.

El objetivo de este estudio pasa por analizar el impacto de la violencia ejercida sobre las mujeres por parte de su pareja en el ámbito familiar, en el hogar. Se es consciente de que en el lenguaje popular los sustantivos violencia, maltrato, malos tratos, agresión..., unidos a los complementos doméstico/a, marital, intrafamiliar, de género, en el hogar, contra las mujeres, incluso familiar o en la familia, son, muy a menudo sinónimos. En este estudio se prefieren, no obstante, los términos **violencia o maltrato doméstico** por incluir ambas características (realizado por la pareja en el ámbito del hogar) y ser sintéticas y explicativas del problema. Además, este término tiene en cuenta la perspectiva de género y permite hacer conexiones con formas de violencia contra la mujer fuera del ámbito familiar (Kelly, 2001), ya que muchas veces, las agresiones tienen lugar fuera del hogar común.

Por otro lado, el término violencia doméstica se emplea también para referirse al realizado contra otros miembros en el hogar: ancianos, menores o personas discapacitadas. Los tres grupos mencionados se caracterizan, además, por estar en desventaja social con respecto a la población que agrede (por edad o capacidades), y por compartir con las mujeres el ámbito en el que se desarrolla la violencia: el hogar. En concreto, el maltrato a

ancianos se ha definido como “cualquier acto, sea único o reiterado, o falta de acción apropiada que cause daño o angustia a una persona de edad y que se produzca en cualquier relación donde exista una perspectiva de confianza” (Martínez y Fernández, 2005; p. 75), y el maltrato a la infancia incide en la expresión de una disfunción en el sistema padre-niño-ambiente-cultura. El maltrato hacia personas discapacitadas también se ha registrado, no sólo en instituciones y residencias, sino que la mayor parte de los casos son de carácter doméstico y son cometidos por familiares cercanos (e.g. cónyuge o un hijo adulto).

Algunos colectivos reivindican la atención a un sector masculino que es también víctima de malos tratos y habría que incluirlo dentro del término de violencia doméstica. Los resultados de las investigaciones sugieren que los hombres pueden ser víctimas de malos tratos al igual que las mujeres (Stets y Straus, 1990), pero parece que incluso cuando los hombres y las mujeres hablan de niveles similares de violencia por parte de sus parejas, son las mujeres las que informan de un daño mayor. Se plantea que es de dos a tres veces más probable que las mujeres refieran haberse sentido en peligro o heridas en conflictos con sus parejas que los hombres (Morse, 1995). La realidad de los varones que sufren maltrato necesita una atención al margen. Por ello se prescinde de sus características cuando se emplea en este estudio el término de *doméstico*.

3. Violencia Doméstica contra las Mujeres

El maltrato doméstico sólo ha recibido amplia atención científica en los últimos treinta años (Berns, Jacobson y Gottman, 1999). Walker (1999b) señala su inicio con el movimiento feminista, pero sólo desde finales de los años ochenta se han llevado a cabo investigaciones controladas y con un objetivo científico específico. Los estudios se han centrado en los factores que pueden estar relacionados con el aumento del número de denuncias (Lorente, 2001), los cambios sociales producidos (Martínez, 2000), las diferencias y desigualdad de género (Instituto de la Mujer, 2001a), etc. Dentro del campo de la psicología, se ha prestado un especial interés a las consecuencias derivadas del maltrato (Lorente, 2001; Taylor, Magnussen y Ammundson, 2001; Zubizarreta, Sarasua, Echeburúa, Corral, Sauca y Emparanza, 1994), el desarrollo y la evaluación de tratamientos para esta población (Lundy y Grossman, 2001; Mancoske, Standifer y Cauley, 1994; Tutty, Bidgood y Rothery, 1993), la caracterización de las situaciones de maltrato (Álvarez, 1999), y las distintas variables que pueden estar relacionadas con el maltratador (Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa y Corral,

1994). A pesar de que los temas son amplios, el número de investigaciones es todavía relativamente pequeño, teniendo en cuenta las necesidades de prevención e intervención precisas en este ámbito.

3.1. Epidemiología

3.1.1. Datos Mundiales

Se sabe que la violencia doméstica afecta a millones de mujeres cada año en todo el mundo. En Estados Unidos, de dos a cuatro millones de mujeres son maltratadas cada año por sus parejas (Salber y Taliaferro, 2000; Tjaden y Thoennes, 1998). También se estima que un 50-60% de las mujeres serán víctimas de maltrato doméstico alguna vez en su vida (Ellsberg, Caldera, Herrera, Winkvist y Kullgren, 1999; Walker, 1979). Además, los efectos de la violencia doméstica tienen largo alcance, afectando no sólo a la mujer y a las familias, sino también a las comunidades, a las instituciones y a la sociedad como ente global: la violencia produce un impacto negativo en el sistema judicial criminal, los servicios sociales, el sistema legal, el sistema educativo, el lugar de trabajo y el sistema sanitario.

Hasta hace pocos años no era frecuente el estudio del impacto del maltrato doméstico en la población. En la actualidad se han analizado en profundidad aunque los datos estadísticos más habituales corresponden a prevalencia e incidencia.

A menudo se han estudiado las diferentes regiones del mundo, encontrándose variaciones muy importantes en estos valores. La tabla 2.2 muestra una relación de estudios epidemiológicos en todo el mundo tomando como fuentes fundamentales los estudios de Heise (1994) y el realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000). Dicha tabla muestra los porcentajes de prevalencia e incidencia de la violencia doméstica por regiones. Puesto que los datos proceden de estudios diversos donde se han medido aspectos muy diferentes, es difícil extraer conclusiones generales. Algunas de las diferencias se deben a las estrategias de investigación (distintas definiciones, los tipos de preguntas que se realizan, los métodos que emplean, o las muestras). Sin embargo, quizá lo más importante e interesante es que estas cifras están basadas en una definición inclusiva, es decir, consideran que un incidente aislado tiene el mismo peso que un maltrato prolongado.

Tabla 2.2. Incidencia y prevalencia de la violencia doméstica por región¹¹

País	Fecha del estudio	% último año (incidencia)	% alguna vez (prevalencia)
África			
Egipto	1995-96		34
Etiopía	1995	10	45
Kenia	1990		42
Nigeria	1992-93		31
Sudáfrica	1998	11	27
Tanzania	1990		60
Zambia	1992		40
América del Norte			
Canadá	1993	3	29
Méjico	1996		40
Estados Unidos	1998	1	22
Centroamérica			
Guatemala	1993		30
El Salvador ¹²	1999	8,82	
Nicaragua	1993	27	52
Costa Rica	1990		54
América del Sur			
Chile	1993	22	
Paraguay	1995-96		9
Perú	1997	31	
Asia			
Bangladesh	1992	19	47
India	1990		75
Japón	1993		59
Corea	1989	37	
Malasia		39	
Filipinas	1993		5
Europa			
Países Bajos	1986		21
Noruega	1989		25
Suiza	1994-96	6	12
Turquía	1998		58
Reino Unido	1993	12	30
Oriente Medio			
Cisjordania y Gaza	1994	54	
Otros			
Australia	1993-4	22	
Papúa Nueva Guinea	1982		67

Nótese que la gran variabilidad en los datos de incidencia oscila entre el 1% de Estados Unidos y el 54% de Gaza y Cisjordania, y en cuanto a la prevalencia, va desde el 5% de Filipinas hasta el 75% de India. A pesar de la dificultad inicial para considerar de forma absoluta estos resultados, es posible extraer algunas conclusiones:

¹¹ Se ha tratado de respetar la configuración geográfica de los continentes y así se presentan en el mismo grupo Canadá, Estados Unidos y Méjico, como integrantes de América del Norte. En algunas recopilaciones de estos estudios (véase Kelly, 2001), Méjico aparece englobado como integrante de América del Sur. Por otro lado, en este trabajo se separa también Centroamérica de Sudamérica, por entender que son regiones distintas y que las diferencias culturales, políticas y sociales entre ambos subcontinentes son tan definitorias como las que separan a Norteamérica del resto del continente.

Por otro lado, este criterio de separación también pretende facilitar la ubicación de la violencia doméstica por regiones en el mundo, y así se hace la distinción concreta de la zona de Oriente Medio.

¹² Estudio concreto realizado por el IUDOP de la UCA de El Salvador en 1999.

- La proporción de países estudiados en vía de desarrollo frente a los más desarrollados no es equilibrada. Hay estudios comparativos del nivel de violencia en diferentes regiones geográficas que centran especial atención en las menos desarrolladas (América Latina, Asia y África). Queda la duda de si el maltrato es más frecuente en estos países por razones sociales, o si se tiene más constancia de él por la preocupación de estudios en poblaciones en culturas de riesgo. A este respecto resulta de gran interés el estudio ACTIVA (IUDOP, 1999) centrado en ocho países latinoamericanos y España donde se realiza una investigación de las actitudes y normas culturales frente a la violencia. De este estudio, Moreno (1999) extrae la conclusión de que es más probable recibir agresiones dentro del hogar que fuera de él, pero no existe una relación paralela entre el nivel de violencia general de la ciudad (delictivo) y el vivido en pareja. Así, se vio que Santiago de Chile –ciudad en la que menos violencia se encontró en la calle- ocupaba un lugar intermedio en la intensidad de la violencia doméstica, y analizando la situación de Madrid, se vio que tanto la violencia doméstica como la callejera eran relativamente bajas. Por el contrario, ciudades como San Salvador o Caracas, -donde la violencia en la calle es mayor que en el resto- no son los lugares donde la violencia doméstica sea tan alta.
- Por otro lado, y dados los condicionantes sociales para el análisis de este problema, cabría esperar una relación negativa entre el reconocimiento de los derechos de las mujeres y la prevalencia de la violencia contra ellas (a más reconocimiento, menor tasa de violencia). El primer país que reconoció el derecho al voto de las mujeres fue Nueva Zelanda en 1893. En Europa fue Finlandia (1906). Sin embargo, fue un estado de Estados Unidos, Wyoming, el primero en aprobar el sufragio femenino (1869). Tanto Europa como Norteamérica presentan tasas de maltrato inferiores a África y Asia que son continentes donde el maltrato contra la mujer es más abundante y flagrante.
- Europa es, en términos generales y exceptuando la región de Turquía¹³, el continente donde la prevalencia de violencia doméstica es menor, pese a que Filipinas y Paraguay presentan porcentajes inferiores al 10% (inferiores a cualquier país del mundo). A pesar de las dificultades que entrañan las

¹³ En el caso de este país se hizo un estudio local en un área, no a nivel nacional.

comparaciones internacionales, dentro del continente europeo también se han realizado estudios tratando de homogeneizar los índices de violencia para obtener conclusiones comparativas. En un estudio del *Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia* (2000) se utilizó como índice el número de muertes de mujeres a manos de su cónyuge, compañero o ex pareja. Se compararon los datos obtenidos en 13 países europeos. En esta clasificación, España quedaba en noveno lugar con 2,4 asesinatos por cada millón de mujeres mayores de 14 años.

Entre los países con mayor prevalencia de muertes se encontraban algunos nórdicos como Finlandia (con una tasa del 8,6), Noruega (6,5), Dinamarca (5,4) o Suecia (4,5). El caso extremo fue Rumania (12,6).

- Relacionando los datos presentados en la tabla 2.2 y el estudio de Kelly (2001), se puede añadir que una de cada diez mujeres sufre actualmente alguna forma de maltrato y una de cada cuatro mujeres sufrirá violencia a manos de una pareja en algún momento de su vida.
- Finalmente, datos concisos a nivel mundial de la Organización Panamericana de la Salud (1999) añaden:
 - El 33% de las mujeres entre 16-49 años ha sido víctima de acoso sexual.
 - Al menos un 45% ha sido amenazada, insultada o ha visto la destrucción de su propiedad personal.
 - Entre el 10-50% de mujeres en cada país (donde existen datos fiables) han experimentado abuso físico de su pareja.
 - En 1998, la violencia interpersonal fue la décima causa de muerte en mujeres de 15 a 44 años.

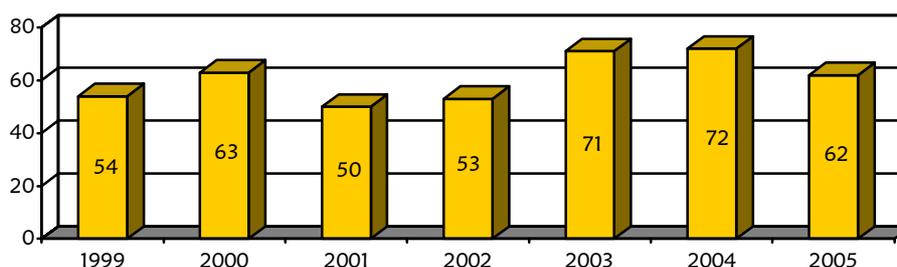
3.1.2. Datos en España

En este trabajo se pretende hacer un análisis más profundo de la violencia doméstica en nuestro país, dada la premisa de estudiar detalladamente el contexto social donde se encuadra la investigación principal. Los datos que a continuación se describen pretenden ofrecer una visión clara de las cifras en nuestro país. Se utilizan como fuentes fundamentales los datos del Instituto de la Mujer (2006) y otros estudios concretos para datos más específicos.

Si bien el problema es intuitivamente preocupante a nivel mundial, en España las estadísticas no son más alentadoras. Se han hecho estudios en profundidad intentando señalar los datos estadísticos más relevantes en los casos de maltrato. En este sentido, el Instituto de la Mujer y el Ministerio del Interior señalan la creciente progresión del número de denuncias y de víctimas de la violencia doméstica.

- Desde el año 1999 y hasta finalizar 2005 se han producido 425 muertes de mujeres a manos de sus parejas (Instituto de la Mujer, 2006)¹⁴, con una media de 60,71 muertes por año. La progresión ha mantenido una tendencia creciente aun con ciertos descensos en los años 2001 y 2002. También en el año 2005 se ha producido una disminución de casi un 14% con respecto al año 2004 (véase figura 2.1).

Figura 2.1. Mujeres muertas por violencia de género a manos de sus parejas o ex parejas (1999-2005)



Sin embargo, diversas asociaciones que trabajan en favor de los derechos de la mujer (Red Estatal de Organizaciones Feministas contra la Violencia de Género –REF-, Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas, Foro de Madrid contra

¹⁴ El Instituto de la Mujer, dependiente del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, elabora este documento a partir de noticias de prensa y datos del Ministerio del Interior. En todas las estadísticas se incluyen aquellas parejas (cónyuges, compañeros sentimentales o novios) en las que se ha planteado la ruptura de la relación y aquellos matrimonios en los que todavía no han surtido los correspondientes efectos legales. De forma obvia, están incluidas también las parejas de cualquier tipo estables.

Tradicionalmente, la fuente utilizada para contabilizar el número de mujeres muertas a manos de su pareja o expareja era, exclusivamente, el Ministerio del Interior. Sin embargo, estos datos resultaban incompletos debido, fundamentalmente a que en las Comunidades Autónomas de Euskadi y Cataluña, solamente se contabilizaban los casos que quedaban bajo la competencia de la Policía Nacional y la Guardia Civil, quedando sin cuantificar los que eran competencia de la Ertxantxa y de los Mossos d'Squadra, y que sólo se contabilizaban los fallecimientos que tenían lugar dentro de las primeras 72 horas desde la comisión del delito.

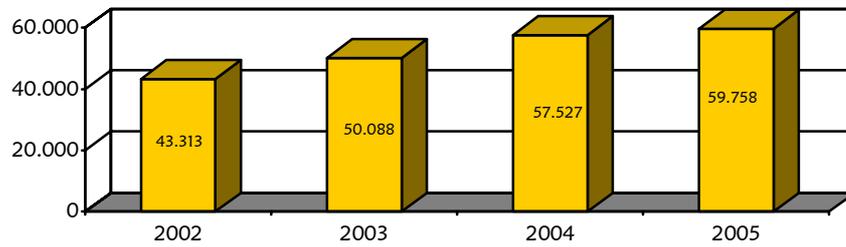
En este momento, el Instituto de la Mujer ha decidido realizar su propia cuantificación, basada en un sistema mixto y unificado, en el que, partiendo de las noticias aparecidas en los medios de comunicación, que son utilizados como "sistema de alerta", cada uno de los casos es, posteriormente, contrastado con los datos provenientes del Ministerio del Interior y, en un futuro, del ámbito judicial (información disponible en: <http://www.mtas.es/mujer/mujeres/cifras/violencia/muertes.htm>)

la Violencia a las Mujeres, entre otras) señalan que los datos divulgados por las autoridades estatales referentes a las muertes de mujeres a manos de sus parejas no son del todo exactos ya que parecen subestimar las cifras. Estos datos pueden variar incluso en un 50% (Álvarez, 2003). Las organizaciones feministas registran los casos aparecidos en los medios de comunicación y reivindican la revisión de los criterios de recogida del Instituto de la Mujer. Su objetivo es que se recojan, no sólo los episodios de violencia en función de la relación de parentesco (hasta el año 2002 no se recogían los casos de las mujeres que no tuvieran una relación formalizada con el agresor), sino de la causa y el objetivo que persigue esa violencia de modo que se ajusten a la definición de Naciones Unidas del término *Violencia contra las Mujeres* (según queda recogida en la *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer/Resolución de la Asamblea General de 48/104* del 20 de diciembre de 1993) (Fundación Mujeres, 2006).

- El aumento del número de denuncias presentadas por violencia doméstica ha seguido una progresión similar. Atendiendo al periodo 2002-2005¹⁵, el número de denuncias registradas ha sido 210.686 (véase figura 2.2). El continuo crecimiento es comparable al incremento del número de muertes registradas en el mismo periodo. También en el último año se ha producido una ligera disminución del número de demandas presentadas por casos de violencia doméstica aunque la media de este periodo se sitúa en 52.671,5 denuncias.

¹⁵ Se utiliza únicamente este período ya que sólo en éste se ha utilizado la misma metodología de registro de datos que en el caso anterior (utilización de un criterio propio basado en los datos del Ministerio del Interior). Hasta enero de 2002, los datos que se ofrecían sobre víctimas por malos tratos a partir de las denuncias recogidas por el Ministerio del Interior, tomaban en cuenta, solamente, delitos y faltas de "Malos tratos en el ámbito familiar" y "Lesiones". Desde ese momento, se optó por incluir otro tipo de infracciones penales que, cometiéndose en el ámbito de las relaciones de pareja consideradas, quedaban, hasta entonces, fuera de la cuantificación estadística. Cabe recordar, igualmente, que, desde enero de 2002, el número de relaciones consideradas entre víctima y agresor/a fue ampliado, fundamentalmente, para dar cabida a aquellos casos en los que la agresión se producía cuando ya se había roto la convivencia (información disponible en <http://www.mtas.es/mujer/mujeres/cifras/violencia/denuncias.htm>).

Figura 2.2. Denuncias por malos tratos producidos por la pareja o expareja (2002-2005)



- Según la relación existente entre la víctima y el agresor, en el período 1999-2005, el mayor número de muertes se produjeron en parejas de convivientes, siendo el agresor más frecuente el cónyuge seguido del compañero sentimental. Las figuras 2.3 - 2.6 reflejan gráficamente estos datos¹⁶.

Figura 2.3. % mujeres muertas según relación con el agresor. Año 2002.

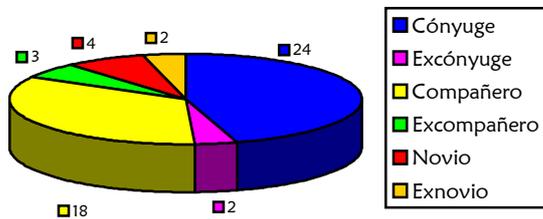
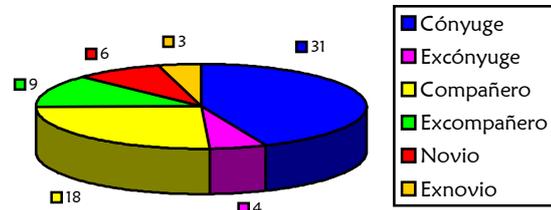


Figura 2.4. % mujeres muertas según relación con el agresor. Año 2003.



¹⁶ Se reflejan únicamente los datos de los cuatro últimos años puesto que la proporción es similar en los años anteriores incluidos en este estudio del Instituto de la Mujer (2005).

Figura 2.5. % mujeres muertas según relación con el agresor. Año 2004.

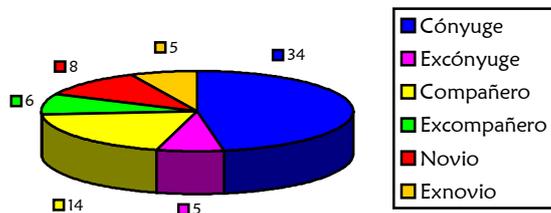
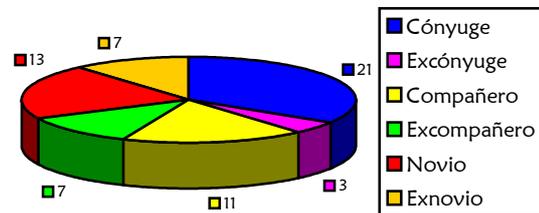


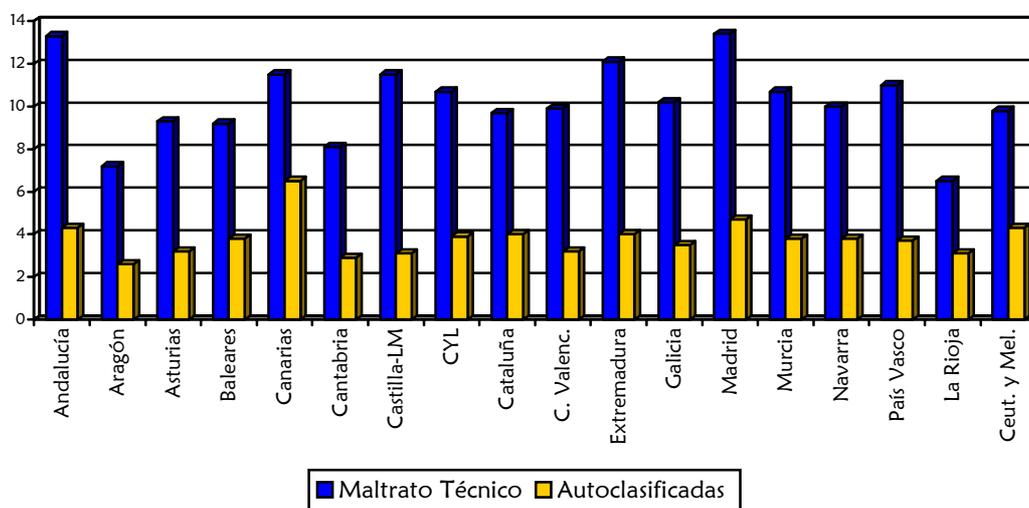
Figura 2.6. % mujeres muertas según relación con el agresor. Año 2005.



- Analizando los datos por Comunidades Autónomas (véase figura 2.7), Canarias fue la región que presentó un mayor porcentaje de mujeres clasificadas a sí mismas como “maltratadas” durante el año 2001 (6,5% de la población). Estaba seguida por Madrid (4,7%), Andalucía, Ceuta y Melilla (4,3%), y Cataluña y Extremadura (4%). Estos datos, procedentes de la macroencuesta “Violencia contra las Mujeres” realizada por el Instituto de la Mujer en 2002 (véase referencia Instituto de la Mujer, 2006) contrastan con los porcentajes de maltrato técnico estimados por el mismo organismo. Se entiende por maltrato técnico, aquel encubierto y no denunciado. Madrid y Andalucía alcanzan las mayores cifras de este tipo de maltrato (13,4% y 13,3%, respectivamente), seguidas por Extremadura (12,1%), Castilla La Mancha y Canarias (11,5%) y Galicia (10,2). De forma global, esta macroencuesta ha estimado la tasa de mujeres maltratadas en un 11,1%, a la que cabría añadir un 4% adicional de mujeres que se consideran a sí mismas como maltratadas, pero que no responden a la definición técnica.

Por otro lado, según el estudio ACTIVA y los datos recogidos por Moreno (1999), de una muestra madrileña de 619 personas que vivían en pareja, un 58,2% sufrió maltrato psicológico (“le gritaron”) una o más veces y un 1,6% sufrió maltrato físico (“le abofetearon”).

Figura 2.7. Mujeres maltratadas según Comunidad Autónoma (2002)



La atención institucional a estas cifras en España es alta teniendo en cuenta que actualmente los programas de género están incluidos en las políticas sociales municipales, autonómicas y estatales (Bustelo, 2004), y en los planes educativos. Las intervenciones tratan de ser por un lado, preventivas y, por otro, instauradoras de una convivencia que facilite la equidad y la igualdad de oportunidades entre sexos. A nivel social tienen mayor impacto aquellas actuaciones asistenciales que se inician cuando ya ha ocurrido un caso de violencia, aunque su utilidad sea menor si tenemos en cuenta las altas cifras de víctimas mortales.

3.2. Tipos de Violencia Doméstica

Al igual que otras manifestaciones de violencia, la violencia doméstica se expresa de diferentes formas. Ya sea desde el punto de vista de la víctima o del agresor, la clasificación es la misma, aunque es más frecuente que se describa según el agente del maltrato:

- *Maltrato físico:* actos tales como golpear, pinchar, abofetear, escupir, agarrar, empujar, morder, romper huesos, intentos de estrangulamiento, provocar abortos, tirar objetos, utilizar armas, quemar, asesinar... Camps (2001) considera que esta es la afrenta más vejatoria que puede ocurrirle a una persona.
- *Maltrato psicológico:* comentarios degradantes, insultos, observaciones humillantes sobre la falta de atracción física, la inferioridad o la competencia, destrucción de objetos con especial valor sentimental, privación de necesidades básicas, insistencia en considerar a la víctima loca, estúpida o inútil. Algunos

autores (Martínez y Fernández, 2005; Zubizarreta *et al.*, 1994) sostienen que la coacción psicológica, incluso sin lesiones físicas, puede ser la más grave por cuanto tiene de incapacitante para el funcionamiento habitual de la mujer. Según un estudio longitudinal acerca de la etiología de la violencia doméstica, Murphy y O’Leary (1989) encontraron que las agresiones psicológicas eran precursoras de la violencia física.

- *Maltrato sexual:* imposición de relaciones sexuales mediante coacción, intimidación o por indefensión de la persona agredida. Está incluido el abuso y la violación con uso de la fuerza física e imposición de una relación sexual no deseada.

Existen otras formas de violencia “invisible” que han recibido el nombre de “micromachismos cotidianos” (Bonino, 1997). Su objetivo es la descalificación y la merma de la capacidad de decisión y control de las mujeres. Estas maniobras son sutiles y coinciden con otras categorías descritas por Álvarez (1999) para concretar el tipo de maltrato producido:

- *Maltrato económico:* control de los recursos por parte del maltratador, sólo gasta para sí mismo, retiene la tarjeta de crédito, fuerza la entrega de dinero que ella gana, obliga a la venta de bienes, hace las compras para controlar el efectivo acusándola de incompetente e impide que participe en la toma de decisiones sobre cómo distribuir el dinero.
- *Maltrato social:* supone el maltrato verbal en presencia de terceros, el control de las relaciones externas (familia, amigos, llamadas de teléfono...), impide que lo acompañe a actividades o impone su presencia a la fuerza, sabotea los encuentros familiares, coquetea abiertamente con otras mujeres en su presencia, impide trabajar o estudiar, no se hace responsable de los hijos, trata mal a los familiares o amigos de la víctima, la obliga o presiona para que se vista y se arregle como él quiere, se hace la víctima en público diciendo que ella lo maltrata, prohíbe tener trato con amistades...
- *Maltrato sentimental o emocional:* el agresor golpea las puertas, pone alta la televisión o la música mientras duerme, descansa o estudia, desconecta el teléfono cuando se va, impide ver sus programas favoritos, se come la comida destinada a los hijos, revisa sus cajones y pertenencias, ensucia y desordena a propósito, abre la correspondencia personal y escucha las conversaciones

telefónicas... Este tipo tiene mucho en común con el maltrato psicológico, aunque según la descripción de su autor, se refiere más a agresiones contra objetos, o se produce en situaciones de valor emocional/sentimental para la mujer. Lo más frecuente es, sin embargo, que ambos términos se empleen como sinónimos.

3.3. Ciclo y Mantenimiento de la Violencia Doméstica

La mayoría de los autores (Álvarez, 1999; Barea, 1997; Jensen, 2000; Lorente, 2001; Walker, 1984) han dividido en *etapas* estos actos violentos contra las mujeres y a pesar de referirse a ellas con diferentes nombres, la mayoría coinciden en afirmar la existencia de tres momentos que marcan el desarrollo de esta situación de maltrato:

- Una *primera fase* en la que todos los autores aluden a la *acumulación de tensiones* en la pareja. Comienzan a surgir las primeras disputas. La relación aparentemente cordial empieza a deteriorarse, surgen las primeras discusiones y la situación se vuelve tensa y distante de forma progresiva. La tensión y la irritabilidad aumentan sin motivo. Es frecuente que haya silencio entre la pareja. La agresividad, encubierta, se va haciendo manifiesta de forma cada vez más frecuente.
- La *segunda fase* está caracterizada por la agresión física. La tensión acumulada durante la primera etapa se descarga a través de la agresión. El hombre explota y castiga duramente a su pareja, y frecuentemente, a sus hijos. Tanto en unos como en otros pueden aparecer lesiones físicas y psicológicas.
- En la *tercera fase* se da un arrepentimiento, una manipulación afectiva. Algunos autores (Lorente, 2001; Pérez, 2000) la han denominado *fase de luna de miel* porque el agresor vuelve a manifestarse cariñoso, comprensivo, trata de justificar sus agresiones anteriores, pide perdón y mantiene que va a cambiar. Parece un intento por olvidar la situación anterior, y durante un tiempo, sus propósitos se suelen mantener. Sin embargo, esta mejora no es definitiva y el maltrato prosigue.

Lo característico de estas etapas es su *desarrollo cíclico* (véase figura 2.8). Tras el arrepentimiento (remisión) de la tercera etapa, la situación vuelve al inicio, a la fase en la que se van acumulando las tensiones. Este círculo se desarrolla, cada vez, con mayor rapidez. La duración de cada etapa es variable, pero a medida que pasa el tiempo, la

primera y tercera etapas suelen disminuir para aumentar la segunda (agresión). Las agresiones se hacen cada vez más frecuentes, son de mayor gravedad y se desencadenan por motivos más insignificantes (Lorente, 2001).

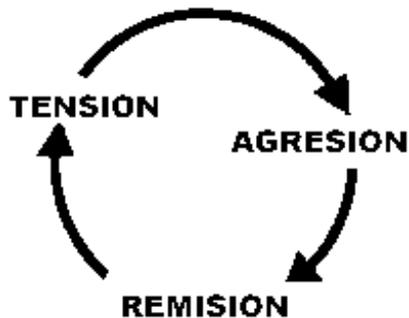


Figura 2.8. Ciclo de la violencia doméstica

Un elemento, cuando menos curioso, es que la violencia contra la mujer no es un episodio aislado, sino que se suele perpetuar en el tiempo. Se afirma que es crónica (Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1996), y se estima que las mujeres que soportan esta situación lo hacen durante una media de diez años (Zubizarreta *et al.*, 1994). Hay mujeres que se ocultan a sí mismas las agresiones que reciben, que construyen una narrativa errónea de lo que les está ocurriendo. Este mantenimiento en la situación y la reticencia a buscar el apoyo de profesionales contribuyen al agravamiento de los síntomas.

Por otro lado, el mantenimiento social del problema se sustenta en muchas ocasiones debido a los estereotipos sociales. Echeburúa y Corral (1998; p. 4) recogen una serie de mitos sociales que forman parte muchas veces del imaginario colectivo y que ayudan a perpetuar estas creencias. Entre ellos se encuentran:

- “Maltratar significa golpear a alguien hasta que sangra o se le fracturan los huesos.
- El abuso de drogas y alcohol es responsable de la violencia familiar.
- La mayoría las víctimas de la violencia familiar no sufren heridas serias.
- Pegar una bofetada a su esposa no está prohibido por la ley.
- Si una mujer maltratada dejara a su marido, estaría a salvo”.

Además, se ha afirmado que el mantenimiento puede estar relacionado con la edad, el nivel cultural, la existencia de trabajo extradoméstico, el nivel de apoyo social, el nivel

económico, las expectativas previas de la relación de pareja o la presencia de menores en la familia (Echeburúa y Corral, 1998; Lorente, 2001).

III. Consecuencias de la Violencia Doméstica

En algún lugar una madre espera a su hombre, a su hijo entre las cadenas de un opresor o espera a aquellos que nunca volverán y aún aguanta, no sabemos cómo... (Es'kia Mphahlele, 2002)¹⁷

“**A**guantar” es un término muy utilizado por la gente común para designar la estrategia más frecuente ante el infierno que vive una mujer maltratada. Soportar este malvivir determina que se produzcan consecuencias negativas y nocivas para las víctimas.

Ya se ha dicho que la violencia doméstica, entre otros, representa un problema social. Para ser más precisos, se trata de un problema que afecta a toda una comunidad, teniendo en cuenta que ésta está formada por sistemas médicos, jurídicos, sociales... Las repercusiones de los actos violentos hacia la mujer se manifiestan en los diferentes ámbitos, y se considera que una mujer maltratada ha atravesado situaciones límite, traumáticas y de alto impacto para su salud física, psicológica y social, puesto que ha sido invadida en todos sus derechos, incluyendo su seguridad, su integridad física, y psicológica.

En numerosos estudios se alude a la definición de un perfil de mujer maltratada, una descripción de características relativamente estables que forman parte del acopio personal de una mujer que ha sufrido violencia doméstica (Defensor del Pueblo, 1998; Zubizarreta *et al.*, 1994). Esta descripción está habitualmente más relacionada con datos

¹⁷ Fragmento de un poema recogido por M. Raper en su prólogo a *Refugiadas* (2002).

sociodemográficos que con características psicopatológicas (como ocurre con la descripción del perfil de maltratador -Zubizarreta, 2004-).

Ciertamente no se sabe si ser maltratada es más probable para unas mujeres que otras. ¿Es cierto que existen factores de vulnerabilidad que hacen a unas mujeres más susceptibles de dar con un hombre violento? Porque parece que es éste el único factor de riesgo confirmado completamente. Una baja autoestima, esquemas maritales excesivamente tradicionales, conductas dependientes, tendencia a la depresión¹⁸, etc., sólo favorecen el maltrato si existe una pareja maltratadora. Como ocurre en la descripción de muchos actos violentos, las mujeres maltratadas sólo estarían separadas de las que no lo son por una *casualidad* (Pulgar, 2004), pero indudablemente sí se establece una relación de *causalidad* entre agresión y malestar emocional y/o deterioro físico. A pesar de resultar una verdad casi axiomática, conviene tenerlo en cuenta para eliminar los mitos sociales que sobre esta idea tienden a culpabilizar a las víctimas de las propias consecuencias negativas de la violencia doméstica.

La gravedad de los efectos de la violencia depende del tipo de violencia sufrida, su intensidad y su frecuencia, su intencionalidad, sus consecuencias, de los medios utilizados y de los elementos acompañantes (amenazas y medios que indiquen la intención y posibilidad de llevarlos a cabo), teniendo en cuenta que estas consecuencias no se producen únicamente por la agresión física, sino que son igualmente probables cuando la víctima sufre violencia sexual o psicológica. En este capítulo se analizan las consecuencias de la violencia doméstica en los diferentes ámbitos de impacto, y en este trabajo se agrupan en dos áreas, a saber, repercusiones sociales, y repercusiones en la salud, distinguiendo dentro de ella la salud física y psicológica.

1. Repercusiones Sociales

Se entiende por repercusiones sociales aquellas que afectan al modo relacional de las personas, a su interacción con otros, o a su desenvolvimiento en el medio como adaptación en actividades de la vida cotidiana. Como consecuencia del aislamiento, la desvalorización y el maltrato a los que se ven sometidas, las mujeres que sufren violencia doméstica tienen dificultades para establecer relaciones sociales, sienten desconfianza y

¹⁸ Características establecidas típicamente en el perfil de mujer maltratada (Defensor del Pueblo, 1998; Echeburúa y Corral, 1998; Zubizarreta *et al.*, 1994).

manifiestan agresividad relacionada con los sentimientos de rabia que no han podido expresar contra su agresor.

Antes de entrar en la propia materia, es conveniente hacer una clasificación de las repercusiones sociales más importantes que se producen atendiendo a un criterio temporal. En función de este aspecto, se agrupan en tres grandes áreas:

- *A corto plazo*, las consecuencias se han analizado desde la eficacia que representa la violencia como medio de resolución de conflictos, esto es, desde la perspectiva del agresor que consigue imponer su criterio por medio de la fuerza (Lorente, 2001). Si la sociedad lo ampara y lo respeta puede llegar a considerarse esta consecuencia como algo lícito, y en concreto, es claro el beneficio para el agresor puesto que obtiene un refuerzo positivo que incrementa la probabilidad de emisión de su conducta agresiva en posteriores ocasiones.
- *A medio plazo*, el estudio de las consecuencias se centra más en las repercusiones negativas de la violencia en la propia víctima. Aparecen conductas de sumisión por el miedo ante una nueva agresión, o por las amenazas explícitas de volver a llevarlo a cabo. El maltratador obtiene el control sobre la víctima y va consolidando su superioridad relacional y social. La víctima se siente indefensa puesto que no existen determinantes que expliquen la agresión, y ésta es inesperada. No percibe el carácter cíclico de las reacciones de su pareja, y entiende el amor y el comportamiento violento como acontecimientos que ocurren al azar. Del mismo modo, comienzan a aparecer las primeras consecuencias psicológicas (miedo, alteración del estado de ánimo, evitación de situaciones...).
- *A largo plazo*, hay un aumento de la agresividad y del uso, también agresivo, del lenguaje. El maltratador suele acudir a éste como vía de comunicación y como argumento para reforzar su superioridad.

1.1. Self y Violencia Doméstica

Una de las áreas psicosociales por excelencia es la que corresponde a la *identidad personal*. Aunque en menor medida que las consecuencias anteriores, también se ha aludido a las consecuencias negativas del maltrato doméstico en el desarrollo y mantenimiento del *self*,

del yo de cada mujer. Desde una perspectiva psicosocial, se puede hacer una aproximación al impacto que sufre esta estructura personal.

El *self* es la idea que cada individuo tiene de sí mismo, la concepción personal, el conjunto de hipótesis, más o menos verificadas a través de procesos evolutivos y de socialización que configuran la percepción subjetiva de cada persona (Rogers, 1951). Habitualmente se ha estudiado como una estructura estable y duradera cuya misión principal es la de protegerse a sí misma ante modificaciones en el ambiente. Sin embargo, esta aparente estabilidad contrasta con la evidencia de cambios producidos en el *self* cuando un individuo se enfrenta a condiciones sociales distintas a las habituales (positivas o adversas). En este sentido Rogers lo ha descrito como una estructura “organizada y consistente, a la vez que fluida” (p.132).

Esta definición es válida para cualquier ser humano. Poseer estabilidad interna permite que las conductas, emociones y cogniciones puedan ser previsibles, a la vez que da cierta constancia, equilibrio y seguridad en la vida. Por otro lado, la “fluidez” sostiene que los cambios que se producen a lo largo de la vida se dan por diversos factores (evolutivos, ambientales...).

Los cambios en la estructura del *self* correlacionan con los cambios producidos en el ambiente. Ruvolo y Markus (1992) han investigado acerca de *yoes* posibles como estructuras variables que se pueden producir en función de lo que el individuo podría llegar a ser, le gustaría ser o en lo que teme convertirse (Markus y Nurius, 1986), encontrando que la adaptación al medio resulta más adecuada cuanto más positiva es la auto-percepción individual.

La adaptación al medio se puede entender como el éxito de un individuo para sobrevivir de un modo sano y eficaz en un contexto espacio temporal y social determinado. En este proceso intervienen varios factores: auto-competencia percibida, expectativas personales positivas, control percibido, estimación de la auto-fortaleza, auto-resistencia, auto-eficacia, autoestima y lo que popularmente se puede entender como “poder o capacidad para” (Bandura, 1977; Burger, 1985; Carver, Blaney y Scheier, 1979; Carver y Scheier, 1983; Feltz y Landers, 1983; Gollwitzer y Wicklund, 1985; Harter, 1978, 1983; Kobasa, 1979; Mahoney y Gabriel, 1987; Sherman, Skov, Hertz y Stock, 1981; Stenberg y Kolligian, 1990).

Este proceso se ha definido también en su contrario, es decir, teniendo en cuenta los elementos intervinientes en una pobre adaptación al medio. Ésta no sólo se derivaría de un

déficit en habilidades y capacidades, sino también de estados de ansiedad, expectativas negativas, bajo autocontrol, pesimismo, baja percepción de auto-eficacia y baja autoestima (Bandura, 1986; Brockner, 1979, Burger, 1985; Cantor y Kilhstrom, 1987; Harter, 1983; Krohne y Laux, 1982; Scheier, Weintraub y Caarver, 1986; Seligman, 1975; Wine, 1971).

Se establece así una relación circular entre adaptación al medio y *self*. El desarrollo del *self* depende de la adaptación y una correcta adaptación requiere una ajustada y positiva auto-percepción del *self*.

Si se tiene en cuenta que las consecuencias de una pobre adaptación suelen estar presentes entre la sintomatología tipo de las mujeres que sufren violencia, cabe la posibilidad de apuntar que existe cierto deterioro del yo. Resta averiguar desde qué punto de esta relación se establece la causa. ¿Es el *self* el responsable de la inadecuada adaptación al medio, o es ésta pobre adaptación la responsable del desarrollo de la patología del yo?

1.2. Consecuencias Laborales y Económicas

Aunque los datos no son demasiado extensos parece que este orden social también se ve afectado en los casos de violencia doméstica. Hay un gran número de mujeres que aceptan cualquier tipo de trabajo por una cantidad que otras personas no aceptarían con tal de salir de la situación en la que se encuentran. Lorente (2001) señala que las mujeres maltratadas aparecen representadas en los puestos peor remunerados y esto se ha explicado por el “Modelo Tradicional de Participación” en el que se afirma que un gran número de estas mujeres aceptan trabajos donde desarrollan una baja productividad debido fundamentalmente a su situación psicológica, y reciben menor salario.

Por otro lado, el gasto que genera la atención social ante la violencia doméstica es elevado. Por ejemplo, el presupuesto destinado en la Comunidad de Madrid a la erradicación de la violencia en el año 2000, se incrementó en un 158% con respecto al de 1996, en el que se habían destinado algo más de un millón de euros (Dirección General de la Mujer, 2001). A la vez hay que evaluar todos los costes que supone para la sociedad este tipo de violencia contra las mujeres en reducción de las capacidades y recursos humanos en miles de mujeres disminuidas física y psíquicamente, y en daños sociales, por la reducción de sus oportunidades (Alberdi y Matas, 2002).

2. Consecuencias en la Salud de las Víctimas

A medida que pasa el tiempo son cada vez más numerosas las pruebas y mayor la concienciación entre los profesionales de la salud de que la violencia doméstica está asociada con riesgos y problemas para la salud reproductiva, enfermedades crónicas, consecuencias psicológicas, lesiones y la muerte (Organización Panamericana de la Salud – OPS-, 1999). Es uno de los puntos más importantes para la atención sanitaria y para el reconocimiento de los Derechos Humanos (OMS, 2000).

Se habla del *síndrome de la mujer maltratada*¹⁹ como un “conjunto de síntomas que se manifiestan de forma simultánea o combinada, de forma más o menos intensa, dependiendo de la situación vivida por cada mujer, la duración y el tipo de violencia sufrida” (Nogueiras, Arechederra y Bonino, 2001, p. 42). Esta definición, más o menos genérica sólo apunta hacia el malestar desarrollado por las víctimas. Una descripción más profunda se ha hecho en función de las consecuencias físicas y psicológicas. Dentro de las consecuencias físicas está también incluida la salud reproductiva, parte crucial de la salud general, relacionada, lógicamente, con el sostenimiento del desarrollo humano (Soler, Sepúlveda, Hernández y Sauri, 2001).

La OPS (1999) señala la siguiente clasificación en los efectos de la violencia en las mujeres (véase tabla 3.1).

Tabla 3.1. Efectos de la violencia doméstica en la salud

Salud Mental	Comportamientos negativos	Salud física	Salud reproductiva	Trastornos crónicos	Efectos mortales
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estrés postraumático ▪ Depresión ▪ Angustia ▪ Fobias/estado de pánico ▪ Trastornos alimentarios ▪ Disfunción sexual ▪ Escasa auto-estima ▪ Abuso de sustancias psicotrópicas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tabaquismo ▪ Abuso de alcohol y drogas ▪ Comportamientos sexuales arriesgados ▪ Inactividad física ▪ Comer en exceso 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lesiones ▪ Alteraciones funcionales ▪ Salud subjetiva deficiente ▪ Discapacidad permanente ▪ Obesidad severa 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Embarazo no deseado ▪ Enfermedades de transmisión sexual/VIH ▪ Trastornos ginecológicos ▪ Abortos peligrosos ▪ Complicaciones del embarazo ▪ Abortos, bajo peso al nacer ▪ Enfermedad inflamación pélvica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Síndromes dolorosos crónicos ▪ Síndrome del intestino irritable ▪ Trastornos gastrointestinales ▪ Fibromialgia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Homicidio ▪ Suicidio ▪ Efectos relacionados con VIH

¹⁹ Se trata de un término acuñado por L. Walker (1979) que se describe entre las principales consecuencias de la violencia doméstica en la salud emocional de las víctimas. En este caso, los autores lo utilizan como etiqueta genérica para cualquier malestar que sufren las víctimas de violencia doméstica.

Para tratar de establecer el impacto de los efectos de la violencia sobre la salud individual y la salud pública, se utiliza el indicador *AVISA* relativo a la pérdida de años de vida saludable, es decir, el número de años que se pierden sobre una esperanza de vida teórica basada en las características de una población concreta. Con este enfoque se mantiene que los daños físicos suponen el 55% de los *AVISA* perdidos por una mujer maltratada, mientras que los daños “no físicos” (psicológicos y relativos a la salud reproductora) dan lugar al 45% restante (Lorente, 2001).

Dentro de esta área de salud, se distinguen dos subapartados: salud física y salud emocional.

2.1. Salud Física

Hasta hace poco tiempo se consideraba el área de la salud física el único afectado por la violencia doméstica. La descripción de los efectos era, a este respecto, sencilla puesto que las consecuencias más frecuentes son golpes, heridas, fracturas, quemaduras, problemas neurológicos, minusvalías e incluso, agravamiento de problemas de salud anteriores (diabetes, hipertensión...).

Los profesionales sanitarios tienen una especial responsabilidad ética, profesional e institucional en la lucha contra la erradicación de la violencia. En la actualidad, dado que este problema es altamente prevalente en España, desde la atención primaria se trata de analizar los efectos de la violencia para actuar de una forma rápida y eficaz. Este interés está justificado en gran parte por la afirmación de Nogueiras *et al.* (2001) de que las mujeres refieren que los agresores “aprenden a pegar”, es decir, de golpes más generalizados al inicio, pasan a hacerlo en lugares “donde se nota menos”, por lo que la relación de causa-efecto no es tan clara y las víctimas tienen mayor dificultad para que se reconozca su situación. Por ello, dolores de cabeza, torácicos o pélvicos, palpitations, dificultades respiratorias, trastornos digestivos, hormigueos, mareos, insomnio, cansancio o agotamiento mal definidos, lesiones agudas en múltiples puntos, y discapacidades permanentes, son objetivo de estos profesionales porque pueden resultar reveladores de una situación de maltrato (Secretaría Sectorial de la Mujer y de la Juventud de Murcia, 2000).

Como consecuencia también se puede producir una mayor ingesta de psicofármacos (e.g. analgésicos), consumo de tabaco y alcohol (Nogueiras *et al.*, 2001). Estos autores señalan también síntomas en el ámbito sexual puesto que como consecuencia de las

relaciones sexuales impuestas y vividas con miedo y con dolor, se puede producir una pérdida del deseo sexual y dificultades para disfrutar la sexualidad en el futuro. Pueden estar presentes, además, problemas ginecológicos: trastornos menstruales, infecciones recurrentes y problemas urinarios. Igualmente, el maltrato doméstico puede producir embarazos no deseados, abortos y abortos clandestinos. Durante el embarazo se pueden producir hemorragias vaginales, infecciones, anemia, trastornos gastrointestinales y amenazas de aborto (Alexander *et al.*; 1998; Cokker, Smith, Bethea, King y McKeown, 2000; Leserman, Drossman y Hu, 1998; Linton, 2000; Walter, Gefland, Gefland, Green y Katon, 1996); y en algunos casos se han producido partos prematuros relacionados con el incremento de las agresiones durante ese periodo.

Por otro lado, el Banco Mundial estima que la victimización de género es responsable de uno de cada cinco días de vida saludable perdidos por las mujeres en edad reproductiva. Se trata de la segunda causa de muertes prematuras y de secuelas físicas y psíquicas, superando incluso a todas las alteraciones derivadas del infarto de miocardio y a los accidentes de tráfico (Lorente, 2001).

2.2. Salud Emocional

Las consecuencias psicológicas del maltrato doméstico resultan especialmente relevantes para el desarrollo de esta investigación. Hoy en día, existe un creciente interés por determinar los signos o síntomas psicológicos presentes en las víctimas. Parece que sin importar cuán severas sean las consecuencias físicas de la violencia, la mayoría de las mujeres encuentran que los efectos psicológicos son aun más prolongados y devastadores que las primeras (OPS, 1999).

Existen pocos datos que identifiquen trastornos psicológicos específicos tras una relación violenta (Zubizarreta *et al.*, 1994). Los primeros estudios solamente hacían mención a las repercusiones físicas sin prestar atención a posibles problemas emocionales o psicológicos. Incluso, dentro del ámbito legal se tenían más en cuenta las lesiones físicas. En la actualidad se mantiene que la violencia psicológica produce consecuencias negativas que pueden ser tan graves como las físicas (Echeburúa, Corral y Amor, 1998).

2.2.1. Métodos de Evaluación Empleados

Las investigaciones que abordan este tema han empleado diferentes métodos. Uno de ellos, quizá el menos frecuente, consiste en la descripción del estado de salud subjetivo de las mujeres utilizando para ello la grabación de las entrevistas a víctimas de maltrato (Taylor,

Magnussen y Amundson, 2001). Este método se ha denominado *fenomenología eidética*. Está basado en el método de Colaizzi (1978) y persigue obtener una descripción del significado personal de la experiencia de la persona que la ha vivido. No interpreta, sino que asume la descripción subjetiva como datos fieles a la realidad. Aunque se ha utilizado en pocas ocasiones en psicología, presenta una ventaja para este estudio: trata de relacionar toda la experiencia externa del individuo con el *self* para ver cómo afecta a cada persona, de forma que cualquier cambio en el ambiente provoca un cambio en el *sí mismo*.

En el estudio concreto de Taylor *et al.* (2001) se entrevistó a 12 mujeres a las que se les dio la consigna de “hablar sobre su experiencia como mujer maltratada”, aparte de otras preguntas complementarias para clarificar y ampliar la descripción. Las verbalizaciones se grabaron para analizarlas posteriormente de acuerdo a los siguientes pasos: 1) lectura de las transcripciones; 2) extracción de los temas significativos; 3) asignación de significado concreto a cada tema; 4) reducción y organización de los temas en *clusters*, atendiendo a las similitudes.

Entre las consecuencias más importantes encontradas a través de este método destacan, de modo general, la presencia de pensamientos y preocupaciones: dudas sobre una misma, malestar psicológico general, tristeza, sentimientos de inutilidad, culpa, miedo y preocupación por los hijos, dificultades para dar un sentido a la vida y para establecer metas a largo plazo... Como consecuencia general, aparece un *self* dañado, frágil, donde domina más la inestabilidad que la constancia de esta estructura.

Otras investigaciones han utilizado métodos de evaluación más clásicos, empleando instrumentos estandarizados centrados en síntomas habituales o en cuadros diagnósticos concretos. A tal efecto se han empleado escalas de evaluación del trastorno de estrés postraumático, depresión, trastornos de ansiedad, consumo de drogas o alcohol, riesgo de suicidio, etc., por ser las alteraciones encontradas con mayor frecuencia en estos casos (Echeburúa, Corral y Amor, 1998; Golding, 1999; Zubizarreta *et al.*, 1994). El estudio de Golding (1999) constituye un buen ejemplo de la investigación sobre las diferentes tasas de prevalencia de los trastornos encontradas en función de las muestras seleccionadas y de los métodos de evaluación empleados. Ofrece una visión general de las consecuencias más habituales en las mujeres maltratadas aunque se ocupa solamente de los casos de violencia física.

De un modo más amplio otros estudios tratan este tema y revisan la patología completa de las víctimas (Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua y Zubizarreta, 1997a), o se

centran en conjuntos de variables que no constituyen cuadros diagnósticos (Clements y Shawney, 2000; Levendosky y Graham-Berman, 2001). Por ejemplo, en el estudio de Clements y Shawney se analiza el nivel de disforia y desesperanza relacionándolo con el estilo de afrontamiento, analizando a su vez, el impacto de los tipos de maltrato en estas variables.

Briere y Elliot (1997) proponen que la evaluación del impacto de la violencia en la salud mental debe incluir los efectos específicos *versus* generales del trauma. Entre los efectos generales se señalan ansiedad, depresión, rabia, distorsiones cognitivas, somatización y problemas médicos, y abuso de sustancias; entre los específicos, intrusión postraumática, evitación, hiperactivación, síntomas disociativos y problemas en las relaciones sexuales. Igualmente, la evaluación tiene que contemplar las posibles fuentes de comorbilidad, evitación o infravaloración del problema (supresión emocional o cognitiva, negación, distorsión en la memoria o distracción), así como sobrevaloración o simulación, aunque ésta es mucho menos frecuente.

La propuesta de Briere y Elliot (1997) sobre instrumentos de evaluación se refiere de forma concreta al *MMPI-2 (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota; Butcher et al., 1989)*, el *MCMI-III (Inventario Clínico Multiaxial de Millon; Millon, 1994)*, el *Inventario de Rorschach (1981)*, e instrumentos específicos de evaluación de consecuencias postraumáticas (*IES –Escala de Impacto del Acontecimiento; Horowitz, Wilner y Álvarez, 1979-; PDS –Escala Diagnósticas de Estrés Postraumático; Foa, 1995-; DES –Escala de Experiencias Disociativas, Bernstein y Putnam, 1986-, y TSI –Inventario de Síntomas del Trauma; Briere, 1995-*). Otros instrumentos empleados también con relativa frecuencia y centrados en la descripción del maltrato han sido la *Escala de Tácticas de Conflicto (Straus, 1979)*, el *Índice de Abuso de la Esposa (Hudson y McIntosh, 1981)*, el *Inventario de Maltrato Psicológico a Mujeres (Tolman, 1989)*, el *Índice de Abuso Psicológico (Sullivan, Parisian y Davidson, 1991)* o la *Escala de Dominancia (Hamby, 1996)*.

Finalmente, se han realizado estudios de meta-análisis en los que se tienen en cuenta las dificultades en la evaluación de estos síntomas y la variedad de instrumentos empleados (cuestionarios, autoinformes, entrevistas...). Weaver (1998) compara la eficacia en la evaluación de acontecimientos violentos y traumáticos en mujeres maltratadas con los dos métodos más habituales, a saber: 1) el uso de preguntas cerradas e inducidas (como en el caso de la *SCID –Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV; Spitzer, Williams y Gibbon, 1986-* o la *DIS –Entrevista Diagnóstica Estructurada; Robins, Helzer, Cottler y Goldring,*

1988); o 2) la utilización de preguntas acerca de comportamientos específicos durante el acontecimiento concreto (como en el caso de las empleadas en el módulo de estrés postraumático del estudio nacional sobre mujeres –Kilpatrick, Resnick, Saunders y Best, 1989-). Parece que en este caso resulta más eficaz el segundo método puesto que se obtiene una mejor descripción de los efectos generales.

2.2.2. Consecuencias Generales

Los efectos de la violencia doméstica en la salud emocional de las víctimas son sumamente variados. Se ha hablado del *síndrome de la mujer maltratada* (Walker, 1984, 1991, 1999a, 1999b) caracterizado por sentimientos de baja autoestima, inhibición, aislamiento, fatalismo, depresión y sensación de desamparo e impotencia. Según Walker la mujer se suele encontrar en una situación de apatía que le impide afrontar el problema y tomar decisiones válidas para salir de la situación de maltrato. Campbell, Kub y Rose (1996) identifican estos síntomas como casos de indefensión aprendida siguiendo la terminología de M. Seligman (1975), empleada también por Walker.

Igualmente, se ha constatado la presencia de pensamientos o intentos de suicidio en las víctimas de maltrato (Lorente, 2001; Taylor *et al.*, 2001). Lorente señala que entre el 20 y el 40% de las mujeres que se suicidan han sufrido malos tratos, e indica que existe una relación entre el maltrato, sus consecuencias sobre la persona, familia y entorno cercano, y la decisión de optar por el suicidio como mecanismo de huida y salida de la situación. Sin embargo, la presencia de ideación suicida constituye en numerosas ocasiones un estímulo desencadenante de la búsqueda de ayuda profesional (Resick y Schnicke, 1996).

Se habla también de sentimientos de ineficacia, dudas sobre sí mismas y su capacidad (Taylor *et al.*, 2001), síntomas de autoinculpación, y pensamientos distorsionados sobre sí mismas y el mundo (Foa, Tolin, Ehlers, Clark y Orsillo, 1999), sentimientos de desconfianza en los demás y síntomas de desesperanza (Taylor *et al.*, 2001).

En cuanto a la sintomatología específica, Echeburúa *et al.* (1998) señalan como síntomas relevantes una peor adaptación a la vida cotidiana y como cuadros clínicos más frecuentes, la depresión y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Echeburúa *et al.*, 1996). Es significativo que la mayoría de los estudios realizados en España se centran en la patología concreta del TEPT (quizá, la más frecuente) y omiten algunos de los síntomas que suelen aparecer asociados. Sin embargo, será preciso antes de iniciar una intervención terapéutica determinar el nivel de sintomatología. Síntomas de depresión, así como el TEPT

pueden indicar una mayor presencia de cogniciones disruptivas, más problemas de autoestima y una mayor desesperanza (Resick y Schnicke, 1996). Si bien es imprescindible determinar las alteraciones patológicas en las víctimas de maltrato doméstico, resulta de mayor importancia centrarse en el estudio de signos y síntomas concretos.

En otras ocasiones, la experiencia clínica lleva a señalar la presencia del *subsíndrome de estrés postraumático –SEPT-* (Hickling y Blanchard, 1992), categoría desarrollada en el ámbito de las víctimas de accidentes de tráfico, pero no aplicada a las víctimas de maltrato. Sin duda, también la sintomatología postraumática aislada (Jordan, Schlenger, Hough, Kulka, Weiss, Fairbank y Marmar, 1991) merece una atención especial²⁰.

Además, el maltrato doméstico puede ser el responsable del abuso o dependencia de alcohol y sustancias, y de determinados trastornos de ansiedad (Golding, 1999). Sin embargo, estos se han estudiado en menor medida que los anteriores.

Finalmente, en los últimos años también se ha hablado del *síndrome de Estocolmo doméstico* (SIES-d) (Montero, 2001) definido como el “producto de un tipo de estado disociativo que lleva a la víctima a negar la parte violenta del comportamiento del agresor mientras desarrolla un vínculo con el lado que percibe más positivo, ignorando así sus necesidades y volviéndose hipervigilante ante las de su agresor” (Graham y Rawlings, 1991, p. 27). La víctima sometida a maltrato desarrollaría el SIES-d para proteger su propia integridad psicológica y tratar de recuperar su estabilidad psicológica. Por el momento, esta categoría carece de estudios científicos que la apoyen, y es, todavía, de dudosa validez.

2.2.3. Síndrome de la Mujer Maltratada

Nogueiras *et al.* (2001) definían este síndrome atendiendo a los síntomas presentes en mujeres que han sido maltratadas. Sin embargo, la utilización más frecuente de éste se atribuye a L. Walker quien comenzó a utilizarlo en los años 70. Al principio se caracterizó como una manifestación del síndrome de indefensión aprendida, que trataba de explicar la incapacidad de las víctimas para protegerse a sí mismas frente a la violencia doméstica (Walker, 1979) y caracterizado por sentimientos de baja autoestima, inhibición, aislamiento, fatalismo, depresión y sensación de desamparo e impotencia. Posteriormente, su propia autora utilizó el término para referirse al ciclo de la violencia (Walker, 1984), la

²⁰ Ambas consideraciones de síntomas postraumáticos se relacionan y describen con posterioridad dentro del epígrafe de *Sintomatología Postraumática*.

teoría que describe el curso del comportamiento del maltratador, ya que define también exactamente la conducta y consecuencias desadaptativas en las víctimas.

Asimismo, este síndrome ha sido descrito como si de un TEPT se tratara (Walker, 1991), incluyendo los *flashbacks* o pensamientos intrusivos propios de este cuadro diagnóstico.

Además de las implicaciones clínicas obvias, este síndrome tiene también una importante connotación judicial, puesto que se ha utilizado ampliamente en este ámbito. En concreto, Parish (1996) enumera siete usos de esta etiqueta en el ámbito jurídico: 1) para identificar claramente a una defendida como mujer maltratada; 2) para explicar y dejar constancia clara del impacto en la salud psicológica de la víctima sin necesidad de recurrir a explicaciones prolijas, 3) para apoyar una queja o validar una defensa en un caso de maltrato, 4) para explicar la conducta de una mujer maltratada, 5) para explicar la resistencia de una mujer maltratada a la denuncia contra su agresor, 6) para conceder credibilidad al testimonio de una mujer maltratada, y 7) para utilizarlo como factor atenuante en caso de que en un juicio una mujer maltratada resulte culpable. Quizá la justificación más importante de la utilización de este término se debe a la supuesta facilidad que otorga a los profesionales para intercambiar información.

Sin embargo, cada vez se apuesta más por términos diferentes, y se prefiere analizar la importancia clínica de las lesiones específicas en las mujeres que sufren maltrato. El argumento más utilizado es que en numerosas ocasiones resulta vago, poco específico de las lesiones concretas en cada víctima, y sobre todo, no ayuda a determinar la necesidad de atención clínica de las mismas. Dutton (1997) propone algunas razones por las que este nombre podría ser reformulado.

En primer lugar, porque *no existe un único perfil de mujer maltratada*. Utilizar esta etiqueta implica que la sociedad se forma un estereotipo que no deja de llegar a ser un mito acerca del maltrato, con la consecuencia agravante del influjo racial, cultural, etc. Además, el conjunto de síntomas que presentan las mujeres maltratadas, no siempre son los mismos. Como se señalaba en el epígrafe anterior, y como se verá en detalle en los siguientes, las consecuencias varían en gran medida: reacciones emocionales, cambios en el pensamiento y actitudes, malestar emocional y conductual...

En segundo lugar, el término *es vago*. El hecho de que su significado se haya equiparado al de TEPT indica además su inutilidad, y puede provocar confusión, ya que en el caso de que identificaran reacciones y lesiones similares, la comunidad científica prefiere

el uso de etiquetas diagnósticas clínicas en las que existe consenso (clasificación diagnóstica DSM o CIE).

En tercer lugar, si se asume que el síndrome de la mujer maltratada es idéntico al TEPT, es preciso asumir que no recoge todos los casos de consecuencias en las víctimas puesto que *no todas las mujeres maltratadas sufren TEPT*. Así pues, este síndrome debería incluir entre sus características los síntomas de estrés agudo, amnesia disociativa, depresión mayor, etc.

Se quiere evitar este nombre en la medida de lo posible para no crear un estereotipo basado en la idea de patología y enfermedad mental. Aplicar este término puede contribuir a que la sociedad perciba a las víctimas como mujeres con un problema mental, o *anormales* en algún sentido. La mayor consecuencia negativa del maltrato doméstico es la presencia de un síndrome psicosocial que, lejos de afectar únicamente a las víctimas, provoca un gran impacto en el medio que las rodea.

2.2.4. Síntomas Depresivos

El porcentaje de mujeres que sufren depresión como consecuencia de una situación de maltrato es elevado. Golding (1999) encuentra una prevalencia del 47,6%, mientras que Campbell *et al.* (1996) señalan un 63%. En población española, Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua y Zubizarreta (1997a) señalan una prevalencia del 40%. Estos datos contrastan con los obtenidos en la población general de mujeres, donde se ha establecido una prevalencia del trastorno depresivo del 9,3% (Departamento de Salud y Servicios Humanos –Estados Unidos-, 1993).

Aunque la depresión siempre ha estado relacionada con el maltrato, por lo general no se ha sistematizado su estudio como una consecuencia del mismo. En pocas investigaciones se evalúa con los instrumentos adecuados. Se añade, además, la diferente utilización de los términos que se refieren a este trastorno. Durante años el término depresión se había aplicado al humor, síntomas y síndromes. Los avances clínicos más recientes enfatizan la existencia de dos entidades distintas, a saber, trastorno depresivo mayor y trastorno distímico. Sin embargo, no hay que olvidar que frecuentemente lo que más llama la atención del clínico es la presencia de sintomatología depresiva aislada que sin llegar a cumplir criterios para el diagnóstico de un trastorno del estado de ánimo merece atención especial por la gravedad que representa en sí misma y en el pronóstico.

Según el DSM-IV (APA, 1995) la depresión mayor es un trastorno del estado de ánimo en el que los síntomas de humor deprimido, agitación o enlentecimiento psicomotor, problemas de sueño, cambios en el apetito, problemas de concentración o pensamiento enlentecido duran, al menos, dos semanas. Por el contrario, la duración del trastorno distímico es más persistente (más de dos años). Los síntomas característicos son los mismos que en la depresión mayor aunque aparecen en menor medida.

Dentro de este campo descriptivo Campbell *et al.* (1996) definen los síntomas depresivos como estados transitorios de tristeza o humor deprimido que no interfieren tanto en el funcionamiento cotidiano y revisten menor gravedad puesto que no son considerados con entidad clínica. Esta puntualización contribuye a entender mejor las consecuencias y permite considerar a las víctimas como población subclínica. Así se modifica el planteamiento de victimización de la mujer maltratada, tan extendido como nocivo, y por otro, se facilita el trabajo en la planificación y aplicación de tratamientos que respondan a demandas concretas.

Son escasos los estudios que describen la depresión según criterios de clasificación diagnóstica internacional (DSM o CIE) como un trastorno derivado de las situaciones de violencia doméstica. Este hecho se da por un doble motivo. Por un lado, para evitar las dificultades que se derivan de la aplicación de etiquetas diagnósticas categóricas (e.g. victimización excesiva, patologización...), resulta menos arriesgado hablar de síntomas depresivos aislados. Por otro, porque en la mayoría de los casos resultan de mayor gravedad por su combinación con síntomas asociados (conductas de ansiedad extrema como respuestas de sobresalto y alertas permanentes). Sin embargo, los síntomas depresivos tienden a remitir cuando cesa la violencia (Golding, 1999).

En numerosas ocasiones la descripción de la sintomatología depresiva se ha elaborado a partir de la aplicación de métodos no diagnósticos (escalas de evaluación sólo exploratorias del estado de ánimo). En concreto, se ha utilizado frecuentemente el *Inventario para la Depresión de Beck (BDI)*, Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983) que además, se centra especialmente en la evaluación de los síntomas cognitivos cuando se ha observado que estos no son los más relevantes en víctimas de maltrato doméstico. Curiosamente, parece que los componentes psicofisiológicos y conductuales de la depresión son más frecuentes que los cognitivos en las mujeres maltratadas (Zubizarreta *et al.*, 1994). Sin embargo, la medida del *BDI* es relativamente estable a lo largo del tiempo, y permite discriminar entre depresión crónica o cambios de estado de ánimo transitorios (Campbell *et al.*, 1996).

Otras escalas empleadas habitualmente han sido la Escala de *Tácticas de Conflicto* (Straus, 1990) y la *Escala de Depresión de Zung* (1965). Con ellas se ha obtenido la evidencia de la prevalencia de estos síntomas, así como la certeza de que en numerosas ocasiones, la sintomatología aparece asociada a la experiencia de acontecimientos vitales estresantes (Kendler, Kessler, Neale, Heath y Eaves, 1992).

Los síntomas específicos más frecuentes son aislamiento social, falta de implicación en actividades lúdicas, pérdida de autoestima, apatía, indefensión, pérdida de esperanza y presencia de sentimientos de culpabilidad (Echeburúa y Corral, 1995). Estos últimos pueden estar relacionados con las conductas que la víctima realiza para tratar de evitar la violencia, como mentir, encubrir al agresor, tener contacto sexual a su pesar, consentir el maltrato a sus hijos, incluso, conductas de negligencia con ellos (Echeburúa y Corral, 1998). Por otro lado, Campbell *et al.* (1996) relacionan también los síntomas depresivos con un bajo apoyo social y baja autoestima.

En casos de depresión severa es frecuente la presencia de ideación o tentativa de suicidio que lleve a la muerte. Kurtz y Star (1988) observaron en sus estudios que el 29% de las ingresadas en urgencias por intento de suicidio eran mujeres maltratadas y que una de cada seis maltratadas de los grupos que estudiaron había intentado suicidarse. La probabilidad de suicidio era cinco veces mayor en mujeres maltratadas que en la población general de mujeres. Villavicencio y Sebastián (1999a) encontraron que un 32,5% de las mujeres maltratadas que entrevistaron habían intentado alguna vez el suicidio.

El DSM-IV (APA, 1995) también señala como claves en la descripción de síntomas depresivos los sentimientos de inutilidad o culpa excesivos. Este ítem hace referencia a sentimientos de baja autoestima que aparecen frecuentemente asociados a la patología habitual de la mujer maltratada (Browne, 1993; Cascardi y O'Leary, 1992; Echeburúa y Corral, 1998; Labrador y Rincón, 2002; Walker, 1979). Sin embargo, autores como O'Leary (1999), y Lynch y Graham-Berman (2000) opinan que la relación causal entre violencia y baja autoestima no es tan frecuente como se ha descrito.

En el estudio de Aguilar y Nightingale (1994), en el que se analizó la relación entre abuso físico, psicológico y sexual y el nivel de autoestima de 48 mujeres maltratadas se encontró que la relación entre abuso físico y/o sexual y el nivel de autoestima no era significativa, es decir, las mujeres que sufrían estos tipos de abuso no presentaban niveles de autoestima excesivamente bajos. Por el contrario, sí se encontró una relación muy fuerte entre el maltrato psicológico y un bajo nivel de autoestima. Estos hallazgos contribuyen a

mantener la idea de que la sola presencia del maltrato psicológico puede ser más grave que cualquier otro tipo (físico o sexual).

Finalmente, es preciso señalar que en ocasiones los síntomas depresivos aparecen concomitantes con síntomas del TEPT debido al solapamiento que existe entre las categorías (Golding, 1999). Además se ha visto que la depresión puede llegar a ser más frecuente que el TEPT (Campbell *et al.*, 1996).

2.2.5. Sintomatología Postraumática

Si se realiza una revisión de la literatura sobre el tema, el TEPT es el trastorno que ha recibido mayor atención por parte de los especialistas en violencia doméstica, y el que se ha diagnosticado en mayor número de ocasiones. En el caso concreto de nuestro país, los estudios que han tratado de sistematizar las consecuencias del maltrato doméstico conceden una gran importancia a la identificación de este trastorno, así como al tratamiento de sus síntomas definitorios. No en vano, estas investigaciones afirman que entre el 50 y el 60% de las víctimas pueden ser diagnosticadas según los criterios del DSM-IV (APA, 1995) (Echeburúa *et al.*, 1998; Zubizarreta *et al.*, 1996). En población norteamericana se habla de un porcentaje entre el 40 y el 84% (Hughes y Jones, 2000).

El TEPT se aplica a todas aquellas personas que, como consecuencia de haber sufrido o haber sido testigo de una amenaza para la vida de uno mismo o de otra persona, presentan una respuesta de miedo, amenaza u horror muy intensos. Los sucesos desencadenantes que se han descrito más frecuentemente son las catástrofes, los accidentes, el diagnóstico de enfermedades graves o las agresiones causadas intencionalmente por otras personas (violaciones, terrorismo, maltrato doméstico...). Además, el TEPT define el conjunto de síntomas que aparecen tras un “trauma”. El diccionario de la Real Academia de la Lengua define el término trauma como un “choque emocional que produce un daño duradero en el inconsciente” o una “emoción o impresión negativa, fuerte y duradera” (RAE, 2001; p. 2221). Según Moreno (2004) en nuestro idioma predomina la idea de que el trauma es una herida psicológica y duradera, producida por algún hecho extraordinario. Pero, ¿es el maltrato doméstico un hecho extraordinario? Sería ésta una buena pregunta para las mujeres que lo sufren. Intuitivamente más parece que se trata de una situación crónica, mantenida y perpetuada.

Muchos de los estudios de evaluación de tratamientos están centrados fundamentalmente en las personas que presentan dicha sintomatología. El número de estudios descriptivos es escaso (en especial en castellano), y sería necesario llevar a cabo un

número mayor de investigaciones ya que la correcta identificación de los síntomas permite un mejor ajuste de los tratamientos. No obstante, son relevantes los estudios realizados en la Universidad del País Vasco (UPV) con víctimas de maltrato doméstico por la caracterización de síntomas que presentan. En concreto, Echeburúa *et al.* (1997a) han encontrado que las mujeres maltratadas presentan un trastorno crónico y un grado importante de inadaptación y aislamiento social. En cuanto a la prevalencia del TEPT en esta población, el 54,8% de las víctimas de violencia doméstica presenta el cuadro completo y un 70% presenta síntomas aislados²¹ (Echeburúa *et al.*, 1998). Si se diferencia entre víctimas recientes y no recientes, parece que son las primeras las que presentan el cuadro con mucha más frecuencia que las no recientes (67,3% frente a 15,8%). Sin embargo, un 34,7% de las víctimas no recientes continúan sufriendo el trastorno, o al menos síntomas de estrés postraumático, meses o años después de haber sufrido el suceso.

Los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1995) dividen la sintomatología en tres áreas fundamentales: síntomas de reexperimentación, síntomas de evitación y síntomas de hiperactivación. La prevalencia de estos síntomas en casos de maltrato doméstico se recoge en la tabla 3.2.

Tabla 3.2. Síntomas de TEPT*

Síntomas	% sujetos que presenta cada síntoma
Reexperimentación	
Recuerdos intrusivos	93,2
Sueños intrusivos	24,6
Flashbacks	29,7
Mal psicológico	81,4
Mal fisiológico	74,6
Evitación	
Evitar pensar, sentir...	72,9
Evitar actividades, lugares...	40,7
Amnesia	4,2
Desinterés por actividades	82,2
Sentirse enajenado, separado	61,9
Anestesia afectiva	27,1
Futuro desolador	79,7
Hiperactivación	
Insomnio	64,4
Ira, irritabilidad	71,2
Dificultades de concentración	72
Hipervigilancia	34,7
Respuesta de sobresalto	49,2

* Fuente: Echeburúa *et al.* (1998). Resultados obtenidos a través de la evaluación de las pacientes con la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa *et al.*, 1997b). Se transcriben los términos empleados por los autores para la identificación de los síntomas.

²¹ Echeburúa *et al.* (1998) se refieren a sintomatología postraumática aislada como casos de subsíndrome postraumático, categoría postraumática de menor intensidad y definidad por Hickling y Blanchard (1992) como la presencia del criterio de reexperimentación y el de evitación o hiperactivación, pero no ambos. En el apartado siguiente aparece descrita con detalle esta categoría de síntomas.

Tal y como puede observarse, el síntoma más frecuente es el de la presencia de recuerdos intrusivos (imágenes, pensamientos, etc), malestar psicológico y desinterés por actividades. Analizando los datos por criterios diagnósticos, se encuentra que el de reexperimentación puede ser el de mayor gravedad si se atiende a la presencia de recuerdos intrusivos y malestar psicológico y físico. Sin embargo, la gravedad de estos contrasta con la mínima aparición de pesadillas o sueños desagradables intrusivos y *flashbacks*. Resulta llamativo que dos de los síntomas más característicos del trastorno se den en magnitud tan reducida.

Por el contrario, claros síntomas de alteración del estado de ánimo incrementan la gravedad del criterio de evitación. Desinterés por actividades, sensación de futuro desolador, o mostrar dificultades para experimentar cercanía con otras personas son los síntomas más claros de alteración del estado de ánimo. Incluyendo también los restantes relativos a este criterio, es significativa también la presencia de esfuerzos por evitar pensar o sentir acerca del acontecimiento sufrido.

En cuanto al criterio de hiperactivación, lo sentimientos de ira e irritabilidad son los más frecuentes junto con las dificultades de concentración. Ambos síntomas son clave en la descripción de la sintomatología presente en mujeres maltratadas.

Según los estudios realizados en la Universidad de Missouri-Saint Louis (UMSL), se han establecido diferencias en la sintomatología de las víctimas de TEPT. En concreto, se ha visto que si las mujeres presentan un mayor número de síntomas intrusivos (reexperimentación) que de evitación, se puede pensar que el procesamiento del acontecimiento traumático se está llevando a cabo de una forma activa, y se habla de un pronóstico positivo. Sin embargo, cuando se manifiesta un elevado número de síntomas evitativos y baja intrusión, se puede producir una mayor resistencia de las participantes en el tratamiento y el pronóstico es más negativo (Resick y Schnicke, 1996).

Sin embargo, parece que la presencia del TEPT no se relaciona tanto con el tipo de maltrato doméstico sufrido (físico o psicológico), como con la existencia de relaciones sexuales forzadas y con la ausencia de denuncia policial (Echeburúa *et al.*, 1996). Se da con mayor frecuencia cuando las víctimas toman la decisión de abandonar su casa y buscan un centro de acogida (Hughes y Jones, 2000). Por otro lado, al igual que la depresión, la literatura indica que el TEPT tiende a remitir cuando cesa la violencia (Golding, 1999).

Moreno (2004) afirma también que el modelo de TEPT se ajusta a la descripción de personas que han vivido un acontecimiento extremo en un entorno que de forma

habitual es seguro y constante. Una bofetada puede ser un acontecimiento extremo si sólo se da una, dos veces, y si el resto de la vida *ordinaria* es afectuosa, cálida y tranquila. Pero después de afirmar que “mi marido me pega lo normal”²², se entiende que una agresión física es *ordinaria* y el entorno habitual, amenazante, inseguro y poco constante.

Así pues, no parece lo más adecuado utilizar este término para aquellas mujeres que viven su entorno como una amenaza permanente donde los hechos extraordinarios de violencia se convierten en ordinarios y donde la adaptación cotidiana (a veces, supervivencia) es la consecuencia directa más patológica y afectada²³. Al igual que en el caso de la depresión donde parecía más acertado hablar de síntomas y no de trastornos, se prefiere en este caso tomar la misma medida. Los síntomas postraumáticos, los que aparecen tras un trauma, son específicos en función del acontecimiento experimentado. Se prefiere no generalizar y analizar los datos existentes en función de los casos particulares ya que los síntomas y criterios del TEPT varían en función de si el acontecimiento es crónico o se considera único. Crespo, Gómez, Arinero y López (2004) realizaron un estudio comparativo del nivel de deterioro y TEPT entre sujetos que habían experimentado acontecimientos estresantes crónicos *versus* únicos. Se encontró que en el caso del TEPT, era mayor el porcentaje de casos entre los sujetos que habían vivido un acontecimiento único que entre los que habían sufrido una situación estresante crónica. Igualmente, los criterios de evitación e hiperactivación los presentaba un mayor porcentaje de las personas que habían vivido un único acontecimiento estresante. Solamente el criterio de reexperimentación se encontró con mayor frecuencia entre las personas pertenecientes a la categoría de situación estresante crónica. Por el contrario, en el caso del deterioro funcional se encontró un mayor porcentaje de malestar entre las personas que habían vivido un acontecimiento estresante crónico.

Si se comparan diferentes perfiles de víctimas se encuentra que en las mujeres maltratadas hay características traumáticas específicas. Echeburúa *et al.* (1998) realizan un estudio en el que comparan víctimas de diferentes acontecimientos *extraordinarios*. Comparando las mujeres que sufren maltrato con víctimas de terrorismo, agresión sexual, accidentes de tráfico o enfermedades graves, se encuentra que la amnesia es el síntoma

²² Título literal de la obra de M. Lorente (2001) citado con anterioridad y recogido en la bibliografía de este trabajo.

²³ Moreno (2004) utiliza las situaciones de guerra prolongada vividas en Centroamérica en los años 80 o las de los Balcanes en los 90 para describir el estado de alerta y amenaza permanentes. En este caso se refiere a una sociedad completa; en el caso de las mujeres que sufren violencia doméstica, es el círculo más inmediato, el hogar, el que está permanentemente amenazado.

menos frecuente. Igualmente, las víctimas de violencia doméstica son las que menos conductas de evitación tienen (evitación de actividades, lugares, etc., que les recuerden el acontecimiento). Este hecho tiene una explicación que parece casi lógica. Resulta muy difícil evitar el escenario de tal acontecimiento cuando es el propio hogar o cuando se da en circunstancias en las que hay una obligación legal o externa para tener que exponerse al maltratador (e.g. régimen de visitas que obliga tener contacto con él). En este caso la única evitación posible es la huida (o la evitación cognitiva, altamente probable en mujeres maltratadas). Sin embargo, parece claro que es mucho más difícil *huir* que *no ir*. Bien por la indefensión generada o bien por factores sociales, culturales o personales a los que ya se aludió en el capítulo anterior, las víctimas de violencia tienden a permanecer en las situaciones más que otras personas y, consecuentemente, no evitan. De forma paralela, la ausencia de amnesia como síntoma patológico también parece explicarse por el hecho de que se trata de un acontecimiento continuado. Si no hay un único episodio clave, *extraordinario*, parece que es menos probable que aparezcan dificultades para recordar aspectos esenciales del acontecimiento.

Finalmente, también parece que existen grandes diferencias en cuanto a síntomas que demuestran el desinterés por actividades. Un 82,2% de las mujeres maltratadas presentaban este síntoma frente a un 59% de víctimas de agresión sexual, 58,3% de víctimas de terrorismo, 26,3% de víctimas de accidentes de tráfico y 71,4% de víctimas de enfermedades graves. Este es un síntoma definido dentro del TEPT pero que presenta una gran similitud con síntomas depresivos. De hecho, en este mismo estudio, se encontró que las víctimas que presentaban un nivel de sintomatología depresiva mayor eran mujeres maltratadas.

Lejos de querer descartar la utilización de categorías en las que existe consenso en la comunidad científica, lo que se pretende es tratar de ajustar su utilización a las necesidades específicas. En este trabajo se emplea la descripción de la sintomatología del TEPT puesto que resulta muy útil para caracterizar signos y síntomas habituales en las mujeres, pero no se quiere limitar el estudio de la patología a la mera etiqueta. Por ello, el objetivo primordial pasa por el tratamiento de síntomas y no de trastornos.

Siguiendo esta línea, se señala la existencia del *SEPT*. La descripción de este trastorno se hizo a partir de una muestra de víctimas de accidentes de coche (Hickling y Blanchard, 1992), y la mayoría de los estudios siguen esta perspectiva (Blanchard, Hickling, Barton, Taylor, Loos y Jones-Alexander, 1996). Las características del SEPT son la presencia de uno de los síntomas de reexperimentación (el criterio B tal y como es necesario para el

diagnóstico del TEPT según el DSM-IV) y cumplir el criterio C (al menos tres de los síntomas de evitación) o el criterio D (al menos dos síntomas de hiperactivación), pero no ambos.

Se ha encontrado poca evidencia de este subsíndrome en la literatura referente a la violencia doméstica. Supone un reto para la futura investigación, al tener en cuenta, especialmente, que en las víctimas de accidentes de tráfico se ha visto junto con casos claros de TEPT. Además, en los seguimientos que se han hecho de estos pacientes se ha visto que un SEPT puede convertirse en un TEPT en el período de un mes (Blanchard *et al.*, 1996), y esta posibilidad aumenta significativamente si el periodo que transcurre es mayor (en torno al año). Aunque no exista como categoría según el DSM-IV (APA, 1995) su diagnóstico podría ser mucho más probable que el de cualquier otro trastorno.

Por otro lado, McMillen, North y Smith (2000) plantean una caracterización diferente de los síntomas postraumáticos. Según estos autores resulta difícil realizar un diagnóstico del TEPT teniendo en cuenta los criterios planteados por el DSM-IV (APA, 1995), puesto que no todos los síntomas se dan con la misma frecuencia. Parece que lo más inusual es que se cumpla el criterio C (síntomas de evitación), o lo que es lo mismo, decir que en las víctimas de acontecimientos traumáticos, el criterio menos probable es el de evitación, algo especialmente presente en las mujeres maltratadas. Entre los síntomas más frecuentes (se consideran frecuentes aquellos registrados en más del 50% de los sujetos) se han encontrado los siguientes: presencia de recuerdos intrusivos, sentimientos de que el acontecimiento está ocurriendo de nuevo (ambos del criterio B); problemas de sueño, respuesta de sobresalto (ambos del criterio D). Entre los menos frecuentes (se vieron en menos del 10% de los sujetos) señalan: amnesia ocasional, sentimientos de distanciamiento de los otros y sensación de futuro incierto (todos pertenecientes al criterio C, el señalado como menos frecuente).

Este estudio se realizó con víctimas del terremoto de Northridge (California), por lo que sus resultados deben ser tomados con precaución si se quieren aplicar a los casos de violencia doméstica. No obstante, constituye una aportación a tener en cuenta puesto que ofrece la posibilidad de considerar un trastorno intermedio entre el TEPT y el no diagnóstico, o para una mejor descripción del SEPT. Es evidente que las mujeres maltratadas presentan sintomatología postraumática, pero es preciso determinar cuál es su gravedad. Esto facilitará en gran medida el desarrollo de los tratamientos al ajustarlos a las necesidades concretas.

Por otro lado, y siguiendo la misma línea argumental, Levendosky y Graham-Bermann (2001) recogen un modelo explicativo propuesto por Herman en 1992 de los síntomas más frecuentes en víctimas de maltrato doméstico. Éste marco teórico señala que en las mujeres maltratadas es frecuente encontrar un síndrome traumático complejo, muy similar al TEPT, pero con síntomas adicionales como depresión, ansiedad, distorsiones cognitivas (en concreto, idealización del maltratador) y síntomas de disociación.

Con el fin de poner a prueba la vigencia de dicho modelo, Levendosky y Graham-Bermann evaluaron la sintomatología presente en 120 mujeres residentes en una casa de acogida. Los resultados encontrados apuntan a una confirmación del esquema propuesto por Herman, que abogaría por una reconceptualización de la caracterización del TEPT en esta población concreta.

2.2.6. A Modo de Conclusión

Se resumen en este apartado los estudios encontrados acerca de la sintomatología general en víctimas de violencia doméstica. La tabla 3.3 recoge las consecuencias psicológicas encontradas con mayor frecuencia en los diferentes estudios (utilizando la terminología empleada por cada autor/es) y su correspondiente prevalencia en la población (en los casos en los que se aportan datos numéricos).

Tabla 3.3. Manifestaciones psicológicas habituales en víctimas de violencia doméstica

Dutton-Douglas (1992)	Webb (1992)	Zubizarreta <i>et al.</i> (1994)	Echeburúa <i>et al.</i> (1996)	Golding (1999)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Miedo ▪ Furia ▪ Pena, depresión, tristeza ▪ Angustia/ansiedad ▪ Vergüenza 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aislamiento ▪ Baja autoestima ▪ Depresión ▪ Ansiedad ▪ Sentimientos de desesperanza 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TEPT (51.4%) ▪ Otros síntomas no analizados, entre ellos, síntomas depresivos (48,6%) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TEPT (55%) ▪ Otros síntomas no analizados (45%) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TEPT (63,8%) ▪ Depresión (47,6%) ▪ Intento de suicidio o suicidio (17,9%) ▪ Abuso alcohol (18,5%) ▪ Abuso drogas (8,9%)

Como se puede observar, la sintomatología analizada es variada, y exceptuando el caso del TEPT del que se aportan datos estadísticos²⁴, existen escasos datos del número de

²⁴ No hay que olvidar que los datos que ofrecen dos de los tres estudios acerca de la prevalencia de TEPT en mujeres maltratadas corresponden a muestras españolas.

personas que desarrollan alteraciones psicológicas. Ninguno de los estudios acerca de las consecuencias psicopatológicas del maltrato doméstico afirma la existencia de una única categoría diagnóstica. Tal y como ocurre ante la presencia de un estresor cualquiera, las repercusiones son variadas, dependiendo en gran medida de la naturaleza de ese acontecimiento traumático y de variables personales de las víctimas.

Sería necesario realizar un análisis de los factores de riesgo y de protección que pueden estar involucrados en este ámbito, así como más estudios de prevalencia y meta-análisis de los distintos síntomas postraumáticos, y de los cuadros que se pueden derivar. Desafortunadamente, las investigaciones necesarias para lograr estos objetivos se plantean a largo plazo y a menudo resulta excesivamente costoso involucrarse en ellas.

En cualquier caso, es evidente la presencia de alteraciones psicológicas en víctimas de maltrato doméstico, y este malestar justifica la necesidad de llevar a cabo y desarrollar intervenciones terapéuticas ajustadas a cada situación concreta.

IV. Intervención ante la Violencia Doméstica

Deberíamos reafirmar el papel de la mujer como protectora y constructora de la sociedad y desarrollar técnicas adecuadas que muestren la experiencia de la mujer, pues su aportación es distinta a la del hombre. Debemos identificar políticas que apoyen las estrategias de supervivencia de las mujeres. (G. Cohen, 1999)²⁵

Tantos casos de violencia doméstica y tan nefastas consecuencias requieren una atención social, jurídica, sanitaria y psicológica indiscutibles. En la introducción a este trabajo se aludía a la primera parte del artículo 5º del Código Deontológico del Psicólogo. La segunda parte de este artículo refiere que “el psicólogo no es el único profesional que persigue objetivos humanitarios y sociales, y por ello resulta conveniente, y en algunos casos precisa, la colaboración interdisciplinar con otros profesionales, sin perjuicio de las competencias y saber de cada uno de ellos” (Colegio de Psicólogos de España, 2004). En el caso que aquí nos ocupa, la necesidad de intervenciones interdisciplinares queda a su vez justificada dada la combinación de consecuencias físicas, psicológicas, sociales, etc., vistas con anterioridad.

Actualmente la mayor parte de las comunidades autónomas y provincias en España tienen recursos de atención para mujeres en situación de riesgo social²⁶. Estos servicios, tanto jurídicos (servicios de orientación jurídica, servicios de defensa gratuitos, turnos de oficio de violencia doméstica...) como sociales (centros específicos de la mujer, teléfonos

²⁵ Extracto de una conferencia Gabriela Cohen en el seminario “Buscando la Paz”, celebrado en Ottawa (Canadá) en 1999. Recogido en JRS (2002).

²⁶ Se mencionan los recursos con los que cuentan algunas de las provincias a pesar de que no estén totalmente extendidos. En ningún caso se hace referencia a su eficacia.

para situaciones de emergencias...), ofrecen unas pautas claras de actuación en casos de maltrato. Aun así, parece que hay razones económicas (e.g. dependencia del marido), sociales (e.g. la opinión de los demás), familiares (e.g. la protección de los hijos) y psicológicas (e.g. minimización del problema, miedo, indefensión generada, resistencia a reconocer el fracaso de la relación, etc.) (Saunders, 1994; Wodarski, 1987), para no llevar a cabo una búsqueda activa de soluciones cuando el problema se encuentra en una situación incipiente. Al contrario, puede haber situaciones extremas (e.g. ideación suicida) que sean precisamente las que muevan a las víctimas a la búsqueda de ayuda profesional (Resick y Schnicke, 1996).

1. Atención Jurídica

Quizá el mayor clamor popular en los casos de violencia doméstica se escucha en torno al tratamiento jurídico de los maltratadores y la protección de las víctimas; por lo general, gritos que reivindican una atención más eficaz en el ámbito punitivo.

Según el Informe del Defensor del Pueblo (1998) a fines del siglo XX las resoluciones normativas y jurisprudenciales que se ofrecían no eran suficientes para dar respuesta adecuada a los malos tratos y agresiones sexuales. Pérez (2000) señala que la Asociación de Mujeres Juristas *Themis* (cuyo objetivo principal es participar en todas las actividades lícitas que se desarrollen por cualquier estamento social para hacer realidad principios constitucionales) estudió la respuesta penal a la violencia familiar mediante el análisis de 2.500 expedientes judiciales. Una de sus principales conclusiones fue que en más de la mitad de los casos las mujeres desistían de continuar los procesos por falta de mecanismos judiciales de apoyo y protección.

Sin embargo, en este momento, la mayoría de los colectivos que trabajan para acabar con el maltrato hacia la mujer coinciden en señalar que la legislación es clara aunque siempre susceptible de mejora puesto que no resulta suficiente (por ejemplo, la lesión psicológica no está totalmente reconocida todavía). El ordenamiento jurídico español en materia de violencia doméstica se ha ido ajustando a lo largo de la historia tras los sucesivos cambios sociales y políticos²⁷.

²⁷ Fruto de un proceso de información y concienciación de la sociedad (López, 2002) ha surgido la modificación civil y penal del tratamiento jurídico de la violencia doméstica en nuestro país. Puesto que no existe un único texto legal en el que se presenten todas las respuestas que el derecho ofrece a este problema hay que tener en cuenta el Código Civil, el Código Penal

Tabla 4.1. Ordenamiento jurídico español en materia de violencia doméstica

Constitución Española (1978)*Artículo 14*

“Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”

Artículo 39

“Los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia”

Código Penal (1995)*Artículo 57*

“1. Los jueces o tribunales, en los delitos de homicidio, aborto, lesiones, contra la libertad, de torturas y contra la integridad moral, la libertad e indemnidad sexuales, la intimidad, el derecho a la propia imagen y la inviolabilidad del domicilio, el honor, el patrimonio y el orden socioeconómico, atendiendo a la gravedad de los hechos o al peligro que el delincuente represente, podrán acordar en sus sentencias la imposición de una o varias de las prohibiciones contempladas en el artículo 48, por un tiempo que no excederá de diez años si el delito fuera grave o de cinco si fuera menos grave.

No obstante lo anterior, si el condenado lo fuera a pena de prisión y el juez o tribunal acordara la imposición de una o varias de dichas prohibiciones, lo hará por un tiempo superior entre uno y 10 años al de la duración de la pena de prisión impuesta en la sentencia, si el delito fuera grave, y entre uno y cinco años, si fuera menos grave. En este supuesto, la pena de prisión y las prohibiciones antes citadas se cumplirán necesariamente por el condenado de forma simultánea.

2. En los supuestos de los delitos mencionados en el primer párrafo del apartado 1 de este artículo cometidos contra quien sea o haya sido el cónyuge, o sobre persona que esté o haya estado ligada al condenado por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia, o sobre los descendientes, ascendientes o hermanos por naturaleza, adopción o afinidad, propios o del cónyuge o conviviente, o sobre los menores o incapaces que con él convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho del cónyuge o conviviente, o sobre persona amparada en cualquier otra relación por la que se encuentre integrada en el núcleo de su convivencia familiar, así como sobre las personas que por su especial vulnerabilidad se encuentran sometidas a su custodia o guarda en centros públicos o privados se acordará, en todo caso, la aplicación de la pena prevista en el apartado 2 del artículo 48 por un tiempo que no excederá de diez años si el delito fuera grave o de cinco si fuera menos grave, sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo segundo del apartado anterior.

3. También podrán imponerse las prohibiciones establecidas en el artículo 48, por un período de tiempo que no excederá de seis meses, por la comisión de una infracción calificada como falta contra las personas de los artículos 617 y 620”.

Artículo 153

“El que habitualmente ejerza violencia física sobre su cónyuge o persona a la que se halle ligado de forma estable por análoga relación de afectividad o sobre los hijos propios o del cónyuge o conviviente, pupilos, ascendientes o incapaces con que convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela o guarda de hecho de uno u otro, será castigado con la pena de prisión de seis meses a tres años, sin perjuicio de las penas que le pudieran corresponder por el resultado que, en cada caso, se causare”.

Artículo 173

“El que habitualmente ejerza violencia física o psíquica sobre quien sea o haya sido su cónyuge o sobre persona que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia, o sobre los descendientes, ascendientes o hermanos por naturaleza, adopción o afinidad, propios o del cónyuge o conviviente, o sobre los menores o incapaces que con él convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho del cónyuge o conviviente, o sobre persona amparada en cualquier otra relación por la que se encuentre integrada en el núcleo de su convivencia familiar, así como sobre las personas que por su especial vulnerabilidad se encuentran sometidas a custodia o guarda en centros públicos o privados, será castigado con la pena de prisión de seis meses a tres años, privación del derecho a la tenencia y porte de armas de dos a cinco años y, en su caso, cuando el juez o tribunal lo estime adecuado al interés del menor o incapaz, inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de uno a cinco años, sin perjuicio de las penas que pudieran corresponder a los delitos o faltas en que se hubieran concretado los actos de violencia física o psíquica”

Artículo 178

“El que atentare contra la libertad sexual de otra persona, con violencia o intimidación, será castigado como responsable de agresión sexual con la pena de prisión de uno a cuatro años”

Artículo 617

“1. El que, por cualquier medio o procedimiento, causara a otro una lesión no definida como delito en este Código será castigado con la pena de localización permanente de seis a 12 días o multa de uno a dos meses.

y la Ley de Enjuiciamiento Criminal. Con ellos se puede ofrecer un marco jurídico que pretende ser completo para afrontar de forma eficaz las graves consecuencias que se derivan de los malos tratos.

2. El que golpear o maltratare de obra a otro sin causarle lesión será castigado con la pena de localización permanente de dos a seis días o multa de 10 a 30 días”.

Ley de Enjuiciamiento Criminal

Artículo 13

“Se consideran como primeras diligencias la de consignar las pruebas del delito que puedan desaparecer, la de recoger y poner en custodia cuanto conduzca a su comprobación y a la identificación del delincuente, la de detener, en su caso, a los presuntos responsables del delito, y la de proteger a los ofendidos o perjudicados por el mismo, a sus familiares o a otras personas, pudiendo acordarse a tal efecto las medidas cautelares a las que se refiere el artículo 544 bis o la orden de protección prevista en el artículo 544 ter de esta Ley”.

En España el cambio más relevante se produjo a partir de la aprobación de la Constitución de 1978 y, por tanto, a partir de las modificaciones legislativas derivadas de ella, ya que se incorporó el principio de igualdad ante la ley de todos los ciudadanos y el derecho a la no discriminación por sexo en el artículo 14 (véase tabla 4.1). Unos años antes, -hasta que fue modificada por la Ley 11/1981 de 13 de mayo-, si la mujer abandonaba el domicilio conyugal cometía un delito e, incluso, tenía muchas probabilidades de perder a sus hijos.

En el artículo 39 de la Constitución (véase tabla 4.1) se establecía la protección de la familia en todos sus aspectos social, económico y jurídico. Esta función protectora conlleva que en la actualidad la violencia doméstica esté recogida en el Ordenamiento de las Normas de Derecho de Familia y Menores.

En este momento se presta una especial atención *civil* a través de los procedimientos de familia, y *penal*, al considerar no sólo al maltratador sino también la protección eficaz de la mujer maltratada. Esta situación jurídica ha exigido modificar la legislación contenida en el Código Penal (CP) y establecer una normativa específica fuera de dicho Código para proteger a las víctimas de la violencia por razones de sexo²⁸. Actualmente el tratamiento específico de los malos tratos habituales en el ámbito familiar se recoge en el CP en virtud de la Ley Orgánica 3/1989, de 21 de junio, que dio redacción al artículo 425, hoy ya derogado, precedente inmediato del artículo 153 (véase tabla 4.1) que se introdujo en el CP de 1995 y que ha sido objeto de modificaciones posteriores (Moreno, 2002). Puede señalarse respecto a este artículo la omisión de los malos tratos psicológicos como conducta punible aunque estos pueden quedar encuadrados en el artículo 173 del CP.

²⁸ La atención jurídica ha evolucionado notablemente. Como ejemplo basta señalar que en 1963 el artículo 428 del CP permitía la causación de lesiones graves porque no imponía ningún tipo de pena al marido respecto de la mujer o al padre respecto de la hija que hubiera sido sorprendida en adulterio.

Una de las mayores mejoras se ha realizado también tras clasificar de forma concreta los actos violentos de carácter doméstico. En el tratamiento jurídico de la violencia doméstica se suelen distinguir dos planos: los actos aislados que se encajan en algún tipo penal y la conducta violenta reiterada. Hasta hace unos años la respuesta jurídica se limitaba a tratar los hechos aislados; incluso cuando formaban parte de un comportamiento habitual, se trataban separadamente olvidando la existencia del maltrato reiterado. La reforma legislativa operada por el CP y en la Ley de Enjuiciamiento Criminal (LEC) por la Ley Orgánica 14/1999 ha logrado cambiar esta situación. Se considera maltrato habitual “la repetición de actos de idéntico contenido con cierta proximidad cronológica”. Según el artículo 153 del CP la habitualidad es la creación por un sujeto activo de un clima de temor en las relaciones familiares mediante el empleo reiterado de actos de violencia física o psíquica sobre los componentes del grupo familiar²⁹. La habitualidad así entendida exige:

- La comisión de actos de violencia física o psíquica.
- Que recaigan sobre un determinado círculo cerrado de personas y en razón de los lazos de convivencia familiar.
- Que se produzcan de una manera reiterada.
- Que entre tales actos exista una analogía o relación de continuidad (seis meses para ser considerado falta y un año en el caso de delitos).

Además del artículo 153 tiene que mencionarse el artículo 617 del CP (véase tabla 4.1). Ninguno de estos dos, sin embargo, recogen las situaciones en las que el agresor haya tenido (en pasado) una relación matrimonial o de convivencia con la víctima, de manera que quedan fuera los ex maridos o ex compañeros que causan malos tratos a la mujer con la que convivieron.

De forma complementaria a los anteriores, los artículos 178-180 añaden la legislación penal a la agresión sexual. El primero de estos señala la pena aplicable en casos de agresión sexual (véase tabla 4.1); los dos restantes, señalan las modificaciones penales en función de las características del delito (no se reseñan textualmente por considerar que se alejan del objetivo específico de esta revisión teórica).

²⁹ Conclusión IV.3 acordada por los Fiscales de Violencia Familiar de marzo de 2000 (Citado por Moreno, 2002).

En la Ley de Enjuiciamiento Criminal se encuentra el artículo 13 en el que se establece la necesidad de adoptar las medidas cautelares que son necesarias para evitar que se produzcan graves consecuencias en las mujeres que sufren estos hechos. Relacionado con éste, el artículo 57 del CP establece las penas accesorias a los delitos contra las medidas cautelares (véase tabla 4.1).

Existen dos textos legales que de forma indirecta afectan también a este problema. Son la Ley 35/1995 de 11 de diciembre, de Ayudas y de Asistencia a las Víctimas de Delitos Violentos y contra la Libertad Sexual y la Ley Orgánica 1/1979 de 26 de septiembre, General Penitenciaria³⁰.

Tras este recorrido teórico, es preciso señalar la denuncia que Pérez (2000) hace de la sanción penal de la violencia familiar al señalar que no es cuestión de “mayor severidad en las sanciones sino, fundamentalmente, de voluntad real de aplicación legal de las normas existentes”. Señala que sólo se actúa contundentemente si, como resultado de la violencia, se produce la muerte de la víctima y que nunca se actúa en prevención de ella.

Entre los profesionales del derecho se ha acuñado el término de “victimización secundaria” para designar la situación de muchas mujeres ante el sistema penal, puesto que sufren daños que se originan en el propio sistema de justicia. Delgado (2001) señala como elementos que promueven esta victimización, 1) el tiempo que espera una víctima hasta ser atendida, 2) no poder contar con la información necesaria para conocer su situación de derechos dentro del proceso penal, 3) el hecho de que no existan locales adecuados para la espera, y 4) que no se garantice la falta de contacto con el agresor en los edificios judiciales y comisarías. No hay que olvidar tampoco las dificultades para obtener finalmente una sentencia condenatoria, cuyas penas suelen ser leves y dan poca solución al problema de la reincidencia. La Asociación de Mujeres Juristas *Themis* (2000) recogió durante los años 1997 y 1998 las sentencias condenatorias y absolutorias, así como los casos archivados en materia de violencia doméstica. En la tabla 4.2 se muestran las cifras referentes a la evolución de los casos de violencia de género registrados en esos años.

³⁰ No se detalla su contenido exacto puesto que son textos extensos, y lo más relevante es su contenido penal y civil en cuanto a víctimas y maltratadores respectivamente.

Tabla 4.2. Porcentaje de sentencias dictadas en casos de faltas y delitos de malos tratos en España (1997- 1998)*

Tipo de Juzgado	% sentencias condenatorias	% sentencias absolutorias	% archivados	% otros
Juzgados de Instrucción				
Faltas	-	-	-	-
Agresiones físicas	20	47	32	1
Agresiones psíquicas	11	76	11	2
Agresiones verbales	14	59	26	1
Juzgado de lo Penal				
Delitos	79	21	29	-
Audiencias Provinciales				
Delitos graves	89	11	-	-

*Fuente: *Themis* (2000).

En el año 2002 se planteó la necesidad de una Ley Integral Contra la Violencia de Género aunque su aprobación definitiva no se produjo hasta el 29 de diciembre de 2004. Esta ley responde a la necesidad de ofrecer una respuesta en el ámbito administrativo, civil y penal. Tiene por objeto actuar contra la violencia que se manifiesta como resultado de la discriminación, situación de desigualdad y de las relaciones de poder de hombres sobre las mujeres que hayan estado ligadas a ellas por relaciones de afectividad, aun sin convivencia (mejorando así la situación creada por el artículo 617 del CP). Además establece medidas de protección integral con la finalidad de prevenir, sancionar y erradicar la violencia y prestar atención a las víctimas. Establece medidas de sensibilización, prevención y detección en el ámbito educativo, en la publicidad y medios de comunicación, y en el ámbito sanitario, y derechos entre los que se incluye la asistencia jurídica gratuita y especializada (BOE de 29 de diciembre de 2004).

En algunos medios se ha tachado esta ley como promotora de una discriminación positiva contra la mujer. Según Sáez (2005) es importante que exista una ley que regule la violencia de género o violencia específica de los hombres contra las mujeres y hacia todo el entorno que las rodea. Que exista una ley además de garantizar derechos para todas las mujeres vivan donde vivan, amparo y protección integral, disuasión para los maltratadores, así como sensibilización y cambios educativos importantes, se debe al reconocimiento social de un hecho que supone la aceptación social de la existencia de una violencia específica contra las mujeres, por el hecho de serlo y de vivir en una sociedad basada en la desigualdad entre hombres y mujeres.

Es necesaria una perspectiva temporal más larga para evaluar la eficacia de esta ley en su intento de mejorar la seguridad y asistencia de las víctimas, pero será preciso hacerlo

a la luz de las cifras alarmantes de violencia doméstica que siguen manteniéndose en España.

2. Atención Social

La respuesta social comenzó a darse en España con la creación de las primeras casas refugio en los años 80 (la primera en 1984), o la celebración de la Ponencia del Senado de Investigación de Malos Tratos en España en 1989, aunque la mayor importancia se concedió hace aproximadamente una década. El gran punto de inflexión fue la Conferencia de la ONU en Pekín (1995) de la que se habló en el segundo capítulo de este trabajo.

Precisamente como complemento a la atención jurídica tratada anteriormente, Hinojal (2002) propone el abordaje desde una perspectiva multidisciplinar, en la que estén involucrados los servicios sanitarios (cuando atienden a una persona víctima de una agresión doméstica deben dar traslado del parte médico al Juzgado de Guardia), la policía (Servicio de Atención a la Mujer –SAM-, Equipo de Mujeres y Menores –EMUMES- y Servicio de Atención a las Víctimas de la Violencia Doméstica –SAVD-) y asistencia social (Oficinas de Asistencia a las Víctimas, servicios telefónicos de información y servicios de asistencia –casas refugio, de acogida, centros de emergencia y unidades psicosociales-). Según el artículo 19 de la Ley Integral contra la Violencia de Género esta atención multidisciplinar implica especialmente información a las víctimas, atención psicológica, apoyo social, seguimiento de las reclamaciones de los derechos de la mujer, apoyo educativo a la unidad familiar, apoyo a la formación e inserción laboral, y formación preventiva en los valores de igualdad dirigida a su desarrollo personal y a la adquisición de habilidades en la resolución no violenta de conflictos. En muchas ocasiones estas tareas se llevan a cabo desde organismos públicos de régimen ambulatorio (ayuntamientos, concejalías, etc.) o interno (e.g. pisos de acogida, casas refugio, etc.)

El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, a través del Instituto de la Mujer presta especial atención a este tema desde su creación en 1983, a través de los cuatro Planes de Igualdad de Oportunidades que han servido para desarrollar reformas legales y medidas de acción para profundizar en el proceso de igualdad de oportunidades de hombres y mujeres. Ha estado siempre relacionado con las líneas de acción internacionales en cuestiones relativas a los derechos de las mujeres (fundamentalmente, la ONU y la UE).

El último Plan (el IV, 2000-2004)³¹ incluye como ámbitos de actuación los siguientes:

- Prevención de la violencia a través de investigación social, medidas de sensibilización y concienciación social y educación en valores de igualdad y formación a profesionales.
- Medidas y acciones específicas de apoyo y promoción de la mujer y la dotación de infraestructuras suficientes para cubrir las necesidades de las víctimas de violencia de género en sus manifestaciones.
- Acciones de cooperación y coordinación institucional y social. Actuación multidisciplinaria del personal sanitario, social, judicial y policial.

A nivel nacional, en los últimos años se han elaborado dos *Planes de Acción* en los que se establecen una serie de medidas articuladas en torno a seis áreas básicas: 1) sensibilización, 2) educación y formación, 3) sanidad, 4) recursos sociales, 5) legislación y práctica jurídica, y 6) investigación.

Centrando el interés únicamente en el área de recursos sociales del primero (1998-2000) las acciones realizadas fueron: incremento de las unidades SAM en comisarías y servicios de las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, creación de casas de acogida, pisos tutelados y centros de emergencia 24 horas, y subvenciones de programas de atención, rehabilitación y seguimiento a las víctimas de la violencia. Además, se elaboró un estudio de empleo en las casas de acogida para analizar los problemas que encontraban las mujeres.

El segundo (2001-2004) señala entre las medidas asistenciales y de intervención social el establecimiento de puntos de encuentro donde se lleven a cabo las visitas de padres y madres a menores en casos de separación y divorcio con antecedentes de violencia doméstica. Además, se propone apoyar a las ONGs que desarrollen servicios de atención y programas integrales de atención jurídica, laboral, psicológica y social que faciliten a las mujeres la recuperación de su autonomía personal.

Dado el reparto de competencias entre la administración central y las distintas comunidades, cada autonomía lleva a cabo su propia ejecución de los planes de igualdad.

³¹ No se ha puesto todavía en funcionamiento el siguiente Plan que comprendería el período 2005-2009.

Parece que en el País Vasco, donde están transferidas las competencias de forma amplia, la acción contra la violencia doméstica es muy importante. Asimismo, son relevantes los esfuerzos y trabajos llevados a cabo en Cataluña, Canarias y Andalucía (Alberdi y Matas, 2002). En otras autonomías, el trabajo es menor.

Por otra parte, existen asociaciones de mujeres especializadas en el tema que ofrecen asesoramiento jurídico y psicológico (e.g. *Themis*, *Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas*, etc.) y dirigen centros de atención a las mujeres víctimas de maltrato. El objetivo de la ayuda es la realización de programas para facilitar la integración social de las mujeres y favorecer la creación o mantenimiento de centros y servicios de ayuda para mujeres que sufren una situación de maltrato. En última instancia, de lo que se trata es de unificar normas y actuaciones dispersas para disponer de un referente orgánico, coherente y obligatorio que puedan usar todos los organismos que a nivel nacional intervienen contra la violencia doméstica. Un buen punto de referencia puede venir de la asunción de la Ley Integral en todos sus artículos.

3. Atención Médica

Si las lesiones físicas son consecuencia de la violencia doméstica, la atención médica juega un lógico papel en su detección y tratamiento. Y actúa del mismo modo si lo que pretende es la detección y prevención de agresiones psicológicas. De hecho, la atención médica primaria se considera un medio idóneo y fundamental para la detección de signos y síntomas de maltrato. Sin embargo, su papel ha estado a menudo limitado por el tiempo de dedicación de estos profesionales a la tarea, que se califica de escaso para atender correctamente a las demandas de los pacientes. Si bien los médicos consideran algo obvio la posibilidad de detección de casos de violencia doméstica, no todos pueden llevarlo a cabo por ausencia de medios, tiempo y formación específica para ello (Lorente, 2001).

Si el objetivo de la atención primaria es la detección y prevención de casos, el *screening* o cribado juega un papel fundamental. Este segundo condicional ha provocado que en los últimos años se haya hecho un esfuerzo notable por protocolizar los medios de exploración dando lugar a una serie de instrumentos que camuflan preguntas en las entrevistas de atención primaria y que persiguen obtener información de la posible historia de maltrato.

El *screening* en la violencia doméstica es efectivo y facilita el acceso a los recursos de la comunidad. Da como resultado una mejoría en la calidad de vida y una reducción de los

daños derivados de la violencia. A pesar de que su efectividad no se ha validado con ensayos clínicos controlados y aleatorizados, la literatura actual apunta a que ciertamente sí produce beneficio en algunas etapas. De hecho, la evidencia apoya que realizar preguntas de forma rutinaria en los servicios médicos sobre un posible maltrato, puede permitir a una mujer víctima a reconocer el problema, aun cuando no se encuentre preparada para recibir la ayuda necesaria en ese momento. Pero si se consigue que se cuestione la situación que está viviendo, y logra poner nombre a la, a veces, negada situación, se habrá dado un gran paso adelante.

Entre las herramientas que ayudan a realizar este proceso se encuentra la escala *HITS* (*Hurt, Insult, Threaten, Scream*; Sherin, Sinacore, Li, Zitter y Shakil 1998), formada por cuatro ítems que hacen referencia a: 1) *Daño*, (¿con qué frecuencia te provoca daño tu pareja?); 2) *Insulto*, (¿con qué frecuencia te insulta o desprecia tu pareja?); 3) *Amenaza*, (¿con qué frecuencia te amenaza tu pareja?); 4) *Grito*, (¿con qué frecuencia te grita tu pareja?) La forma de respuesta es una escala tipo Likert con cinco puntos que oscila de “nunca” a “frecuentemente”. El rango de puntuaciones oscila entre 5 y 20. Se considera diagnóstico de abuso una puntuación mayor o igual a 10. En cuanto a sus propiedades psicométricas, el análisis de la validez ha determinado una sensibilidad del 96% y una especificidad del 91%.

Otro cuestionario ampliamente utilizado es el *Woman Abuse Screening* (*WAST*; Brown, Lent, Brett, Sas y Pederson, 1996), que cuenta también con una forma corta (*WAST short*) de tan sólo dos preguntas: 1) En general, ¿cómo describirías tu relación? (con mucha tensión, alguna tensión, sin tensión) y 2) ¿tu pareja y tú resolvéis las discusiones...? (con gran dificultad, con alguna dificultad, fácilmente). Si una mujer responde afirmativamente a estas dos preguntas, el médico puede usar el *WAST* ampliado, que consta de otras cinco preguntas añadidas para conocer más datos de la supuesta historia de maltrato. La escala de respuesta tiene un formato Likert de tres puntos, y cuantifica la percepción del malestar originado por la violencia doméstica.

El *WATS* posee una alta fiabilidad (coeficiente *alfa*=0,95) así como adecuada validez discriminante y de constructo. Su sensibilidad es del 83% y la especificidad del 75% (Punukollu, 2003). Otros estudios han analizado las propiedades psicométricas de su versión reducida y se ha comprobado que la sensibilidad para clasificar a las mujeres que no sufrieron abuso fue del 100%, y su especificidad, del 91,7% (Brown, Lent, Schmidt y Sas, 2000). Si bien no se ha realizado un análisis comparativo de estos dos estudios, parece que da mejores resultados en el *screening* la prueba corta que además reduce el tiempo

destinado a la evaluación, por lo que podría establecerse como instrumento de primera elección.

A pesar de los datos optimistas, estas dos herramientas necesitan ser evaluadas con población más numerosa y con muestras que eviten sesgos de selección. En concreto, el *HITS* sólo se ha probado en población de habla inglesa por lo que las barreras lingüísticas y culturales deben ser estudiadas con más profundidad. Por el contrario, el *WAST* posee una versión en castellano que ha demostrado propiedades adecuadas (Fogarty y Brown, 2002), si bien sus valores de sensibilidad y especificidad no son del todo óptimos.

Finalmente, el *WEB (Women's Experience with Battering Scale)* de Smith, Earp y de Vellis (1995) es un instrumento de 10 preguntas con una escala de respuestas de seis puntos que ha sido validada con una muestra numerosa (n=1.152), lo que haría de ella la herramienta a elegir. Sin embargo, puede que su longitud sea excesiva teniendo en cuenta que se trata de un instrumento de cribado. Por otro lado, la validación de esta escala demostró una sensibilidad del 86% y una especificidad del 91% (Punukollu, 2003). Por ello, sea cual sea la forma en la que se intente llegar al diagnóstico, siempre debe tener un seguimiento con una cuidadosa entrevista antes de intervenciones posteriores.

Al realizar una entrevista con una mujer víctima de violencia doméstica puede ser habitual encontrar datos en la historia clínica y el examen físico que pongan de manifiesto un riesgo de haber sufrido violencia doméstica. Es decir, cuando el profesional de atención primaria se topa con explicaciones inconsistentes de heridas o retraso en la búsqueda de tratamiento, quejas somáticas, enfermedad psiquiátrica, visitas frecuentes a urgencias, heridas, sobre todo en cabeza y cuello, bajo peso de los hijos al nacer, etc., resulta recomendable que el médico verifique si el riesgo es real para prevenir y tratar.

En un paso posterior a la detección y exploración de situaciones de maltrato, el protocolo de intervención médica en atención primaria cuenta también con la necesidad de derivación a otros recursos de mayor envergadura (médica y social). En última instancia, este tipo de atención conecta con la intervención del médico forense. Según este planteamiento, la Secretaría Sectorial de la Mujer y de la Juventud de Murcia, elaboró un protocolo de atención que recoge el proceso necesario desde la recogida de la demanda hasta la intervención, en su caso, del médico forense (véase figura 4.1).

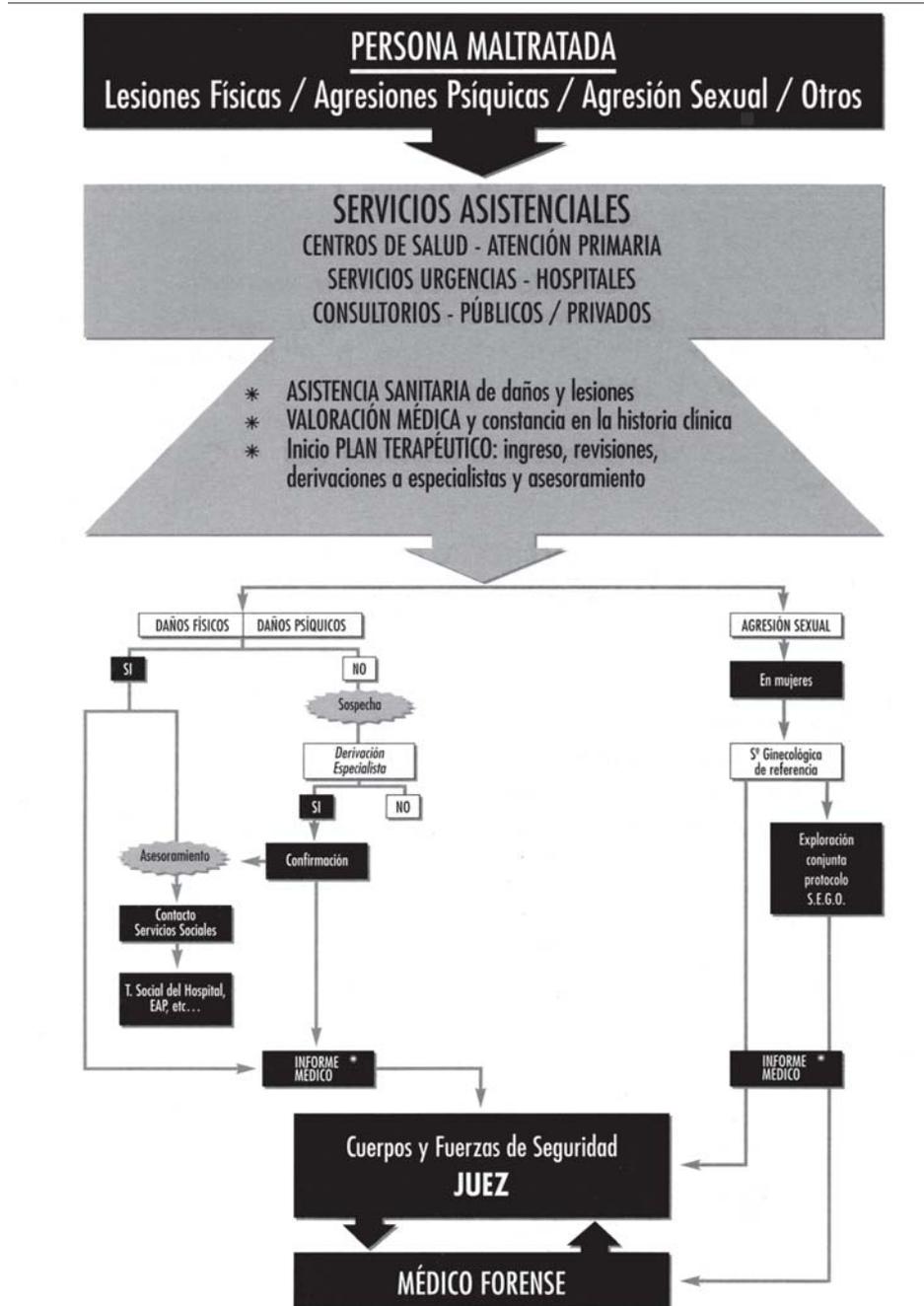


Figura 4.1. Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos domésticos³²

Cada intervención médica debe ir acompañada de un informe por malos tratos. La mayoría de las administraciones, servicios sociales y de salud poseen instrumentos

³² Fuente: Secretaría Sectorial de la Mujer y de la Juventud de Murcia (2002).

estandarizados de este tipo, que suelen incluir los siguientes aspectos: datos de filiación de la víctima, exposición de los hechos que motivan la asistencia, antecedentes personales de interés, exploración física (suele incluirse un registro exhaustivo de las zonas del cuerpo donde se encuentran lesiones), estado emocional actual, diagnóstico, tratamiento y un plan de actuación. Los profesionales sanitarios tienen una especial responsabilidad, ética, profesional e institucional en la denuncia de signos de violencia doméstica, por ello a menudo se considera que la intervención médica ha finalizado cuando un caso ha sido derivado a un especialista o se ha notificado en el juzgado, en la guardia civil o en la policía. De este modo, la intervención interdisciplinar alcanza su propósito ya que se involucran diferentes profesionales en la resolución del problema.

4. Atención Psicológica

Evidentemente en un estudio de este tipo se hace necesario revisar el abordaje directo de las secuelas psicológicas y emocionales de la violencia doméstica. Existen varias propuestas de tratamiento aunque las vías de intervención resultan más o menos similares. La mayoría de ellas proceden del ámbito de la psicología aunque también suelen unirse aportaciones del trabajo social, con un importante componente psicoeducativo (Mancoske, Standifer y Cauley, 1994). Suelen ser intervenciones breves, realizadas en grupo, con uno o dos terapeutas (Echeburúa y Corral, 1998). Las orientaciones son variadas y en ocasiones se han combinado elementos dinámicos, cognitivos y conductuales, generalmente en terapias multicomponente.

El formato de tratamiento más habitual es el que se realiza de modo ambulatorio. Está caracterizado por la atención en un lugar concreto (centros de salud, centros cívicos...) al que tiene que desplazarse la víctima con cierta periodicidad (semanal o quincenalmente, de modo general). Tiene la indudable ventaja de desarrollarse en el ambiente propio de cada persona, por lo que fomenta la autonomía y la búsqueda de soluciones sin alejarla de su propia realidad. Juega además con el factor beneficioso de mantener el ambiente social y familiar estable para que los cambios derivados de la nueva situación familiar impliquen un menor daño en la respuesta de adaptación. Este formato se emplea, incluso, cuando una mujer maltratada experimenta los primeros síntomas y deseos de pedir ayuda, y constituye en numerosos casos, el primer medio para lograr una búsqueda activa de soluciones.

Sin embargo, la práctica cotidiana, la experiencia psicosocial, y la literatura al respecto también enfatizan la necesidad de protección de las mujeres en refugios específicos

en los que se desarrolle alguna intervención terapéutica (Tutty, Bidgood y Rothery, 1993). El tipo de intervención utilizado con mayor frecuencia en estos casos responde a los llamados “grupos de trabajo”, cuyos objetivos de intervención son similares de unos a otros, aunque a menudo varía la estructura de los mismos en función del formato intensivo o extensivo que se utilice. Entre los contenidos que se abordan frecuentemente se encuentran: terapia individual y/o de grupo, psicoeducación sobre el ciclo de violencia doméstica, entrenamiento en habilidades para fomentar la vida autónoma, guía para el establecimiento y consecución de metas individuales y familiares, atención a los menores, orientación laboral, apoyo judicial... Este tipo de intervención que se ofrece en muchos centros, permite que las mujeres reciban ayuda y apoyo a la vez que favorece que sean agentes también para el cambio de otras, puesto que en muchos de ellos se fomenta el reparto de tareas e intercambio de habilidades. Por otro lado, en estos casos, la intervención multidisciplinar se hace más efectiva puesto que la coordinación entre los recursos es más sencilla y rápida.

4.1. Revisión de Intervenciones Psicológicas

A continuación se ofrece una revisión de aquellas intervenciones más recientes y significativas. De forma visual se muestra en la tabla 4.3 un resumen de las características más importantes de cada una de ellas. Se ha hecho una división entre aquellas que únicamente describen el tipo de intervención y sus elementos fundamentales (objetivos de tratamiento, técnicas y estrategias) y aquellos estudios que, además de describir, evalúan la eficacia de las mismas.

Entre las primeras se encuentran las aportaciones de Cox y Stoltenberg (1991), Mancoske, Standifer y Cauley (1994), Monnier, Briggs, Davis y Ezzell (2001), y Tutty, Bidgood y Rothery (1993). En el segundo grupo los estudios más representativos son los de Chard (2000), Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta (1996), Rincón (2003), y Kubany, Hill, Owens, Ianne-Spencer, McCaig y Tremayne (2004). Los ocho estudios recogen intervenciones concretas donde dominan los componentes cognitivos y conductuales. A excepción del estudio de Cox y Stoltenberg (1991) que se realizó con mujeres que vivían en un refugio o casa de acogida para mujeres maltratadas, el resto se llevó a cabo de forma ambulatoria aunque se utilizó, en la mayoría de ellos, centros de atención a la violencia doméstica para recoger la muestra.

Como puede observarse, la mayoría de las intervenciones tratan síntomas específicos descritos en las víctimas de violencia doméstica. Los datos de reducción de

síntomas del TEPT o de la depresión, son más que alentadores, a la vez que indican la estabilidad de los cambios en los correspondientes seguimientos. Los resultados más positivos han sido los alcanzados por Echeburúa *et al.* (1996), Kubany *et al.* (2004), y Rincón (2003). En estos tres casos se utilizan programas multicomponente cognitivo-conductuales diseñados específicamente para mujeres maltratadas con TEPT, en formato individual los dos primeros, y grupal, el tercero. Todos ellos alcanzan resultados positivos tanto en la reducción de la sintomatología postraumática (el 97%, 87% y 90,9%, respectivamente de las mujeres que presentaban TEPT dejaron de cumplir criterios diagnósticos para este trastorno en el postratamiento), como en la mejora de la depresión, la autoestima o la culpa. Es más, los resultados tendían a consolidarse en los seguimientos que alcanzaron el año en el trabajo de Echeburúa *et al.* (1996), y a los seis meses en los de Kubany *et al.* (2004) y Rincón (2003), -aunque este último presentaba un ligero descenso de la eficacia (el 84,8% no presentaba TEPT al cabo de los seis meses)-.

Resulta también de gran interés señalar que tanto el estudio de Kubany *et al.* (2004), como el de Rincón (2003), contaron con la realización de un estudio piloto previo. Para el primero de ellos, Kubany, Hill y Owens (2003) aplicaron el programa en una muestra de 35 mujeres, contando con el mismo terapeuta en todas las intervenciones. Se realizaron seguimientos al mes y tres meses (frente a los seguimientos a los seis meses que se llevaron a cabo en el estudio posterior), que determinaron los datos de eficacia preliminares; a partir de éstos, se realizó la aplicación definitiva de la intervención tal y como se describe en la investigación citada (Kubany *et al.*, 2004).

El estudio previo al de Rincón (2003) contó con la aplicación de un programa de intervención en una muestra de nueve mujeres. Se llevaron a cabo seguimientos al mes y tres meses (véase Labrador y Rincón, 2002). Igualmente, a partir de los resultados de eficacia, se desarrolló el estudio posterior, cuya muestra más amplia, permitió, asimismo, comparar el programa inicial con otro que variaba en el orden de sus componentes.

De los estudios que se han señalado que cuentan con análisis de la eficacia de los programas todos, menos el de Echeburúa *et al.* (1996), cuentan con la utilización de un grupo de control que permite dotar al estudio de un mayor rigor metodológico. Este estudio, no lo emplea por razones éticas, que también se consideran de relevancia en el desarrollo de intervenciones específicas con víctimas de violencia doméstica.

Tabla 4.3. Intervenciones terapéuticas con víctimas de violencia doméstica³³

Autores	N	Individual vs. Grupal	Grupo Control	Duración	Seguimientos	Objetivos de tratamiento	Resultados
Kubany, Hill, Owens, Ianne-Spencer, McCaig y Tremayne (2004)	125	Individual	Sí*	8-11 sesiones de 90' c/u	3 y 6 meses	TEPT Depresión Autoestima Culpa	Éxito terapéutico (TEPT): Post: 87% Éxito terapéutico (depresión): Post: 83% Mejoras en el resto de variables.
Rincón (2003)	33	Grupal	Sí	8 sesiones (frecuencia semanal)	1, 3 y 6 meses	TEPT Autoestima Depresión Inadaptación vida cotidiana Cogniciones Postraumáticas	Éxito terapéutico (TEPT): Post: 90,9% 1 mes: 90,9% 3 meses: 84,8% 6 meses: 84,8% Éxito terapéutico (depresión): Post: 45,5% 1 mes: 51,5% 3 meses: 57,5% 6 meses: 63,6% Mejoras significativas en el resto de variables.
Monnier, Briggs, Davis y Ezzell (2001)	15	Grupal	No se especifica	10 sesiones de 90' c/u	No se especifican	TEPT Depresión	No se especifican
Chard (2000)	28	Combinado	Sí	17 sesiones (frecuencia semanal)	No se especifican	TEPT	Éxito terapéutico (TEPT): 93%
Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta (1996)	62	Individual	No	12 sesiones (frecuencia semanal)	1,3,6 y 12 meses	TEPT Autoestima Depresión Ansiedad	Éxito terapéutico (TEPT): Post: 95% 1 mes: 98% 3 meses: 100% 6 meses: 92% 12 meses: 97% Mejoras en el resto de variables.
Mancoske, Standifer y Cauley** (1994)	20	Grupal	No	8 semanas	No se especifican	Autoestima Autoeficacia Actitudes hacia el feminismo	Mejoras estadísticamente significativas en autoestima y autoeficacia en modalidad 1. Mejoras no significativas empleando la modalidad 2.

³³ Bajo el sombreado se encuentran las intervenciones que analizan clínica y estadísticamente los resultados tras la aplicación del tratamiento. Las restantes intervenciones son descriptivas y presentan resultados, aunque su rigor metodológico es menor y no ofrecen conclusiones concretas en cuanto a la eficacia.

Autores	N	Individual vs. Grupal	Grupo Control	Duración	Seguimientos	Objetivos de tratamiento	Resultados
Tutty, Bidgood, Rothery (1993)	76	Grupal	No	10-12 sesiones	6 meses	Pertenencia al grupo de apoyo Locus de control Autoestima Estrés percibido Actitudes hacia el matrimonio y la familia Control y expresión afectiva	Mejoras significativas en locus de control, autoestima, afrontamiento del estrés, actitudes hacia el matrimonio y la familia. Mejoras no significativas en las variables restantes.
Cox y Stoltenberg (1991)	22	Grupal	Sí	6 sesiones, de 120' c/u (3 sesiones por semana)	No se especifican	Terapia cognitiva Asertividad, habilidades comunicación Solución de problemas Orientación vocacional Conciencia, conocimiento corporal	Mejoras en ansiedad, depresión, hostilidad, asertividad y autoestima.

*Se utiliza un grupo de control no estricto ya que todas las participantes reciben el tratamiento. Sin embargo, uno de los grupos es evaluado en dos ocasiones antes de participar en la terapia, de tal forma que la segunda evaluación pretratamiento se toma como evaluación post de un grupo control.

**Se comparan dos modalidades de tratamiento basados en el *counseling*: 1) intervención en crisis+tratamiento de orientación feminista; 2) intervención en crisis+tratamiento de duelo.

4.2. Consideraciones acerca de las Intervenciones Terapéuticas

Considerados los aspectos, y teniendo en cuenta los notables esfuerzos que se están llevando a cabo para establecer intervenciones eficaces en víctimas de violencia doméstica, se presenta a continuación una síntesis de la situación vigente en cuanto a estudios de tratamiento se refiere, y se señalan características y recomendaciones para el éxito de las intervenciones terapéuticas:

En primer lugar, se ha visto que muchas de las intervenciones analizadas se han llevado a cabo desde ámbitos diferentes al psicológico. A pesar de que todas las intervenciones son loables por los cambios que logran, algunas de ellas no pueden ser tomadas como referencia en este estudio puesto que pertenecen más al ámbito del trabajo social y no abordan variables psicológicas (TEPT y/o variables concomitantes, a saber, depresión, autoestima, ansiedad, o adaptación a la vida cotidiana).

Aunque no se suele dudar de la utilidad de las intervenciones terapéuticas (ya sean en grupo, individuales, breves o extensas) no existe demasiada investigación controlada acerca de su eficacia. En los casos en los que se ha hecho se ha centrado en la evaluación del cambio terapéutico del malestar general a través de variables como el TEPT, la autoestima y/o la depresión (Echeburúa *et al.*, 1996), obviando aspectos como la integración en el mundo laboral, la mejora de la autonomía, la capacidad de resolución de conflictos o la adaptación a la vida cotidiana. Todos los aspectos son fundamentales. Según la Asociación Psicológica Americana (APA, 1999), dada la elevada frecuencia de aparición de trastornos psicológicos asociados al fenómeno de la violencia doméstica, todas las intervenciones deberían estar orientadas hacia el tratamiento de los síntomas, aunque no se debe olvidar la dimensión psicosocial implicada.

Por otro lado, entre los problemas más frecuentes que encuentra la investigación, Lundy y Grossman (2001) señalan la escasez de evaluaciones específicas de la situación y sintomatología de las víctimas. Resulta imprescindible llevar a cabo una evaluación correcta que permita mantener un principio de concepción ideográfica del paciente. Es fundamental en la práctica de la psicología para orientar los tratamientos a las necesidades concretas. Además, la investigación se topa con que las intervenciones terapéuticas se han llevado a cabo habitualmente sólo con mujeres que demandan asistencia y esto condiciona en cierta medida los resultados que se obtienen.

En segundo lugar, se comprueba que un gran número de los estudios de tratamiento no cuentan con datos de seguimiento y utilizan muestras muy reducidas de participantes (e.g. Lundy y Grossman, 2001). Teniendo en cuenta la necesidad, tanto de mantener cierta validez interna, como externa en las investigaciones se debería contar con muestras suficientemente amplias y evaluaciones de seguimiento que permitieran generalizar los resultados en situaciones similares. Esto contribuiría, asimismo, al asentamiento de los resultados en términos de eficacia, eficiencia y efectividad (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000).

En tercer lugar, las variables independientes no son siempre las mismas en las diferentes propuestas de tratamiento, por lo que no se puede realizar un análisis de la eficacia de los mismos a través de una simple comparación de estudios. Sería más recomendable realizar un análisis cualitativo de los estudios que permitiera conocer los objetivos de intervención para determinar la eficacia.

Se ha visto que en numerosas ocasiones, las muestras utilizadas no son representativas de la población de mujeres maltratadas, bien por no presentar determinados síntomas, o bien por ser sectores determinados a partir de los que no se puede realizar una generalización (e.g. mujeres en centros de acogida).

Por otro lado, los medios con los que se cuenta para llevar a cabo los tratamientos son deficitarios. La adherencia al mismo y los abandonos prematuros son dos factores que afectan notablemente a cualquier tipo de investigación, y, en este caso, las escasas medidas de seguridad y las dificultades sociales y económicas cobran especial importancia por condicionar el desarrollo satisfactorio.

Walker (1991) expone algunos puntos clave para caracterizar la violencia doméstica como un problema social y propone un tratamiento (fundamentalmente para el TEPT) basado en cinco puntos: 1) tratamiento de la manipulación y el control externo que sufren las víctimas, 2) tratamiento de los síntomas de disociación, 3) tratamiento de síntomas de rabia y miedo, 4) tratamiento de la confusión entre la intimidad sexual y la emocional, y 5) tratamiento de la sumisión y síntomas de resentimiento. Según esta autora, la mayoría de las mujeres maltratadas no necesitan psicoterapia para curarse de las heridas producidas por la violencia doméstica si cuentan con un sistema natural de apoyo por parte de la familia y amigos (Walker, 1999b). En su caso, el objetivo de la terapia es el *empowerment* (o “empoderamiento”), lograr que la mujer se proteja mejor del abuso, que tenga mayor

capacidad de adaptación y de afrontamiento de las situaciones violentas y no tanto que termine con la relación de pareja.

Dutton-Douglas (1992) afirma que las víctimas de violencia doméstica pasan por una serie de fases que se desarrollan de forma cíclica. Éstas son *crisis*, *transición* y *recuperación*. Esta última fase solamente se da cuando la amenaza de violencia ha cesado, o la víctima tiene la percepción de que ésta ha desaparecido. La autora realiza una descripción de la intervención con mujeres maltratadas después de que la crisis inmediata al abuso haya pasado, y se centra fundamentalmente en la fase de recuperación, en las circunstancias típicas que rodean a las víctimas de maltrato doméstico para tratar de reestructurar e integrar el trauma en su vida habitual. La terapia incluye cuatro componentes: 1) trabajo terapéutico con el trauma, 2) disminución de los síntomas específicos, 3) reestructuración cognitiva, y 4) reconstrucción de una nueva vida.

Al igual que en el caso anterior, la aportación de esta intervención es solamente descriptiva, y no se ofrecen datos acerca de la evaluación de los síntomas, eficacia del tratamiento o mejoras en las participantes.

También en 1992, Webb analiza la aplicación de un programa de tratamiento para víctimas de maltrato doméstico. El programa se lleva a cabo de forma individual, aunque hay una breve parte grupal al inicio del mismo. Se basa en dos pilares fundamentales, a saber, el establecimiento de una sólida relación terapéutica y la intervención cognitiva en el proceso de *counseling*. Las fases que sigue el tratamiento son las siguientes: 1) establecimiento de la relación terapéutica, 2) evaluación de los síntomas, 3) identificación de objetivos, 4) diseño del plan de acción, 5) intervención cognitiva, 6) evaluación de los logros conseguidos.

Con respecto a las técnicas empleadas, terapia cognitiva con algunos componentes conductuales, se presta especial atención a técnicas de modelado, detención de pensamiento, reestructuración cognitiva, técnicas de “reencuadre” e inoculación de estrés.

Echeburúa y Corral (1998) señalan tres elementos básicos en el tratamiento: 1) expresión emocional, 2) reevaluación cognitiva, y 3) entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento. Recogen la experiencia de tratamiento de Echeburúa, *et al.* (1996) citada con anterioridad en la tabla 4.3. El entrenamiento en habilidades de afrontamiento es la fase más compleja ya que dentro de ella se establecen las siguientes fases de acción: a) adopción de medidas urgentes (en su caso) y búsqueda de soluciones alternativas, b) entrenamiento en relajación progresiva y respiraciones profundas, c)

enseñanza de habilidades de solución de problemas, d) ayuda a la recuperación gradual de actividades gratificantes, y 5) afrontamiento de las conductas evitadas por medio de técnicas de exposición, y/o de las preocupaciones reiterativas por medio de técnicas de distracción cognitiva.

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.

Finalmente, Lundy y Grossman (2001) en su revisión acerca del estado actual de la investigación señalan que las herramientas más útiles para tratar a estas mujeres son la escucha respetuosa, y que la mujer perciba que el terapeuta cree en su historia de malos tratos. Este último también es señalado por Resick y Schnicke (1996) como elemento fundamental en cualquier tipo de terapia. Además, Echeburúa y Corral (1998) señalan que contar con cierto grado de apoyo social, y mostrar una buena motivación para el cambio son factores que pueden predecir el éxito terapéutico.

4.3. Directrices para el Tratamiento

Teniendo en cuenta los estudios revisados, sus aportaciones y limitaciones, se plantean las siguientes características para la realización de tratamientos psicológicos con víctimas de violencia doméstica. Todas ellas constituyen elementos y directrices que facilitarían la recuperación de las mujeres expuestas a la violencia, a la vez que tratarían de promover el afrontamiento de un nuevo modo de vida.

- *Tratamiento de los síntomas presentes y no de las categorías diagnósticas.* Generalmente se tiende a apoyar un programa multicomponente que utilice elementos para tratar los efectos de la violencia, los síntomas depresivos, el TEPT,

sin olvidar otros síntomas presentes en las mujeres maltratadas (síntomas concomitantes, según Labrador y Alonso, 2005/2006; Lundy y Grossman, 2001). De esta forma se logra una mejor adaptación de las pacientes en su medio puesto que se incide en la resolución de problemas y la necesidad de fomentar una nueva vida autónoma. Cabe la posibilidad, además, de desarrollar un programa para aquellas mujeres maltratadas que, aun sin llegar a cumplir criterios diagnósticos para el TEPT (el más frecuentemente descrito en estas víctimas), presentan una sintomatología importante que interfiere con su funcionamiento y sus niveles de adaptación a la vida cotidiana.

- *Consideración de la situación concreta en la que se encuentra/n la/s víctima/s.* El objetivo terapéutico puede variar en función de la realidad concreta. El tratamiento de la violencia doméstica puede dirigirse, por ejemplo, a una separación de la pareja, o a una mejora de la convivencia. En el primero de los casos será necesario contar con una asistencia jurídica para tratar la situación económica, la custodia de los hijos, etc., así como asesoramiento y/o tratamiento para estos. En casos menos graves, menos cronificados, en aquellos que es posible lograr una mejora de la convivencia de la pareja, se puede optar por enseñar a ambos miembros habilidades de comunicación y solución de problemas.
- *Intervención grupal.* Parece que es más eficaz para lograr los objetivos y para romper el aislamiento en el que se encuentran las víctimas. Los grupos dan la oportunidad a las mujeres de hablar sobre sus experiencias, proporcionan apoyo emocional, constituyen una oportunidad para construir nuevas redes sociales, y les permite aprender nuevas estrategias que han ayudado a otras participantes (Lundy y Grossman, 2001). Resick y Schnicke (1996) señalan la importancia del grupo al facilitar el procesamiento cognitivo y emocional de la situación, al normalizar su percepción de sus síntomas, y al permitir la salida del aislamiento en el que se encuentran habitualmente. Las intervenciones en grupos para mujeres maltratadas van desde los grupos de autoayuda hasta los grupos terapéuticos (Hughes y Jones, 2000; Tutty, Bidgood y Rothery, 1996).

Por otro lado, el número de componentes ideal de cada grupo se ha establecido entre 3 y 9 miembros (Labrador y Rincón, 2002; Resick y Schnicke, 1996)

- *Intervención breve*, no superior a los 2-3 meses para lograr los cambios a corto plazo, teniendo en cuenta, además, la urgencia de la intervención y la necesidad de que las víctimas se reincorporen a su vida cotidiana en el menor periodo de tiempo. Tutty *et al.* (1993) recomiendan una duración total de 10-12 semanas.
- *Evaluación de los cambios* tras el tratamiento (a través de seguimientos) para constatar su mantenimiento con el transcurso del tiempo.
- Comparación de la *eficacia del tratamiento* con otra muestra bien seleccionada (de acuerdo con las características del grupo experimental), que reciba otro tratamiento o que se utilice como grupo de control. Resick y Schnicke (1996) señalan este elemento como algo fundamental en cualquier estudio de eficacia de tratamientos, y las recomendaciones de la División 12 de la APA al definir los tratamientos validados empíricamente apuntan la misma línea (Chambless *et al.*, 1998).
- Las *intervenciones multidisciplinares* son útiles por la necesidad de tratar la globalidad de la realidad de los pacientes. Así pues, sería muy beneficioso canalizar los esfuerzos de las diferentes intervenciones (psicológicas, sociales, médicas...) para cubrir todos los ámbitos afectados y ofrecer intervenciones completas.

Estudio Empírico

V. Planteamiento General

Lo más habitual es que las intervenciones con víctimas de violencia doméstica tengan como objetivo, por un lado, la mejora de los niveles de salud física y psicológica y, por otro, la readaptación de las mujeres a su ámbito de vida cotidiano. Este doble objetivo se contempla también en este trabajo, aunque no se quiere olvidar la evaluación adecuada de la eficacia del programa. No en vano, el desarrollo de los tratamientos psicológicos debe ir siempre acompañado de una exigencia social de evaluación (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000).

El hecho de que un tratamiento esté basado en modelos biológicos, cognitivos y psicosociales favorece que la eficacia sea mayor (Arnou y Constantino, 2003; Rodebaugh, Holaway y Heinberg, 2004). Sin embargo, también resulta fundamental considerar otros requisitos metodológicos, propios de la investigación. Por ejemplo, Seligman (1995) señala los siguientes elementos: 1) asignación aleatoria de los participantes a las distintas condiciones experimentales y de control, 2) evaluación con respecto a criterios diagnósticos operativos, 3) descripción y protocolización clara de los tratamientos, 4) fijación de un número determinado de sesiones, y 5) seguimiento de los participantes a largo plazo.

Un análisis de los criterios formulados por la División 12 de la APA al definir los tratamientos validados empíricamente, permite concluir que el mayor grado de validez corresponde a los estudios que se han realizado con una metodología experimental y se han definido como *ensayos clínicos aleatorizados* o *estudios de eficacia*, y cuentan con al menos dos grupos, el propiamente experimental o de tratamiento y otro grupo de comparación ya sea el tratamiento farmacológico, el placebo u otro tipo de intervención (Chambless *et al.*, 1998).

Por otro lado, también es preciso tener en cuenta la eficacia de los componentes de cada programa, esto es, diferenciar en concreto cuáles son los principios activos que subyacen a cada una de las técnicas en un programa de tratamiento y cuáles resultan eficaces para el fin que se persigue (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000).

En el capítulo anterior se han descrito intervenciones con víctimas de violencia doméstica. A continuación se analiza en qué medida, cada una de ellas, cumplen estos requisitos.

Cox y Stoltenberg (1991) evalúan un programa que incluye cinco módulos de tratamiento: terapia cognitiva, entrenamiento en asertividad y habilidades de comunicación, entrenamiento en solución de problemas, orientación vocacional, y conciencia y conocimiento corporal. En este caso la intervención tiene por objeto el ámbito de las cogniciones y readaptación psicosocial.

Tutty *et al.* (1993) evalúan la eficacia de 12 grupos de apoyo en los que abordan: pertenencia al grupo de apoyo, locus de control, autoestima, nivel de estrés percibido, actitudes hacia el matrimonio y la familia, y variables relacionadas con el control y la expresión afectiva. Como se observa, los objetivos de tratamiento se centran también en cubrir el aspecto cognitivo, emocional y psicosocial afectado.

Mancoske *et al.* (1994) centran la atención en la intervención en crisis y *counseling*. Su propuesta de tratamiento tiene por objeto la mejora del nivel de autoeficacia, autoestima y actitudes hacia el feminismo. Estos cambios se logran realizando una combinación de técnicas de intervención en duelo y crisis. Se utilizan dos grupos para comparar diferentes principios de tratamiento. La intervención, sin embargo, se centra fundamentalmente, en los niveles de intervención psicosocial y ciertamente, de alteraciones cognitivas.

Estas tres aportaciones no presentan datos de análisis de la eficacia, descripción de las sesiones o protocolización de la intervención. Su rigor metodológico es bajo, por lo que sus resultados se toman con cautela al considerar las características del trabajo con víctimas de violencia doméstica.

Los estudios de Echeburúa *et al.* (1996), Kubany *et al.* (2004) y Rincón (2003) comparten un gran número de objetivos y, sobre todo, técnicas; en concreto, psicoeducación sobre TEPT y síntomas de ansiedad, exposición en imaginación, terapia cognitiva (centrada especialmente en los sentimientos de culpabilidad), entrenamiento en asertividad, entrenamiento en autocuidado y autodefensa, y entrenamiento en evitar la

revictimización. Son los más completos puesto que poseen un manual protocolizado de sesiones y una base teórica fundamentada. Coinciden, además, en el tratamiento específico de los síntomas del TEPT.

La principal diferencia entre ellos radica, quizá, en el planteamiento teórico de la necesidad de las técnicas de exposición. Echeburúa *et al.* (1996) y Kubany *et al.* (2004) parecen incluir esta técnica como un componente más del paquete terapéutico, sin darle un valor distinto al que tendría en cualquier intervención del TEPT (independientemente del acontecimiento traumático sufrido). Rincón (2003), por el contrario, responde con el diseño de su intervención a la *teoría de la representación dual del TEPT*, propuesta por Brewin. Según ésta, la exposición es clave en el proceso de recuperación de cualquier víctima que haya desarrollado TEPT, y se entiende como un procedimiento casi indispensable para facilitar el reprocesamiento y el paso de los contenidos de la memoria accesible situacionalmente (MAS) a la accesible verbalmente (MAV) (Brewin, 1989, 2001; Brewin, Dalgleish y Joseph, 1996). Por ello, en esta intervención, el componente de exposición al recuerdo del suceso traumático se considera principio fundamental.

Finalmente, otro elemento diferenciador es la utilización de un grupo de control para comparar los resultados de la aplicación del tratamiento. Mientras que Rincón (2003) y Kubany *et al.* (2004) emplean un grupo de control en lista de espera, la investigación de Echeburúa *et al.* (1996) no lo incluye aduciendo cuestiones éticas.

Considerando estos tratamientos se constata también que una gran parte de ellos se ha limitado a la intervención con aquellas mujeres que presentan TEPT. Sin embargo, es también necesario plantear programas paralelos para el tratamiento de la sintomatología postraumática que no constituye un trastorno, pero que coexiste con otros síntomas de depresión y/o de ansiedad, y que interfiere con el nivel de adaptación y funcionamiento de las víctimas a su vida cotidiana.

Así, lo que se plantea en esta Tesis Doctoral es una investigación que permita determinar la eficacia del tratamiento psicológico en víctimas de violencia doméstica que no presentan TEPT. Ninguna de las investigaciones que se ha visto previamente incluía la realización de un estudio piloto como recomendación metodológica. Sin embargo, se considera muy útil llevarlo a cabo puesto que permite valorar elementos de la intervención (e.g. componentes, formato y metodología), a la vez que proporciona datos preliminares sobre la eficacia del tratamiento, que permiten que la intervención definitiva se ajuste de la forma más adecuada a la población concreta.

A continuación se presenta un estudio piloto de la eficacia de la intervención en víctimas de violencia doméstica llevado a cabo de forma previa a la realización de la Tesis Doctoral. Se resaltan los resultados y conclusiones más relevantes³⁴.

1. Estudio Piloto

1.1. *Objetivos e Hipótesis*

Se pretendió evaluar la eficacia de un programa de tratamiento psicológico para mujeres víctimas de violencia doméstica que no presentaran TEPT. Este análisis se tuvo en cuenta con respecto a dos aspectos fundamentales: 1) sobre el no tratamiento (utilizando un grupo de control –GC–), y 2) sobre la remisión de los síntomas.

Concretamente, se plantearon los siguientes *objetivos específicos*:

- Diseño y desarrollo de un programa de intervención psicológica adaptado a la sintomatología de mujeres que han sufrido violencia doméstica por parte de sus parejas.
- Análisis de los cambios producidos en las participantes tras la intervención terapéutica y a medio plazo a través de seguimientos al mes, tres y seis meses.
- Análisis de la existencia de diferencias tras el tratamiento en los síntomas en comparación con un GC en lista de espera.
- Análisis cualitativo y cuantitativo del tratamiento (eficacia, componentes terapéuticos y nivel de adherencia).

Para contrastar estos objetivos se formularon las siguientes *hipótesis*:

H₁: Si la intervención es más eficaz que la no intervención, entonces se producirá una mejora estadística y clínicamente significativa de la sintomatología en las mujeres asignadas al grupo experimental (GE), al comparar las evaluaciones pre y postratamiento. Esta mejora será, a su vez, estadística y clínicamente significativa al compararla con la segunda evaluación realizada a las mujeres asignadas al GC.

H₂: Si el análisis clínico y estadístico determina la eficacia, entonces se considerará útil el programa de tratamiento para lograr cambios en la sintomatología.

³⁴ Como referencias básicas en este estudio, véanse Arinero (2002), y Arinero y Crespo (2004).

1.2. Metodología

1.2.1. Participantes

Se contactó con diferentes organismos de atención a mujeres. En concreto, con la Concejalía de la Mujer y Mayores del Ayuntamiento de Collado-Villalba, la Concejalía de la Mujer del Ayuntamiento de Toledo, las Oficinas de Asistencia a la Víctima de Móstoles y Coslada, y el Centro de la Mujer Rosa de Luxemburgo de Leganés. Se estableció un convenio de colaboración entre cada uno de los centros y la Universidad Complutense de Madrid (UCM) para llevar a cabo el tratamiento.

Se realizó una evaluación inicial de 33 mujeres que habían sufrido violencia doméstica. La selección de las participantes se hizo basándose en los criterios de inclusión y exclusión que se muestran en la tabla 5.1.

Tabla 5.1. Criterios de inclusión y exclusión en el programa de tratamiento

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ser mujer ▪ Ser víctima de violencia doméstica ▪ Ser mayor de 18 años ▪ Haber transcurrido más de un mes desde la primera agresión ▪ Presentar al menos un síntoma postraumático 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnóstico de TEPT (según criterios DSM-IV) ▪ Abuso de drogas ▪ Abuso de alcohol ▪ Analfabetismo en castellano ▪ Deficiencia mental

De esta muestra inicial, se excluyó en primer lugar, a 10 mujeres que presentaban TEPT, y que fueron derivadas a un programa de tratamiento específico realizado también bajo la coordinación de la UCM³⁵.

Las 23 participantes restantes se asignaron a las condiciones de tratamiento y GC en lista de espera en función de las posibilidades de iniciar los grupos de terapia. En concreto, el GE estuvo compuesto inicialmente por 18 participantes a las que se proporcionó el tratamiento en régimen ambulatorio. La mortalidad experimental durante el tratamiento fue de seis mujeres, por lo que finalmente el GE se redujo a 12 mujeres.

El GC estuvo compuesto por cinco mujeres, con las que se llevó a cabo una segunda evaluación pasados dos meses. No se utilizó un GC estricto debido a cuestiones éticas

³⁵ Las condiciones de tratamiento se establecieron en respuesta a las necesidades presentes en ese momento en la población de víctimas de violencia doméstica. En ese momento existía una línea de intervención paralela en la UCM dirigida por D. Francisco J. Labrador y llevada a cabo por Dña. Paulina P. Rincón, que se centraba específicamente en aquellas víctimas que habían desarrollado TEPT.

obvias, aunque por razones ajenas a la investigación, las mujeres de este grupo no se incorporaron posteriormente a ningún tratamiento.

1.2.2. Variables

1.2.2.1. Variable Independiente

Intervención con mujeres víctimas de violencia doméstica, con dos niveles:

- *Tratamiento:* intervención cognitivo-conductual.
- *No tratamiento:* GC en situación de lista de espera.

1.2.2.2. Variables Dependientes

- Sintomatología relacionada con el trauma (síntomas postraumáticos).
- Sintomatología asociada (autoestima, depresión e inadaptación).

1.2.2.3. Variables Contaminadoras

- *Terapeuta:* controlada por constancia, de forma que siempre fue la misma terapeuta en todas las sesiones (la autora de este trabajo).
- *Gravedad de la sintomatología:* no se llevó a cabo ningún control *a priori* ya que se supuso que la gravedad de los síntomas se distribuiría de forma homogénea en los dos grupos considerados. En cualquier caso, se realizó una comprobación *a posteriori* en el análisis de datos para asegurar la homogeneidad de los grupos.
- *Variables sociodemográficas* (clase social, nivel educativo, estado civil, edad...): se realizaron comparaciones *a posteriori* para comprobar la homogeneidad de ambos grupos.
- *Variables relacionadas con la historia de maltrato* (duración y frecuencia de los malos tratos, historia previa de violencia doméstica, salidas del hogar, presencia de lesiones físicas...): al igual que en los casos anteriores, se realizaron comparaciones *a posteriori* para comprobar la homogeneidad de los grupos.

1.2.3. Instrumentos

Se utilizaron instrumentos para la evaluación de la sintomatología de las víctimas, así como para evaluar el propio tratamiento. En este apartado se incluyen también los materiales utilizados para el desarrollo de las sesiones de intervención.

1.2.3.1. Instrumentos de Evaluación de las Participantes

- *Ficha de antecedentes personales* (Rincón, 2001). Recoge información sociodemográfica de las participantes.
- *Pauta de entrevista para víctimas de maltrato doméstico* (Labrador y Rincón, 2002). Recoge datos acerca de la historia de violencia doméstica, malestar general de las víctimas y afrontamiento del problema (e.g. consumo de alcohol). Incluye el cuestionario *CAGE* (Ewing, 1984; traducción de Fonseca, Pérula y Martínez, 1993).
- *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS; Echeburúa et al., 1997b)*. Se trata de un instrumento diagnóstico del TEPT según la descripción que de este trastorno hace el DSM-IV (APA, 1995). Recoge, además, información acerca de la frecuencia e intensidad de los síntomas. En esta investigación, permite evaluar el criterio de inclusión, “presentar al menos un síntoma postraumático”, y el de exclusión, “diagnóstico de TEPT según criterios DSM-IV”.
- *Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck et al., 1983; traducción de Vázquez y Sanz, 1997)*. Es uno de los instrumentos más empleados en la evaluación de la sintomatología depresiva. Consta de 21 bloques de *items* en los que se miden diferentes aspectos relativos a la depresión fundamentalmente cognitivos. No permite, sin embargo, establecer un diagnóstico. El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 63 puntos; cuanto mayor es la puntuación, mayor gravedad se concede a los síntomas de depresión.
- *Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR; Rosenberg, 1965; tomada de Echeburúa y Corral, 1998)*. Evalúa la satisfacción de cada persona consigo misma. Consta de diez *items* con una escala de respuesta tipo Likert de cuatro puntos. Cinco *items* están redactados de forma directa y cinco de forma inversa. El rango de puntuaciones es de 10 a 40 puntos; cuanto mayor es la puntuación, mayor es el nivel de autoestima.
- *Escala de Inadaptación (EI; Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000)*. Evalúa el impacto de un acontecimiento en diferentes áreas de la vida cotidiana (trabajo y/o estudios, vida familiar, vida social, tiempo libre y relación de pareja). Se obtiene una puntuación relativa a cada una de estas áreas y otra correspondiente al impacto global. El rango de puntuaciones para cada una de ellas es de 0 a 5 puntos. Sumándolas todas se obtiene una puntuación general que oscila entre 0 y 30

puntos. En todos los casos, se considera que cuanto mayor es la puntuación, mayor es el impacto del acontecimiento en la vida de la víctima.

- *Inventario de Pensamientos Postraumáticos (PTCI; Foa et al., 1999; traducción de Rincón, 2001)*. A pesar de que es frecuente encontrar cogniciones postraumáticas tras sufrir un acontecimiento traumático, la clasificación DSM no las recoge entre sus criterios diagnósticos. Este instrumento evalúa la presencia de estas cogniciones en relación a tres áreas fundamentales: uno mismo, acerca del mundo y síntomas de autoinculpación. Para obtener una medida de la gravedad de estas áreas se considera un rango de puntuaciones de 1 a 7 puntos; cuanto mayor es la puntuación, mayor es el grado de distorsión en los pensamientos. Además, el *PTCI* permite obtener una medida global que recoge la suma de estas tres subescalas. El rango es de 3 a 21. Del mismo modo, cuanto mayor es la puntuación, mayor es el grado de distorsión en los pensamientos a nivel global.

1.2.3.2. Instrumentos de Evaluación del Programa

Se llevó a cabo una evaluación cualitativa y cuantitativa de la eficacia y satisfacción de las mujeres con la intervención.

Para la primera de ellas se utilizaron ocho tarjetas con frases incompletas creadas *ad hoc* para el programa. El objetivo perseguido era que las participantes las completaran con lo que se había aprendido con las técnicas desarrolladas durante las sesiones (e.g. entrenamiento en respiración, solución de problemas, reestructuración cognitiva...). De este modo, se pudo valorar de forma cualitativa el aprendizaje logrado y la valoración subjetiva de la utilidad de los elementos del programa.

La evaluación cuantitativa se llevó a cabo a través del *Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento* (Larsen, Attkinson, Hargreaves y Nguyen, 1979; tomado de Echeburúa y Corral, 1998), en el que se evaluaba el nivel de aceptación del programa. Este instrumento está compuesto por ocho *ítems* con una escala de respuesta tipo Likert de cuatro puntos. El rango de puntuaciones oscila entre 8 y 32 puntos (a mayor puntuación, mayor satisfacción).

1.2.3.3. Materiales para el Desarrollo de las Sesiones

Durante las sesiones de intervención se emplearon materiales creados también *ad hoc* para el programa. Estos fueron fundamentalmente auto-registros (para la práctica de la respiración, búsqueda y descripción de actividades gratificantes, reestructuración cognitiva,

definición de situaciones problemáticas, solución de problemas, y práctica de habilidades de comunicación), trípticos psicoeducativos (acerca de la violencia doméstica, autoestima, solución de problemas y habilidades de comunicación), así como otros materiales complementarios (contrato terapéutico, tarjetas con normas para el inicio de la intervención, tarjetas para el desarrollo de las habilidades de comunicación...). La versión definitiva de todos ellos fue utilizada también en el desarrollo de la intervención de la Tesis Doctoral, por lo que más adelante se detalla su uso.

En el curso de las sesiones se empleó también la *Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS; Weissman y Beck, 1978; versión española de Sanz y Vázquez, 1993)*. Se trata de una escala que consta de 35 *items* que representan siete creencias disfuncionales (necesidad de aprobación, necesidad de amor, necesidad de ejecución, perfeccionismo, derechos sobre los otros, omnipotencia y autonomía). Cada una de ellas está formada por cinco *items*. Cada uno se puntúa de -2 (*totalmente de acuerdo*) a +2 (*totalmente en desacuerdo*). Según las puntuaciones obtenidas en cada dimensión se confecciona un perfil de vulnerabilidad cognitiva que facilita el diseño de intervención específico según las distintas áreas problema.

1.2.4. Diseño

Se empleó un diseño cuasiexperimental de dos grupos (GE y GC en lista de espera), con medidas repetidas (pre y postratamiento, y seguimientos al mes, tres y seis meses).

1.2.5. Procedimiento

El esquema que se siguió en este estudio piloto, contó con las siguientes fases: diseño del programa, captación de las posibles participantes, evaluación pretratamiento, aplicación de la intervención, evaluación postratamiento y seguimiento. A continuación se describe este proceso prestando especial atención a cada una de las fases. En la fase de evaluación se ha agrupado la descripción de los tres momentos de medida.

1.2.5.1. Diseño del Programa de Tratamiento

Se determinaron las características que debía tener el programa de tratamiento en función de la literatura revisada (síntomatología y estrategias de intervención desarrolladas) y las necesidades de la población de mujeres víctimas de maltrato doméstico. Se establecieron como elementos principales de tratamiento los síntomas postraumáticos (referentes a las áreas de reexperimentación, evitación e hiperactivación, así como a cogniciones distorsionadas), síntomas depresivos, autoestima y síntomas de inadaptación.

Con el fin de evaluar la idoneidad del tratamiento, se redactó un primer borrador del programa que se sometió a un juicio de expertos en psicología clínica, intervención y trabajo con víctimas.

Una vez revisadas las sesiones, objetivos y técnicas, se redactó una segunda descripción del programa que constaba de ocho sesiones de 90 minutos cada una, con una periodicidad semanal. Con esta versión se realizó una prueba piloto con dos participantes, y a partir de las conclusiones de esta experiencia, se desarrolló otra en la que se eliminaron técnicas (en concreto, detención de pensamiento), se cambió la estructura de alguna sesión y se rehicieron materiales para adaptarlos a las necesidades de la población concreta.

1.2.5.2. Captación de las Participantes

Se contó con los centros colaboradores a través de los convenios establecidos. Las mujeres fueron derivadas a esta intervención por los propios centros, y posteriormente, se contactó con ellas telefónicamente para establecer una primera entrevista de evaluación. Cuando existía un número suficiente de mujeres para formar un grupo, se volvía a contactar telefónicamente con ellas para indicarles el inicio de las sesiones.

1.2.5.3. Evaluación

Se realizó una primera evaluación en una única sesión individual de una hora y media de duración aproximada, para determinar la participación de cada mujer en el programa. Posteriormente se llevaron a cabo distintas evaluaciones (postratamiento y seguimientos al mes, tres y seis meses) con el fin de comprobar el mantenimiento de los cambios. En todos los momentos de medida se emplearon los mismos instrumentos (descritos con anterioridad), a excepción de la ficha de antecedentes personales, la pauta de entrevista, y la entrevista de evaluación de los trastornos de ansiedad, que solamente se utilizaron en la evaluación pretratamiento.

Tras la evaluación pretratamiento se formaron grupos de intervención de 3-5 participantes. En los casos en los que no se pudo formar un grupo inmediatamente después de la primera evaluación y el período transcurrido fue de dos meses aproximadamente, se realizó una segunda evaluación pretratamiento, y se utilizaron posteriormente esos datos como referentes al GC en situación de lista de espera.

1.2.5.4. Tratamiento

Se llevó a cabo la intervención tal y como se planteó en su diseño inicial. Como componentes fundamentales se contemplaron los siguientes: psicoeducación, control de la activación, mejora de la autoestima, intervención cognitiva, mejora del estado de ánimo, control de la ira y se prestó una especial atención a la prevención de recaídas. En la tabla 5.2 se presenta un esquema de estos componentes y técnicas básicas.

La psicoeducación se utilizó en cuatro momentos fundamentales. El primero de ellos, al inicio de la intervención, para definir la violencia doméstica y eliminar mitos sobre ella; posteriormente, en la segunda sesión, para abordar el tema de la autoestima; se empleó también para trabajar las técnicas de solución de problemas, indicando las fases básicas de la técnica, y para el entrenamiento en habilidades de comunicación, exponiendo los diferentes modelos comunicativos. En estos cuatro momentos, se entregó a cada participante un tríptico con la información necesaria.

Tabla 5.2. Componentes, técnicas y estrategias de intervención incluidas en el programa

Componentes	Técnicas y estrategias empleadas
▪ Psicoeducación	▪ Lectura y discusión de información proporcionada por la terapeuta
▪ Control de la activación	▪ Entrenamiento en respiración
▪ Mejora de la autoestima	▪ Valoración equilibrada de aspectos positivos y negativos de cada participante
▪ Intervención cognitiva	▪ Reestructuración cognitiva ▪ Solución de problemas
▪ Mejora del estado de ánimo	▪ Planificación de tareas gratificantes
▪ Control de la ira	▪ Entrenamiento en habilidades de comunicación
▪ Prevención de recaídas	▪ Repaso práctico de todas las técnicas aprendidas a lo largo del tratamiento

El abordaje del control de la activación se llevó a cabo a través del entrenamiento en respiración. Se utilizó el esquema propuesto por Labrador, de la Puente y Crespo (1999). Aunque éste consistía en seis ejercicios, el procedimiento que se empleó en este estudio se redujo a cinco, uniendo los dos primeros. Se trató de que las participantes aprendieran a realizar la respiración diafragmática para controlar los estados de activación psicofisiológica.

Como técnicas para el tratamiento de la autoestima se empleó la valoración de aspectos positivos y negativos. Cada participante tenía que dibujar una silueta y anotar, a un lado, sus características positivas, y a otro, los aspectos mejorables. Sobre todos ellos se

trabajaba posteriormente, tratando de que cada mujer pudiera realizar una descripción lo más objetiva de sí misma. Este tema se unió en gran medida con la intervención cognitiva, ya que la técnica de reestructuración cognitiva -junto con el análisis de las puntuaciones en la escala *DAS*, permitieron identificar pensamientos distorsionados, y dar elementos para realizar el debate y modificarlos. Igualmente, se utilizó la técnica de solución de problemas; en un primer momento se llevó a cabo un entrenamiento en identificación y definición de situaciones problemáticas, para aplicar posteriormente el esquema descrito por D'Zurilla y Goldfried (1971).

Como técnica para la mejora del estado de ánimo, de forma estricta, se utilizó la planificación de tareas gratificantes. Indudablemente, la reestructuración cognitiva fue también importante para el abordaje de los pensamientos distorsionados acerca de sí mismas o el mundo.

En el abordaje del control de la ira, se utilizó el entrenamiento en habilidades de comunicación. Se describieron los tres modelos comunicativos más relevantes (pasivo, agresivo y afirmativo) y se prestó especial atención a las habilidades de escucha y a la importancia de definir los objetivos de la comunicación para fomentar el estilo afirmativo. Todo ello se puso en práctica a través de ejercicios de *role-playing*, con situaciones reales e imaginarias. Igualmente se entrenó a las participantes para que pudieran registrar conversaciones en las que pusieran a prueba los estilos comunicativos. Esta tarea la realizaban en casa durante la semana y en sesión se ponían en común para revisar si existía alguna dificultad con la técnica.

Por último, se prestó una especial atención a la prevención de recaídas. En la última sesión se realizó un resumen del programa de tratamiento, recordando cuáles habían sido los objetivos y las técnicas empleadas. En grupo se iban revisando cada una de ellas y realizando ejercicios prácticos para comprobar el grado de adquisición y la posible existencia de dudas o dificultades con ellas.

En la tabla 5.3 se presenta el programa de intervención completo con los objetivos de cada una de las sesiones.

Tabla 5.3. Resumen del programa de tratamiento sesión a sesión

N° Sesión	Contenido
1	Presentación de las participantes y de la terapeuta. Presentación del programa de tratamiento. Firma del compromiso de secreto terapéutico. Identificación de las conductas-objetivo y las motivaciones para el tratamiento. Explicación de los conceptos de ciclo y escalada de violencia. Evaluación de la ira. Entrenamiento en control de la respiración. <i>Tareas para casa:</i> Ejercitar control de la respiración.
2	Revisión de tareas. Mejora de la autoestima. Incremento de actividades gratificantes. Reevaluación cognitiva. Control de la respiración. <i>Tareas para casa:</i> Leer material autoestima. Realizar actividades gratificantes. Rellenar la escala de actitudes disfuncionales (DAS; Weissman y Beck, 1978). Completar hojas A-P-C. Ejercitar control de la respiración.
3	Revisión de tareas. Mejora de la autoestima. Reevaluación cognitiva. Control de la respiración. <i>Tareas para casa:</i> Realizar actividades gratificantes. Completar hojas A-P-C-D. Ejercitar control de la respiración.
4	Revisión de tareas. Reevaluación cognitiva. Identificación de situaciones problemáticas. Control de la respiración. <i>Tareas para casa:</i> Identificar situaciones problemáticas. Realizar actividades gratificantes. Ejercitar control de la respiración.
5	Revisión de tareas. Solución de problemas. Control de la respiración. <i>Tareas para casa:</i> Registrar situaciones problemáticas y solucionar un problema diario. Realizar actividades gratificantes. Ejercitar control de la respiración.
6	Revisión de tareas. Entrenamiento en habilidades de comunicación Devolución de la información de la evaluación de la ira Control de la respiración. <i>Tareas para casa:</i> Registrar habilidades de comunicación. Realizar actividades gratificantes. Ejercitar control de la respiración.
7	Revisión de tareas. Entrenamiento en habilidades de comunicación. Prevención de recaídas. Control de la respiración. <i>Tareas para casa:</i> Realizar actividades gratificantes. Ejercitar control de la respiración.
8	Revisión de tareas. Revisión de la escala de conductas-objetivo Evaluación del tratamiento.

1.3. Análisis de Datos

Se llevaron a cabo diferentes análisis estadísticos, utilizando fundamentalmente el programa informático SPSS.

Se calcularon estadísticos descriptivos (medias, desviaciones típicas, frecuencias y porcentajes) para obtener los resultados de la caracterización de la muestra y su participación en el tratamiento. También se consideraron estos estadísticos para determinar la evaluación cualitativa y cuantitativa del tratamiento (en concreto, adherencia al programa, satisfacción con el mismo y realización de tareas)

Para comprobar la homogeneidad de ambos grupos en cuanto a las variables sociodemográficas, de historia de maltrato y variables dependientes (síntomatología postraumática y sintomatología asociada) se utilizaron la prueba U de Mann-Whitney, que permite establecer si existen diferencias significativas en alguna variable entre grupos pequeños (menos de 30 participantes) sin que necesariamente tengan que tener el mismo número de sujetos, y la prueba χ^2 de Pearson cuando se trataba de variables nominales.

Se utilizó también la prueba U de Mann-Whitney para evaluar las diferencias en el postratamiento teniendo en cuenta los mismos criterios citados anteriormente y la prueba de rangos de Wilcoxon para analizar la eficacia del tratamiento. Se empleó en cuatro momentos: en la comparación pre y postest, y en las comparaciones pretratamiento y seguimientos (1, 3 y 6 meses). En el GC, se utilizó también el estadístico de Wilcoxon para analizar los cambios entre las dos evaluaciones realizadas.

Finalmente, se calculó el tamaño del efecto del tratamiento en el caso de las variables que habían sufrido cambios significativos en la evaluación postratamiento y en los seguimientos. En este caso concreto se utilizó el programa estadístico GPOWER (Faul y Erdelfer, 1992).

1.4. Resultados

En relación con los resultados se analizó pormenorizadamente la eficacia del tratamiento, y se prestó una especial atención a la satisfacción de las participantes con el mismo, y a su nivel de adherencia. Estas dos últimas variables resultaron de gran valor e importancia dada su repercusión en el trabajo posterior. La descripción de los mismos se inicia con la descripción de la muestra y análisis de las diferencias entre grupos, para continuar con los datos relativos a eficacia, adherencia y satisfacción.

1.4.1. Descripción de la Muestra

1.4.1.1. Variables Sociodemográficas y Características de la Historia de Violencia Doméstica

Puede decirse que la media de edad de las participantes fue de 44,82 años (DT= 9,26). En su mayoría pertenecían a una clase social media (52,9%), habiendo completado estudios primarios (52,9%). Un 52,9% estaban casadas, y un 35,3% divorciadas, separadas o en trámites. El 11,8% restante eran solteras. La mayoría de las participantes (58,8%) convivían con el agresor en el momento de la evaluación pretratamiento, aunque sólo una minoría (35,3%) dependía económicamente de él. La duración media del maltrato fue de 15,88 años (DT=12,08), con un rango de duración entre 1 y 45 años.

En cuanto al tipo de maltrato sufrido, lo más frecuente fue la combinación de maltrato físico y psicológico (70,6%); el 17,6% había sufrido sólo maltrato psicológico, y un 11,8%, maltrato físico, psicológico y sexual. El 70,6% calificaba su situación “en el peor momento”, el 11,8% se encontraba en un nivel intermedio, y el 17,6%, en el momento menos malo de su historia de violencia. El 58,8% había denunciado la situación en la que se encontraba, y un 41,2% había salido de su hogar debido al maltrato. La mayoría de las mujeres (88,2%) decía contar con el apoyo de la familia, y con apoyo social (76,5%).

1.4.1.2. Sintomatología

Un alto porcentaje de víctimas (64,7%) presentaba síntomas aislados de TEPT (sin que se llegara a configurar ningún cuadro clínico), mientras que el 35,3% cumpliría los criterios planteados por Hickling y Blanchard (1992) para la descripción del SEPT. Esta categoría postula la necesidad de cumplir el criterio B propuesto por el DSM-IV (APA, 1995), es decir, síntomas de reexperimentación, y uno de los restantes grupos de síntomas, bien evitación o bien hiperactivación, pero nunca ambos. Dentro del grupo que presentaba SEPT se constató que el 33,3% cumplía el criterio C (síntomas de evitación), mientras que el 66,6% restante cumplía el criterio D (hiperactivación).

La puntuación media obtenida en la escala global de la *EGS* fue de 14,72 puntos (DT=4,71); 4,97 (DT=2,21), en la subescala de reexperimentación; 5,44 (DT=2,04), en la subescala de evitación, y 4,35 (DT=2,75), en la subescala de hiperactivación.

Por otro lado, atendiendo a la presencia de pensamientos postraumáticos, el *PTCI* (Foa *et al.*, 1999) reveló que las participantes poseían un grado de acuerdo medio con respecto a las áreas evaluadas. En concreto, se obtuvieron unas puntuaciones de 3,05

(DT=0,97), 4,13 (DT=1,24) y 3,89 (DT=1,42) en las subescalas de pensamientos postraumáticos acerca de sí mismas, del mundo y síntomas de culpa, respectivamente.

En relación a los síntomas depresivos, el 88,2% se situó entre los niveles leve y grave (en un rango de puntuaciones de 10 a 63). Según el *BDI* tan sólo un 11,8% de la muestra total evaluada mostró ausencia de depresión (rango de puntuaciones 0-9). Un 35,3% presentaba una depresión leve (entre 10 y 18 puntos), el 47%, depresión moderada (rango, 19-29 puntos). El 5,9% restante presentaba una depresión grave (puntuación entre 30-63 puntos). La puntuación media en el *BDI* fue de 18,51 puntos (DT=6,77). Teniendo en cuenta que el punto de corte establecido entre los niveles de depresión leve y moderado es de 18 puntos, parece evidente que el nivel de depresión medio en la muestra total se considera de gravedad casi moderada. Por otro lado, las ideas o intentos de suicidio se encontraban presentes en un 35,3% de las participantes.

En cuanto a la autoestima, la media obtenida fue de 27,69 puntos (DT=4,17), lo que revela un nivel medio. Ward (1977) ha señalado como punto de corte para esta escala una puntuación de 29, que marcaría la diferencia entre los niveles de autoestima bajo y adecuado.

El nivel de inadaptación en las víctimas de maltrato doméstico es elevado. La media total de inadaptación fue de 19,74 puntos (DT=5,93), siendo las áreas más afectadas la relación de pareja, la vida familiar y la escala global. En el resto de las áreas o subescalas también puntuaban por encima de 2, que es el punto de corte establecido para cada una de ellas, por lo que se puede afirmar que las participantes en el estudio poseían problemas iniciales importantes para su funcionamiento en la vida cotidiana y estos son causados por las situaciones de maltrato que han vivido. El rango de la escala oscila entre 0 y 30 puntos y el punto de corte es de 12 puntos. Teniendo esto en cuenta, resulta fundamental señalar que el nivel de inadaptación era severo.

Ninguna de las participantes respondió afirmativamente ante la pregunta de haber consumido sustancias (alcohol, drogas o psicofármacos) incluida en la entrevista inicial. Igualmente, la puntuación del *CAGE* fue de 0 puntos para todas las participantes.

1.4.2. Homogeneidad de los Grupos

Se analizaron las diferencias entre ambos grupos, tanto en variables sociodemográficas, como en historia de maltrato y sintomatología. En cuanto a las primeras (véase tabla 5.4), no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables consideradas.

Tabla 5.4. Análisis de la homogeneidad de los grupos (GE y GC) en cuanto a características sociodemográficas

Variables	GE (n=12)	GC (n=5)
Edad: M (DT)	47,33 (8,15)	38,8 (9,81)
Clase Social (%)		
Baja	15,5	-
Media-Baja	25	40
Media	50	60
Media-Alta	8,3	-
Estado civil (%)		
Solteras	16,7	-
Casadas	50	60
Separadas o en trámites	33,3	40
Nivel educativo (%)		
Primarios incompletos	8,3	40
Primarios completos	58,3	40
Secundarios	25	-
Universitarios	8,3	20

Sin embargo, por lo que respecta a la historia de maltrato (veáse tabla 5.5) se vieron diferencias significativas en el número de mujeres que dependía económicamente del agresor ($\chi^2=3,86$; $gl=1$; $p<0,05$), siendo mayor la dependencia en el GE. También se vieron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de mujeres que habían tenido que salir de su casa como consecuencia de la violencia doméstica ($\chi^2=4,41$; $gl=1$; $p<0,05$), siendo, en este caso, mayor en el GC en lista de espera.

Tabla 5.5. Análisis de la homogeneidad de los grupos (GE y GC) en cuanto a la historia de violencia doméstica

Variables	GE (n=12)	GC (n=5)
Conviven con el agresor (%)	67	40
Dependen económicamente del agresor (%) *	50	-
Duración del maltrato (en años): M (DT)	16,25 (13,87)	15 (7,31)
Tipo de maltrato (%)		
Psicológico	16,7	20
Físico y Psicológico	66,7	80
Físico, Psicológico y Sexual	16,7	-
Estado actual del la situación de maltrato (%)		
Peor momento	75	60
Nivel intermedio	8,3	20
Momento menos malo	16,7	20
Han denunciado el maltrato (%)	58,3	60
Han tenido que salir del hogar (%) *	25	80
Cuentan con apoyo familiar (%)	91,7	80
Cuenta con apoyo social (%)	75	80

* $p<0,05$

En cuanto a la presencia de sintomatología, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en ninguna de las variables consideradas (veáse tabla 5.6).

Tabla 5.6. Análisis de la homogeneidad de los grupos (GE y GC) en cuanto a sintomatología postraumática y asociada

Variables	GE (n=12)	GC (n=5)
Gravedad de Síntomas Postraumáticos M (DT)		
Reexperimentación (0-15)	6,2 (2,17)	3,75 (2,26)
Evitación (0-21)	4,8 (1,30)	6,08 (2,78)
Hiperactivación (0-15)	4,2 (3,03)	4,5 (2,47)
<i>Pensamientos postraumáticos</i>		
<i>Sí mismas</i>	3,12 (0,67)	2,98 (1,28)
<i>Mundo</i>	4,22 (1,35)	4,04 (1,14)
<i>Culpa</i>	4,48 (1,38)	3,31 (1,47)
<i>Total</i>	11,82 (1,37)	10,3 (3,29)
Síntomas depresivos M (DT)	19,2 (5,02)	17,83 (8,52)
Presencia de ideas o intento de suicidio (%)	33,3	40
Autoestima M (DT)	25 (4,24)	30,42 (4,42)
Inadaptación M (DT)		
Trabajo y Estudios	3,4 (1,95)	2 (1,71)
Vida Social	3,2 (1,92)	2,58 (1,88)
Tiempo Libre	3,6(1,14)	2,92 (1,88)
Relación de Pareja	3,4 (2,07)	4,17 (1,59)
Vida Familiar	4,2 (1,1)	3,33 (2,10)
Escala Global	4,4 (0,89)	4,33 (0,98)

1.4.3. Eficacia del Tratamiento

Como puede observarse en la tabla 5.7, en el GC se observa una tendencia general al mantenimiento de la sintomatología entre las dos evaluaciones realizadas. Los cambios tan sólo alcanzaron significación estadística en la subescala de evitación ($z=-2,04$; $p<0,05$), produciéndose en este caso un agravamiento de los síntomas. Esto parece indicar que los síntomas no mejoran con paso del tiempo, e incluso puede producirse un agravamiento.

Tabla 5.7. Primera y segunda evaluación del GC, y evaluaciones pre-post en el GE. Significación estadística de las diferencias entre las dos evaluaciones en el GC, y la segunda evaluación del GC y la evaluación post del GE.

Variables	Grupo de Control (n=5)			Grupo Experimental (n=12)		
	1ª Eval M (DT)	2ª Eval M (DT)	Z ^a	Pretrato.	Posttrat.	Z ^b
Gravedad de Síntomas Postraumáticos:						
Reexperimentación (0-15)	6,2 (2,17)	8,2 (1,3)	-0,92	3,75 (2,26)	3,2 (3,12)	-2,53**
Evitación (0-21)	4,8 (1,30)	8,6 (2,4)	-2,04*	6,08 (2,78)	3,2 (3,29)	-2,48*
Hiperactivación (0-15)	4,2 (3,03)	6,6 (2,6)	-1,84	4,5 (2,47)	2,9 (2,64)	-2,1*
<i>Pensamientos postraumáticos</i>						
<i>Sí mismas</i>	3,12 (0,67)	3,15 (1,52)	-1,06	2,98 (1,28)	2,36 (1,04)	-1,56
<i>Mundo</i>	4,22 (1,35)	3,65 (1,76)	-1,34	4,04 (1,14)	3,81 (1,37)	-2,86
<i>Culpa</i>	4,48 (1,38)	3,9 (2,1)	0,78	3,31 (1,47)	2,92 (1,4)	-1,43
<i>Total</i>	11,82 (1,37)	10,67 (3,96)	-1,06	10,3 (3,29)	9,1 (3,45)	-1,2
Depresión	19,2 (5,02)	17,8 (10,78)	-0,27	17,83 (8,52)	9,64 (8,77)	-1,66
Autoestima	25 (4,24)	26,8 (6,41)	-0,73	30,42 (4,42)	32,92 (4,85)	-2,58
Inadaptación						
Trabajo y Estudios	3,4 (1,95)	2,4 (2,3)	-1	2 (1,71)	1,83 (1,75)	-0,64
Vida Social	3,2 (1,92)	3 (2)	-1	2,58 (1,88)	2,75 (1,6)	-0,42
Tiempo Libre	3,6(1,14)	3,6 (1,14)	-1	2,92 (1,88)	2,58 (2,07)	-0,55
Relación de Pareja	3,4 (2,07)	4,4 (,9)	-0,53	4,17 (1,59)	3,5 (1,62)	-1,89
Vida Familiar	4,2 (1,1)	3,8 (1,3)	-0,53	3,33 (2,10)	2,75 (1,86)	-1,89
Escala Global	4,4 (0,89)	3,6 (1,52)	-1,34	4,33 (0,98)	3 (1,6)	-1,53

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

^a Valor del estadístico de contraste al comparar las dos evaluaciones en el GC.

^b Valor del estadístico de contraste al comparar la segunda evaluación del GC y la evaluación post en el GE.

La comparación entre la evaluación postratamiento y la segunda evaluación del GC, reveló diferencias estadísticamente significativas en las subescalas de la *EGS* (reexperimentación, $z=-2,53$, $p<0,01$; evitación, $z=-2,48$, $p<0,05$; hiperactivación, $z=-2,1$, $p<0,05$). Por otro lado, tanto en el nivel de depresión, como en autoestima, inadaptación y presencia de cogniciones postraumáticas sobre sí mismas, las puntuaciones fueron menores en el GE, sin llegar en ningún caso a alcanzar una significación estadística.

Sin embargo el GE muestra una tendencia a la mejoría de los síntomas tras la aplicación del tratamiento (véase tabla 5.8). Los cambios más importantes se producen en la gravedad de los síntomas postraumáticos, especialmente en la subescala de evitación, en la que se consigue una disminución respecto al pretratamiento estadísticamente significativa ($z=-2,39$, $p<0,05$). En cuanto a las mejoras obtenidas en los síntomas depresivos, se constata una marcada reducción en su gravedad confirmada por la significación lograda en la evaluación postratamiento ($z=-2,73$, $p<0,01$). Asimismo, se produjeron mejoras estadísticamente significativas en la escala global de inadaptación ($z=-2,64$, $p<0,01$) y en los pensamientos postraumáticos sobre sí mismas ($z=-2,05$, $p<0,05$). Tan sólo se produjo un ligero empeoramiento en el funcionamiento social de las participantes, que no llegó a alcanzar significación estadística.

Tabla 5.8. Resultados de la eficacia del tratamiento. Medias y desviaciones típicas para cada variable evaluada, y significación estadística de los cambios pre-post y pre-seguimientos.

Variables	Pretrato.	Postrat.	1 mes	3 meses	6 meses
Gravedad de Síntomas Postraumáticos:					
Reexperimentación (0-15)	3,75 (2,26)	3,2 (3,12)	1,5 (1,18) *	2,3 (2)	2,09 (2,77)
Evitación (0-21)	6,08 (2,78)	3,2 (3,29) *	2,6 (2,41) **	2,6 (3,1) **	2,36 (3,8) **
Hiperactivación (0-15)	4,5 (2,47)	2,9 (2,64)	3,1 (2,28) *	2,5 (3,06) *	2 (2,45)
<i>Pensamientos postraumáticos</i>					
<i>Sí mismas</i>	2,98 (1,28)	2,36 (1,04) *	2,48 (1,2) *	2,52 (1,33) *	2,18 (1,03) **
<i>Mundo</i>	4,04 (1,14)	3,81 (1,37)	3,94 (1,13)	3,82 (1,5)	3,46 (1,16) *
<i>Culpa</i>	3,31 (1,47)	2,92 (1,4)	3,14 (1,73)	3 (2)	2,83 (1,5)
<i>Total</i>	10,3 (3,29)	9,1 (3,45)	9,56 (3,82)	9,24 (4,49)	8,48 (3,5) **
Depresión	17,83 (8,52)	9,64 (8,77) **	11,5 (10,8)	13,55 (10,18)	9,5 (11,02) *
Autoestima	30,42 (4,42)	32,92 (4,85)	30,9 (5,7)	31,64 (7,03)	32,73 (5,69)
Inadaptación					
Trabajo y Estudios	2 (1,71)	1,83 (1,75)	2,1 (1,73)	1,27 (1,56)	1,45 (1,69)
Vida Social	2,58 (1,88)	2,75 (1,6)	2 (1,89)	1,73 (2,2)	2,18 (1,54)
Tiempo Libre	2,92 (1,88)	2,58 (2,07)	2,6 (1,9)	2,09 (2,21)	2,27 (1,62)
Relación de Pareja	4,17 (1,59)	3,5 (1,62)	2,7 (1,7)	3,09 (1,76)	2,82 (1,47) *
Vida Familiar	3,33 (2,10)	2,75 (1,86)	2,5 (1,84)	2,73 (1,95)	2,55 (1,75)
Escala Global	4,33 (0,98)	3 (1,6) **	2,4 (1,78) *	2,73 (1,85) *	2,64 (1,63) **

* $p<0,05$

** $p<0,01$

En líneas generales, las mejoras obtenidas en el postratamiento se mantienen en los seguimientos, sin que lleguen en ningún caso a alcanzarse los niveles de gravedad de la evaluación pretratamiento. Así, en sintomatología postraumática, y en concreto, en la subescala de evitación se consigue una disminución respecto al pretratamiento estadísticamente significativa en todos los momentos de medida ($z=-2,83$, $z=-2,69$, $z=-2,58$ para 1, 3 y 6 meses respectivamente, todas ellas $p<0,01$). También se vieron reducidos los síntomas de reexperimentación, que alcanzan la significación estadística en el seguimiento al mes ($z=-2,44$, $p<0,05$), y los de hiperactivación, para los que se producen reducciones significativas en los dos primeros seguimientos ($z=-1,97$ y $z=-1,96$, ambos, $p<0,05$).

Respecto a la presencia de cogniciones postraumáticas, si bien los resultados apuntan a una mejora en las tres áreas (sí mismas, el mundo y síntomas de culpa), sólo resultaron significativos los cambios en el seguimiento en la primera de estas áreas ($z=-1,99$, $z=-1,96$, para 1 y 3 meses respectivamente, todas ellas $p<0,05$; y $z=-2,94$ para 6 meses, con $p<0,01$) y en la escala global en el seguimiento a seis meses ($z=-2,94$, $p<0,01$).

En cuanto a las mejoras en los síntomas depresivos, la marcada reducción obtenida en el postratamiento se confirma en el seguimiento a los 6 meses ($z=-2,34$, $p<0,05$). No obstante, en los seguimientos al mes y a los 3 meses se produce un repunte que hace que la diferencia no alcance la significación estadística, aunque se mantiene una reducción importante respecto al pretratamiento, continuando e incrementándose esta tendencia en el seguimiento a los seis meses.

Con relación al nivel de autoestima, se produce una mejora en la media obtenida por las participantes pese a que ésta no resulta en ningún momento estadísticamente significativa. En cualquier caso, el nivel alcanzado es bueno teniendo en cuenta que se suele aceptar una puntuación de 29 como punto de corte entre una baja y una media autoestima (Ward, 1977).

Resulta muy importante señalar la significación que se alcanza en las conductas de inadaptación a la vida cotidiana de las víctimas, y que en algunos casos mejora en el seguimiento con respecto al postratamiento. En el caso de la escala global las mejoras obtenidas respecto al pretratamiento alcanzan la significación en todos los momentos de medida ($z=-2,38$, $z=-2,37$ para seguimientos 1 y 3 respectivamente, ambas $p<0,05$, y $z=-2,58$, para seguimiento de 6 meses, $p<0,01$). En el caso de la adaptación a las relaciones de

pareja, aunque se produce mejoría, ésta sólo alcanza la significación estadística en la evaluación efectuada a los seis meses ($z=-2,14$, $p<0,05$).

Desde un punto de vista clínico, se puede afirmar que existieron mejoras importantes en el diagnóstico postraumático, ya que al inicio del tratamiento un 33% de las participantes presentaban sintomatología postraumática suficiente para constituir un SEPT. En la evaluación postratamiento ninguna participante lo presentaba. La media de la gravedad total de los síntomas postraumáticos en el postratamiento fue de 9,30 (DT=8,42). El número de síntomas no fue superior a 5 en ninguna de las participantes.

Por el contrario, se observa un ligero repunte en los seguimientos. Un 8,3% de la muestra presenta sintomatología para constituir un SEPT. Sin embargo, la presencia de sintomatología se reduce como máximo a 4 síntomas.

En cuanto a la depresión, la reducción también fue clínicamente significativa. En el pretratamiento el 83,3% de la muestra se distribuía entre los niveles de depresión leve, moderada y grave. En el momento del postratamiento ese porcentaje se había reducido al 36,4%, dividiéndose entre los niveles leve y moderado. Por otro lado, cabe destacar que se produjeron importantes mejoras en depresión en el último seguimiento en el que un 58,3% de las pacientes tratadas mostraban ausencia de depresión.

Para cuantificar el impacto clínico de la intervención se determinó el tamaño del efecto para cada variable dependiente (véase tabla 5.9), categorizándolos en función de los valores propuestos por Faul y Erdlefer (1992) (pequeño $<0,5$; mediano $>0,5$ y $<0,8$; y grande $>0,8$). Se encontraron tamaños del efecto grandes para todas las medidas que habían resultado estadísticamente significativas (subescala de evitación, depresión, y escala global de inadaptación). Para las medidas de la subescala de hiperactivación, autoestima y subescala de cogniciones postraumáticas acerca de sí mismas, el tamaño del efecto resultó medio.

Fue grande en todos los seguimientos para la subescala de evitación y para la escala global de inadaptación. Del mismo modo, la subescala de reexperimentación en el seguimiento de 1 mes, la subescala de relación de pareja en el seguimiento de 1 y 6 meses, y la subescala de hiperactivación y depresión en el seguimiento a los 6 meses, revelaron también un tamaño del efecto grande. Se obtuvieron tamaños del efecto medianos en la subescala de hiperactivación y en depresión, en el seguimiento de 1 mes; en la subescala de reexperimentación, en el seguimiento de 3 y 6 meses; y en la subescala de cogniciones

postraumáticas acerca de sí mismas y en la escala global del *PTCI* en el seguimiento a los 6 meses.

Tabla 5.9. Tamaños del efecto para cada variable según el momento de medida. Cambios pre-post y pre-seguimientos.

Variables	Postratamiento	1 mes	3 meses	6 meses
Gravedad de Síntomas Postraumáticos:				
Reexperimentación (0-15)	0,20	1,25 ^a	0,68 ^b	0,66 ^b
Evitación (0-21)	0,95 ^a	1,33 ^a	1,18 ^a	1,12 ^a
Hiperactivación (0-15)	0,63 ^b	0,59 ^b	0,71 ^b	1,01 ^a
<i>Pensamientos postraumáticos</i>				
<i>Sí mismas</i>	0,53 ^b	0,40	0,35	0,68 ^b
<i>Mundo</i>	0,18	0,09	0,17	0,50 ^b
<i>Culpa</i>	0,27	0,10	0,18	0,32
<i>Total</i>	0,36	0,21	0,27	0,53 ^b
Depresión	0,95 ^a	0,66 ^b	0,46	0,84 ^a
Autoestima	0,54 ^b	0,09	0,21	0,46
Inadaptación				
Trabajo y Estudios	0,10	0,06	0,45	0,32
Vida Social	0,10	0,31	0,42	0,5 ^b
Tiempo Libre	0,17	0,16	0,41	0,37
Relación de Pareja	0,42	0,89 ^a	0,64 ^b	0,88 ^a
Vida Familiar	0,29	0,42	0,30	0,41
Escala Global	1 ^a	1,34 ^a	1,08 ^a	1,26 ^a

^a Tamaño del efecto grande (>0,8)

^b Tamaño de efecto mediano (>0,5 y <0,8)

1.4.4. Adherencia al Tratamiento

El 58,3% de las participantes asistió a la totalidad de las sesiones de tratamiento. Un 33,3% asistió a siete sesiones y el 8,3% asistió a seis. En cuanto a la realización de las tareas para casa, el 100% realizó más de la mitad de las tareas, y el 50% realizó más del 75% de las mismas. Un 8,3% de la muestra realizó todas las tareas encomendadas.

Estos datos resultan muy satisfactorios, teniendo en cuenta, especialmente, los datos de eficacia descritos anteriormente. La adherencia y asistencia a las sesiones se considera un elemento importante que contribuye a aumentar la eficacia de las técnicas. De este modo, es preciso hacer mención a que las mujeres que asistieron a un menor número de sesiones, obtuvieron menores mejoras en la sintomatología.

Por otro lado, la realización de las tareas para casa está también en sintonía con los resultados de eficacia. Ambos factores mantienen una relación directa, en el sentido en que cuanto mayor es el número de tareas realizadas, mayor es la mejoría que se obtiene.

Finalmente, y relacionando estos datos con los de la mortalidad experimental señalados al inicio del estudio (un 33,3% del GE), se pueden obtener conclusiones positivas, ya que los abandonos se produjeron siempre entre las tres primeras sesiones. Por

otro lado, la mayoría de las mujeres que finalizaron el tratamiento (91,6%) asistieron a siete o más sesiones del programa.

1.4.5. Satisfacción con el Tratamiento

Este apartado se midió mediante ocho *ítems* formulados según una escala Likert (de 1 a 4 puntos) siendo mayor la satisfacción cuanto mayor era la puntuación alcanzada. La media obtenida en el cuestionario fue de 28,5 puntos (DT=2,54). Teniendo en cuenta la puntuación máxima (32), se puede decir que se alcanzó una satisfacción alta con la propuesta terapéutica. La tabla 5.10 muestra las medias y desviaciones típicas obtenidas en cada uno de los *ítems*.

La puntuación más alta corresponde a los *ítems* 4 y 8, en los que además hay un acuerdo total por parte de todas las participantes, y la más baja al *ítem* 3. Es preciso señalar, que, aún así, la evaluación general resulta muy satisfactoria puesto que todas las puntuaciones se sitúan por encima de 3 puntos. El *ítem* 7, que hace referencia la satisfacción general alcanzada, es especialmente importante de cara a evaluar la eficacia de la intervención.

Tabla 5.10. Satisfacción con el tratamiento

<i>Items</i>	Media (DT)
1. ¿Cómo calificarías la calidad del servicio que has recibido?	3.42 (0,51)
2. ¿Has encontrado la clase de servicio que buscabas?	3.33 (0,65)
3. ¿En qué medida nuestro programa ha satisfecho tus necesidades?	3.25 (0,62)
4. Si una amiga necesitara una ayuda similar, ¿le recomendarías nuestro programa?	4 (0)
5. ¿En qué medida estás satisfecha con el tipo de ayuda recibida?	3.42 (0,51)
6. ¿Crees que los servicios que has recibido te van a ayudar a hacer frente más eficazmente a tus problemas?	3.5 (0,52)
7. En conjunto, ¿en qué medida estás satisfecha con el servicio que has recibido?	3.5 (0,52)
8. Si tuvieras que buscar ayuda otra vez, ¿volverías a nuestro programa?	4 (0)
<i>Puntuación Global</i>	<i>28,5 (2,54)</i>

Por otro lado, se realizó una evaluación cualitativa. Entre los aspectos positivos, la mayoría de las participantes señalaron la posibilidad de realizar el tratamiento en grupo (poder contar con un espacio para ellas, para conocer a otras personas en la misma situación, para hablar de sus problemas, para apoyarse mutuamente...), el aprendizaje de

técnicas para el control de la activación (respiración), cognitivas (en concreto, solución de problemas y reevaluación cognitiva), y habilidades de comunicación.

Entre los aspectos mejorables, un gran número de ellas mencionó la necesidad de ampliar el programa de tratamiento (duración de cada sesión y ampliación del número de ellas) con el fin de dedicar más tiempo a la práctica de las técnicas. Igualmente, señalaron la posibilidad de reducir el número de tareas para casa.

1.5. Discusión

1.5.1. Análisis de Componentes Terapéuticos

Para analizar los elementos incluidos en esta intervención conviene recordar la sintomatología presente en las participantes para que el análisis de los mismos se ajuste a las necesidades concretas.

Más del 75% de la muestra manifestaba síntomas de reexperimentación, y la puntuación media obtenida en este criterio (6,2) era la de mayor gravedad. De ello se puede deducir que el programa tiene que contar con un componente específico para tratar estos síntomas. Si bien en este estudio no se han empleado técnicas de exposición (recurso de primera elección para el tratamiento de los síntomas de reexperimentación –Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000-), se han utilizado técnicas de control de la activación, en concreto, entrenamiento en respiración que puede resultar, aunque de forma indirecta, también adecuado para la recuperación en este tipo de sintomatología. En este sentido también son útiles las técnicas distractoras (véanse estudios de Echeburúa y Corral, 1998; Echeburúa *et al.*, 1996; Foa, 2000).

Si con la intervención propuesta se lograra reducir la sintomatología propia de este criterio, se conseguiría eliminar la presencia de cualquiera de los trastornos mencionados (TEPT y SEPT). Sin embargo, quedan todavía dos grandes grupos de síntomas que precisan atención clínica. En este estudio se encontró que, de ellos, el más frecuente era la presencia de los síntomas de hiperactivación (60% en el GE y 75% en el GC). De los componentes del tratamiento, los dirigidos específicamente a estos síntomas son el entrenamiento en respiración (como instrumento de control de la activación general) y el entrenamiento en habilidades de comunicación (como herramienta para manejar el incremento de la ansiedad asociado a situaciones específicas). De una forma no tan directa, también resulta eficaz la reestructuración cognitiva.

Una víctima de violencia doméstica que no presente síntomas de reexperimentación ni de hiperactivación, probablemente no presentará más sintomatología patológica. Los síntomas de evitación suelen ser menos frecuentes en estos casos (McMillen *et al.*, 2000), y así se comprueba en el estudio. Sin embargo, tal y como está definido actualmente el TEPT según el DSM-IV (APA, 1995), el criterio de evitación incluye síntomas de embotamiento que podrían solaparse con otros trastornos, especialmente con la depresión (e.g. sensación de futuro desolador, distanciamiento afectivo...). Su tratamiento se puede llevar a cabo con técnicas conductuales como el incremento de actividades gratificantes, y también a través de la propia reestructuración cognitiva o solución de problemas. En cualquier caso, hay que tener en cuenta que es más frecuente que una víctima de violencia doméstica presente evitación a pensamientos, conversaciones e imágenes asociadas al suceso; por ello la intervención cognitiva es fundamental. En concreto, el entrenamiento en solución de problemas, es especialmente útil ya que se ha comprobado que las víctimas de maltrato presentan un déficit de habilidades en este ámbito (McNamara, Erti y Neufeld, 1998).

Realizadas estas consideraciones acerca de la necesidad de identificación correcta de los síntomas, la investigación necesita seguir adelante tratando de ajustar las terapias psicológicas a los síntomas.

1.5.2. Eficacia del Programa

En el GE se produjo una mejoría en todos los síntomas en el postratamiento, siendo significativas las reducciones en evitación, depresión, e inadaptación general, así como en las cogniciones postraumáticas sobre sí mismas. En la comparación de la segunda evaluación del GC y la evaluación post del GE se encontraron diferencias significativas en todos los síntomas postraumáticos, que fueron menores en el GE, lo que resulta especialmente destacable dado que las diferencias iniciales en cuanto a circunstancias vitales e historia de maltrato parecían poner a estas mujeres en peor situación. Recuérdese que en el GC aparecía un porcentaje significativamente mayor de mujeres que habían salido de su hogar (80 vs. 25%).

Los datos acerca de la significación clínica de los cambios en síntomas postraumáticos y depresivos, también confirman la eficacia del tratamiento para estas variables. Así, del 33% de mujeres que presentan sintomatología postraumática suficiente para constituir un SEPT en el pretratamiento, se pasa a un 0% en el postratamiento, y del 83,3% que presentaba síntomas de depresión (distribuyéndose entre los niveles de leve, moderada y grave) se pasa a un 36,4%, (todas ellas entre los niveles leve y moderado).

Las mejoras obtenidas en el postratamiento no sólo se mantienen, sino que incluso se incrementan en los seguimientos, lo que apunta a una consolidación de las mismas y a una progresiva mejoría de la salud emocional de las víctimas. De hecho, algunos cambios resultan estadísticamente significativos sólo en los seguimientos y no en la evaluación postratamiento, lo que hace pensar en un posible efecto del aprendizaje. Tal es el caso de los pensamientos postraumáticos, y de los niveles de adaptación en la relación de pareja, variables en las que los cambios significativos se obtienen en el seguimiento a los seis meses.

No obstante, la evolución a lo largo de los seguimientos no resulta lineal, sino que en algunas variables (e.g. depresión) se producen avances y retrocesos que podrían relacionarse con las situaciones a las que han de enfrentarse las mujeres (e.g. denuncias, cambio de domicilio, cambio de estado civil...)

Cabe reseñar la falta de cambios significativos en los niveles de autoestima de las participantes. Aunque se produce una mejoría, ésta no llega a alcanzar la significación estadística, lo que podría explicarse por las relativamente elevadas puntuaciones en esta variable en la evaluación pretratamiento. En concreto, la puntuación alcanzada en la evaluación pretratamiento es media teniendo en cuenta el punto de corte (29) propuesto por Ward (1977), y, por otro lado, los niveles alcanzados en el postratamiento en estudios similares (Kubany *et al.*, 2004; Labrador y Rincón, 2002), son inferiores al valor inicial del que partía esta muestra.

En general, los cambios obtenidos en este trabajo no resultan tan marcados como los alcanzados en trabajos previos (e.g. Kubany *et al.*, 2004; Labrador y Rincón, 2002), algo esperable si se tiene en cuenta que el nivel de patología de las mujeres al iniciar esta intervención era más leve que el que presentaban las participantes de los estudios anteriores. En este caso se habla de que se ha alcanzado un “efecto techo” que hace que sea más difícil la consecución de reducciones significativas en la sintomatología. Aún así, las mejoras obtenidas, que son, en muchos casos, estadísticamente significativas, confirman la necesidad e idoneidad de la intervención en víctimas de maltrato que no presentan un cuadro psicopatológico concreto, pero sí, evidentes síntomas de malestar emocional.

1.5.3. Valoración General del Programa

La intervención terapéutica ha resultado en su conjunto, satisfactoria. Además, la posibilidad de llevarla a cabo en grupo supone dos importantes ventajas: 1) la economía de tiempo y esfuerzo por parte del terapeuta, y 2) el efecto beneficioso para las víctimas que

favorece el apoyo mutuo y el intercambio de experiencias y relaciones, tal y como ellas manifiestan.

Por otro lado, la satisfacción de las participantes en el programa ha sido, a su vez, muy alta, puesto que se obtuvo una media de 28,38 (DT=2,46) sobre 32 en la *Escala de Satisfacción con el Tratamiento* de Larsen *et al.* (1979).

1.5.4. Adherencia al Programa

La adherencia de las participantes al programa (un 66,6% de las mujeres que iniciaron el tratamiento lo terminaron) se considera media, hecho sumamente positivo dado que ésta es una población que está en momento y situación de cambio (e.g. búsqueda de empleo, de trabajo, cambio de domicilio...). Estos factores pueden dificultar el seguimiento de un programa de tratamiento.

Por otro lado, entre las que siguieron el tratamiento los porcentajes de asistencia resultaron satisfactorios (un 91,6% de las mujeres acudieron a 7-8 sesiones). La mortalidad experimental, un 33,3%, responde a situaciones concretas a las que se encuentra expuesta esta población, y que forman parte del proceso de recuperación y readaptación social (trámites legales, búsqueda de empleo y cambio de horarios, incertidumbre sobre la conveniencia de seguir adelante con su decisión que puede llevarle a abandonar la intervención, etc.). Conviene, por tanto, tener en cuenta estos factores al diseñar y analizar los datos de estudios posteriores.

1.5.5. Metodología

Desde un punto de vista metodológico, cabe destacar que este trabajo aporta la comparación con un GC. Aunque la utilización de GCs en este tipo de población presenta evidentes problemas éticos, también permite analizar de forma independiente los resultados. En concreto, se ha visto que las mujeres asignadas al GC no experimentaban mejoría entre las dos evaluaciones, lo que permite hacer conclusiones relativas a la sintomatología puesto que ésta no desaparece por el mero paso del tiempo.

Sin embargo, no resulta una opción totalmente satisfactoria si se atiende a las situaciones que presentan habitualmente las mujeres víctimas de violencia doméstica (e.g. cambio de domicilio, de situación económica, etc) para incorporarse a un tratamiento tras la lista de espera. De hecho, en este estudio, ninguna de las mujeres del GC se incorporó posteriormente al tratamiento. Se les estaría privando, de este modo, de la atención psicológica eficaz en el momento en el que ellas lo demandan.

Por otro lado, habría que considerar como aspectos mejorables el tamaño muestral y la posibilidad de generalización de los resultados. El primer punto, debido a las dificultades de acceso a este tipo de población, se puede ver subsanado con estudios más amplios.

La generalización de los resultados se ve potencialmente limitada por el hecho de que todos los tratamientos fueron aplicados por una misma terapeuta. Sin embargo, en el desarrollo de la intervención se ha seguido un protocolo manualizado, lo que facilitaría la aplicación futura del mismo tratamiento por parte de otros terapeutas e incluso de otros grupos de investigación independientes, tal y como recomienda la APA en sus criterios para la determinación de los tratamientos eficaces (Chambless y Hollon, 1998).

1.5.6. Recomendaciones Futuras

Tal y como se estableció al inicio del estudio, el objetivo fundamental era el desarrollo de un programa de intervención para mejorar la salud emocional de las víctimas de violencia doméstica. De hecho, el fin último era mejorar su calidad de vida en este ámbito. Sin embargo, se ha constatado que este problema, no sólo provoca alteraciones psicológicas, sino que su efecto en el ámbito social de las víctimas es muy importante. Hay que tener en cuenta que la mayoría de las mujeres maltratadas que quieren poner fin a esa situación cuentan con pocos medios asistenciales y económicos. Más de la mitad de la muestra en este estudio era ama de casa, y un 35,3% dependía económicamente de su agresor. La salida del hogar o la búsqueda de independencia, son, en estas condiciones, arduamente difíciles. Hay que considerar también, el complejo camino burocrático que deben atravesar las mujeres para lograr mantener su independencia. El proceso judicial es largo, y, a veces, los pasos intermedios que se van dando no son siempre alentadores para las víctimas (e.g. sentencias que exculpan al maltratador, compensaciones económicas muy reducidas para las víctimas...).

Teniendo en cuenta los resultados de este estudio, se considera muy recomendable que las intervenciones con víctimas de violencia doméstica mantengan dos condiciones básicas que han resultado positivas en el tratamiento psicológico: 1) la intervención grupal (entre 3 y 5 participantes por grupo), y 2) la intervención breve (no superior a tres meses). El hecho de realizar el tratamiento en grupo supone la ventaja de que las víctimas salen del aislamiento en el que se suelen encontrar y comprueban que no son las únicas con su problema. Por otro lado, en ocasiones, el papel que realizan las participantes es similar al de un coterapeuta, y esto resulta altamente terapéutico para ellas. Asimismo, la

intervención breve supone un recurso eficaz y rápido para estas víctimas, puesto que los cambios se consiguen con relativa rapidez y no suponen un coste temporal excesivo.

Por el contrario, la utilización de un grupo de control no resulta totalmente satisfactoria si se quieren combinar el rigor científico y la ética en la investigación. A pesar de que en este estudio, y desde un punto de vista metodológico, se ha valorado este recurso muy positivamente, de forma práctica resulta negativo dada la no disponibilidad de la intervención para las participantes que forman el GC en el momento en el que la demandan, además de porque ninguna de ellas se integra posteriormente en un programa (por razones ajenas a la investigación). En concreto, esto tiene dos consecuencias importantes: 1) la validez externa de la investigación se ve perjudicada (se reduce el tamaño de la muestra experimental), y 2) conociendo la situación vital inestable en la que se mueven frecuentemente las víctimas de violencia doméstica, no parece muy adecuado privar del tratamiento a mujeres para las que puede ser una herramienta fundamental en su recuperación tras el maltrato. Por ello, con vistas a futuras investigaciones sería recomendable prescindir de las ventajas metodológicas que ofrece la utilización de un GC en aras de conseguir una mejor atención para las víctimas de violencia doméstica.

Por otro lado, teniendo en cuenta los resultados de este estudio, en los que se observa una fluctuación en la sintomatología en los seguimientos, probablemente relacionada con la ruptura de la convivencia y todos los trámites que ello conlleva, cabe plantearse la conveniencia de tratar conjuntamente a mujeres que conviven con el maltratador y que, por consiguiente, continúan expuestas a la situación de maltrato, y a aquellas otras que lo han abandonado o que se encuentran en trámites de hacerlo. De hecho, estos grupos de mujeres podrían estar enfrentándose a situaciones diferentes, que podrían aconsejar, como señalan Kubany *et al.* (2003) intervenciones más ajustadas a las necesidades individuales de cada una.

Pese a que la intervención grupal ha resultado eficaz y satisfactoria, sería también necesario poder compararla con el efecto que se puede lograr por medio de la aplicación individual. Este formato permitiría, por otro lado, poder ajustar de forma más precisa el tratamiento a las necesidades de cada víctima, sin perder de vista la estandarización de las intervenciones. El desarrollo de un programa paralelo de intervención individual lleva consigo la modificación de algunos de los componentes del formato grupal (e.g. entrenamiento en habilidades de comunicación). Por otro lado, puede ser bueno incluir técnicas de exposición en imaginación al recuerdo traumático que, por un lado, son

idóneas para llevarse a cabo de forma individual y, por otro, han mostrado su eficacia en estudios previos.

Los avances en el tratamiento con víctimas de violencia, hablan, de una forma todavía incipiente, de un *estrés psicosocial* como consecuencia de la violencia doméstica, o de la necesidad de lograr un *ajuste psicosocial* en el tratamiento de mujeres maltratadas (Villavicencio y Sebastián, 1999b). El paradigma multidisciplinar está adquiriendo cada vez mayor importancia y en la mayoría de las ocasiones responde a un planteamiento biopsicosocial. Atendiendo exclusivamente a la población que nos ocupa, es recomendable partir de un esquema, al menos, psicosocial. En este campo, los estudios biológicos quedarían relegados a favorecer la intervención médica, cuya eficacia, en combinación con las otras dos, está todavía por probar.

Aun así, supone un objetivo para futuras investigaciones poder dar con un tratamiento efectivo y eficaz que responda a las demandas claras de las víctimas. La OMS plantea la salud, no sólo como la ausencia de la enfermedad, sino como el logro y mantenimiento de calidad de vida. En esta consecución de la calidad de vida están implicados numerosos profesionales (psicólogos, trabajadores sociales, médicos, enfermeros, abogados...). Es preciso plantear estudios de este tipo y llevar a cabo investigaciones acerca de la eficacia de tratamientos combinados donde se pueda establecer cuál es la eficacia diferencial de los componentes. Igualmente, es fundamental poder realizar estudios que cuenten con muestras más amplias y con seguimientos largos (incluso, hasta doce meses después de la evaluación postratamiento), con el fin de establecer el mantenimiento de los cambios implantados.

2. Objetivos e Hipótesis

Analizados los resultados del estudio piloto, se determinó llevar a cabo una investigación más amplia, que permitiera obtener nuevos datos acerca de la eficacia del tratamiento con mujeres víctimas de violencia doméstica. Por un lado, se pretendía obtener resultados más concluyentes dotando al estudio de mayor validez externa (considerando una muestra mayor), a la vez que se intentaba analizar la eficacia de la intervención en función de dos factores fundamentales: 1) componentes que la integran y, 2) formato de la misma.

2.1. Objetivos

Se planteó como *objetivo general* proporcionar a las víctimas de violencia doméstica estrategias y herramientas eficaces para hacer frente al malestar psicológico derivado de la situación violenta que han vivido.

Para ello se establecieron los siguientes *objetivos específicos*:

- a. Diseño de un programa de intervención psicológica adaptado a la sintomatología de las mujeres que han sufrido violencia doméstica por parte de sus parejas y presentan un malestar importante que interfiere en su funcionamiento, aunque no lleguen a cumplir criterios diagnósticos para ningún trastorno específico.
- b. Aplicación del programa y evaluación de su eficacia, en *dos fases*:
 1. Comparando dos programas de tratamiento grupal, cognitivo-conductuales, que varían únicamente en uno de los componentes o técnicas:
 - a. Programa A, que incluye entrenamiento en habilidades de comunicación.
 - b. Programa, B, que incluye técnicas de exposición.

Se determinará:

- i. Si los dos programas producen cambios terapéuticos en función de sus técnicas
 - ii. Si existen diferencias significativas en los efectos producidos por cada programa.
 - iii. Análisis de la significación clínica en función de los componentes.
2. El que resulte más eficaz de los anteriores se comparará con otro cuyo contenido será el mismo variando el tipo de aplicación (formato grupal *versus* individual).

Se determinará:

- i. Si los distintos formatos de aplicación producen cambios terapéuticos.

- ii. Si existen diferencias significativas en los efectos producidos en función del formato.
 - iii. Análisis de la significación clínica en función del formato.
- c. Evaluación del desarrollo e implementación de los programas de acuerdo a:
- i. La valoración de la satisfacción de las participantes.
 - ii. Las tasas de rechazos, abandonos y finalización de la intervención en cada modalidad.
 - iii. Nivel de adherencia y cumplimiento de tareas de la intervención.

2.2. Hipótesis

Para analizar estos objetivos se formuló el contraste de las siguientes hipótesis:

H₁. Si los programas de intervención son eficaces en el tratamiento del malestar clínico y psicosocial de las mujeres víctimas de violencia doméstica, entonces:

H_{1.1}. Se producirá una mejoría significativa en cuanto a:

- i. Sintomatología postraumática
- ii. Sintomatología asociada
- iii. Readaptación de las víctimas a su medio y funcionamiento en su vida cotidiana

H_{1.2}. Se producirá un mantenimiento de la mejoría clínica y psicosocial tras el tratamiento y durante los seguimientos al mes, tres, seis y doce meses.

H₂. Si existen diferencias significativas en función de los componentes del programa (habilidades de comunicación *versus* exposición), entonces:

H_{2.1}. Existirán diferencias significativas en la mejora de los síntomas clínicos y psicosociales en el postratamiento y seguimientos.

H_{2.2}. Existirán diferencias significativas entre los dos programas en cuanto al grado de adherencia al tratamiento y satisfacción con el mismo.

H₃. Si existen diferencias significativas en función del formato de aplicación (grupal *versus* individual), entonces:

H_{3.1}. Existirán diferencias significativas entre los programas en función de la mejora de los síntomas clínicos y psicosociales en el postratamiento y seguimientos.

H_{3.2}. Existirán diferencias significativas en el grado de adherencia al tratamiento y satisfacción con el mismo.

VI. Método

Este trabajo pretende analizar la eficacia del tratamiento psicológico en víctimas de violencia doméstica. Se compone de dos fases, ya que se analiza tanto el contenido como el formato de las intervenciones.

La primera fase se centra en la aplicación de dos programas de intervención grupal que varían únicamente en una de sus técnicas: el programa A incluye un entrenamiento en habilidades de comunicación, y el programa B, incluye entrenamiento en exposición. La comparación de sus resultados, permite determinar cuál de los dos resulta más eficaz.

En una segunda fase se compara el programa B con un programa C que, incluyendo también exposición, se desarrolla en formato individual.

Ambas fases pretenden determinar cuáles son las características más relevantes que pueden hacer que la intervención psicológica con víctimas de violencia doméstica resulte eficaz, eficiente y efectiva.

1. Participantes

Se contactó con diferentes centros de atención a la mujer en la Comunidad de Madrid para ofrecer la intervención en régimen ambulatorio. Se evaluó una muestra inicial de 116 mujeres víctimas de violencia doméstica.

Se incluyeron todas aquellas mujeres que deseaban participar en el estudio de acuerdo con los criterios de inclusión/exclusión (veáse tabla 6.1), independientemente de cuál fuera su situación social (e.g. estado civil tras la agresión) o la historia de maltrato que hubiera sufrido (e.g. tipo de violencia sufrida, duración del maltrato, etc). Por el contrario,

se excluyeron a 38 mujeres por diversos motivos que se explican más adelante. La muestra final estuvo constituida por 78 mujeres.

Tabla 6.1. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ser mujer ▪ Ser víctima de violencia doméstica ▪ Ser mayor de 18 años ▪ Haber transcurrido más de un mes desde la primera agresión ▪ Presentar al menos un síntoma postraumático 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnóstico de TEPT (según criterios DSM-IV) ▪ Abuso de drogas ▪ Abuso de alcohol ▪ Analfabetismo en castellano ▪ Deficiencia mental

2. Diseño

Se utilizaron sendos diseños experimentales multigrupo (dos grupos) con medidas repetidas pre, post y seguimientos al mes, tres, seis meses, y un año.

2.1. Variable Independiente

Se describen en función de las dos fases del estudio.

2.1.1. Fase 1

Componentes del programa de intervención. Adopta dos niveles correspondientes a los programas que se comparan:

- Programa A: intervención grupal con habilidades de comunicación
- Programa B: intervención grupal con exposición

2.1.2. Fase 2

Formato del programa de intervención psicológica. Adopta también dos niveles correspondientes a los programas que se comparan:

- Programa B: intervención grupal con exposición
- Programa C: intervención individual con exposición

2.2. Variables Dependientes

2.2.1. Sintomatología

- Síntomas postraumáticos
 - Reexperimentación

- Evitación
- Hiperactivación
- Pensamientos postraumáticos
- Síntomas asociados
 - Síntomas depresivos
 - Síntomas de ansiedad
 - Consumo de alcohol
 - Autoestima
 - Sintomatología psicopatológica
 - Somatización
 - Obsesión-compulsión
 - Sensibilidad interpersonal
 - Depresión
 - Ansiedad
 - Hostilidad
 - Ansiedad fóbica
 - Ideación paranoide
 - Psicoticismo
 - Expresión de la ira
 - Control externo de la ira
 - Control interno de la ira
 - Expresión externa de la ira
 - Expresión interna de la ira
 - Índice de expresión de la ira

2.2.2. Readaptación Psicosocial y Funcionamiento en la Vida Cotidiana

- Consumo de medicamentos

- Consultas médicas
- Relación de pareja
- Relación familiar
- Situación laboral
- Apoyo familiar
- Apoyo social
- Denuncias
- Salidas del hogar

2.3. Variables Extrañas o Contaminadoras

Se consideraron las variables terapeuta, características sociodemográficas, de gravedad de los síntomas e historia de violencia doméstica.

La variable terapeuta fue controlada por constancia; siempre fue la misma terapeuta (la autora de este trabajo) la que llevó a cabo las evaluaciones pre, post y seguimientos, así como la aplicación del programa de intervención.

En el caso de las características sociodemográficas, de gravedad de los síntomas y de historia de maltrato se supuso que la asignación aleatoria de las participantes a las distintas condiciones experimentales daría lugar a grupos de composición homogénea con respecto a estas variables. No obstante, al igual que se hizo en el estudio piloto, se utilizaron técnicas estadísticas para controlarlas en el análisis de resultados de ambas fases.

3. Materiales e Instrumentos

A lo largo del trabajo se utilizaron dos tipos de materiales e instrumentos: un primer grupo, en los primeros momentos de medida, postratamiento y seguimientos, y un segundo grupo de materiales terapéuticos, que se utilizaron a lo largo de las sesiones de intervención y para el trabajo para casa. Todos ellos fueron empleados del mismo modo en ambos estudios.

3.1. Materiales de Evaluación

Las evaluaciones pre, postratamiento y en los seguimientos se basaron fundamentalmente en una entrevista semiestructurada, seguida de la aplicación de una batería de cuestionarios

para evaluar sintomatología postraumática y asociada. La batería completa, que se incluye en el Anexo I, estaba compuesta por:

3.1.1. Entrevista

El objetivo de su utilización fue recoger datos personales, historia de maltrato y sintomatología postraumática de cada una de las víctimas que solicitaban la participación en el programa. A partir de esta evaluación, la terapeuta determinaba su inclusión en el programa o se optaba por la derivación a un recurso específico. El hecho de incluir la evaluación de los síntomas del TEPT resultó fundamental para determinar la continuidad de la evaluación propuesta en este estudio puesto que, al igual que en el estudio piloto, un diagnóstico de TEPT excluía automáticamente a la participante de esta intervención. En aquellos casos en los que se detectaba este diagnóstico, se daba por terminada la entrevista y se derivaba a un programa específico para víctimas de violencia doméstica con un diagnóstico claro de TEPT.

Dentro del formato de entrevista se incluyeron tres pruebas aplicadas según el orden que se describe a continuación.

3.1.1.1. Ficha de Antecedentes Personales (Rincón, 2001)

Se trata de una ficha que en la que se recogen datos personales (nombre y apellidos, edad, fecha de nacimiento, estado civil, hijos –en su caso-, nivel educativo, profesión y ocupación, clase social, domicilio, personas con las que convive y teléfono de contacto) y aspectos relacionados con la situación de maltrato (si la víctima vive en el momento actual con el agresor y si depende económicamente de él). Igualmente se anotaba el horario disponible para llevar a cabo su inclusión en el programa. En todo caso se siguió un formato estructurado.

3.1.1.2. Pauta de Entrevista para Víctimas de Maltrato Doméstico (Labrador y Rincón, 2002).

Los autores la basaron en la *Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Maltrato Doméstico* de Echeburúa y Corral (1998).

Recoge datos acerca de la historia de maltrato de cada participante. Tiene un formato semiestructurado y consta de 28 preguntas (23 semiabiertas y cinco cerradas). Evalúa la presencia de violencia doméstica, tipo, duración, gravedad subjetiva, si ha afectado a los hijos, denuncias, salidas del hogar, necesidad de atención médica,

psiquiátrica/psicológica, uso de fármacos, historia de maltrato previa, consumo de alcohol y/o drogas, estrategias de afrontamiento y expectativas ante el tratamiento al que se incorporan. En este estudio se llevó a cabo según este modelo aunque se añadieron tres preguntas más acerca de las estrategias de afrontamiento ante la violencia doméstica.

3.1.1.3. Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS; Echeburúa et al., 1997b).

Se utilizó en formato heteroaplicado. Sus *items* corresponden a los síntomas del TEPT según los criterios del DSM-IV (APA, 1995). Evalúa de forma conjunta la frecuencia y la intensidad de los síntomas, ya que parece que existe una correlación elevada entre estas dos modalidades en cada síntoma (Hovens, Van der Ploeg, Bramsen, Klaarenbeek, Schreuder y Rivero, 1994).

Cuenta con una escala global, formada por 17 *items*, dividida en tres subescalas: reexperimentación, evitación e hiperactivación. El DSM-IV (APA, 1995) plantea como criterios para el diagnóstico, la presencia de un síntoma en la escala de reexperimentación, tres en la de evitación y dos en la de hiperactivación, siempre que haya transcurrido más de un mes desde el acontecimiento traumático. Para valorar la gravedad de los síntomas se pide a las participantes que evalúen su frecuencia de acuerdo con la siguiente escala: 0, nada; 1, poco (una o dos veces por semana); 2, bastante (de dos a cinco veces por semana); 3, mucho (más de cinco veces por semana). Según los autores se considera síntoma aquél en el que las pacientes refieren una gravedad de 2 puntos ó más (Echeburúa et al., 1997a). El punto de corte propuesto para detectar la gravedad clínica de este trastorno es de 15 en la escala global. En cada una de las subescalas concretas los puntos de corte son 5, 6 y 4 respectivamente.

Esta escala posee unas propiedades psicométricas muy adecuadas. El coeficiente de fiabilidad test-retest obtenido a partir de muestra clínica y de sujetos normativos es de 0,89 ($p < 0,001$), con un intervalo de cuatro semanas. El índice de consistencia interna (*alfa* de Cronbach) es de 0,92 (Echeburúa et al., 1997b).

La validez de contenido recoge el 100% de los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1995). Por otro lado, la validez convergente es de 0,82 (según el diagnóstico categorial del DSM-IV) y de 0,77 al correlacionarla con otro instrumento, en concreto con la Escala de Impacto del Evento de Horowitz, Wilner y Álvarez (1979).

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 depresión, ansiedad e inadaptación en diferentes áreas de la vida cotidiana. La correlación con el *Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck et al., 1983)* es de 0,54 ($p < 0,001$); con la *Escala de Depresión de Hamilton* (Hamilton, 1960), es de 0,6 ($p < 0,001$); con el *Inventario de Ansiedad-Estado (STA)* de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970) es de 0,62 ($p < 0,001$), y con la *Escala de Inadaptación (EI; publicada posteriormente en Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000)* es de 0,48 ($p < 0,001$) (Echeburúa et al., 1997b).

La sensibilidad diagnóstica es del 100% y la especificidad, del 93,7% según los puntos de corte que se han señalado (Echeburúa et al., 1997b).

3.1.2. Batería de Instrumentos de Autoinforme

3.1.2.1. Evaluación de Pensamientos Postraumáticos

Se trata de una subescala que consta de ocho *ítems* y mide la presencia de pensamientos distorsionados tras el trauma. Evalúa si la participante tiene cada uno de los pensamientos, así como el grado de molestia del mismo. Para ello, cuenta con una escala tipo Likert de cinco puntos (desde *nada molesto* hasta *molestia extrema*). El rango de puntuación es de 32 puntos.

Se encuentra incluida en el protocolo de la *Escala de Gravedad Global del Estrés Postraumático (EGEP)*, en proceso de validación, aunque los resultados preliminares son satisfactorios (Crespo, Gómez, Arinero y López, 2004). No existen datos relativos al punto de corte para esta subescala. Sin embargo, se suele considerar la gravedad de cada *ítem* a partir de una puntuación superior a 2. En cuanto a la puntuación total, el punto de corte se establece en la mitad (16).

Esta escala se utilizó de forma global en este estudio; como referente, únicamente se consideró esta puntuación total, indicativa de la presencia y gravedad de pensamientos postraumáticos.

3.1.2.2. Evaluación del Funcionamiento en la Vida Cotidiana

Al igual que la anterior, pertenece al protocolo de la *Escala de Gravedad Global del Estrés Postraumático (EGEP)* y se encuentra en proceso de validación. Consta de siete *ítems* para responder sí o no. Evalúa cómo ha afectado la situación de violencia doméstica en la vida

cotidiana de las participantes (e.g. visitas al médico, uso de medicación, consumo de alcohol y/o drogas, vida laboral/académica, relaciones sociales, relaciones de familia/pareja, otros aspectos importantes de la vida).

El rango de gravedad de las puntuaciones es de 0 a 7 puntos. El punto de corte se establece en la mitad (3,5).

3.1.2.3. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II; Sanz, Navarro y Vázquez, 2003).

Evalúa los síntomas depresivos, especialmente los cognitivos. Es un inventario autoaplicado de 21 *items*, cada uno de los cuales está compuesto por cuatro manifestaciones graduadas cuantitativamente, correspondientes a grados crecientes de intensidad del síntoma, y se puntúan de 0 a 3. Permite apreciar el nivel global de depresión, los cambios emocionales globales a lo largo del tiempo, y obtener una valoración precisa de las cuestiones que caracterizan típicamente a la depresión: emociones negativas, nivel de actividad, problemas de interacción, sentimientos de menosprecio, inadecuación y culpa, y síntomas físicos. No es un instrumento diagnóstico, solamente permite obtener una puntuación que se estima como medida de la severidad de la depresión del paciente con cualquier otro diagnóstico.

El *BDI* ha sido uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la sintomatología depresiva. Posee varias versiones, pero para este estudio se ha optado por emplear la más reciente, que, con respecto a las anteriores, presenta modificaciones en la redacción de algunos *items*. Concretamente, considera los cambios en el sueño y en el apetito tanto por defecto como por exceso (la versión anterior sólo incluía la disminución del apetito o del sueño a pesar de que el DSM-IV considera el aumento o la disminución de ambas conductas para el diagnóstico de la depresión). Además, amplía el criterio temporal a las dos últimas semanas, adaptándose así al criterio diagnóstico del DSM.

El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 63 puntos; cuanto mayor es la puntuación, mayor es la gravedad. La versión española utilizada cuenta con una clasificación de la sintomatología en cuatro segmentos de gravedad, a saber, 0-13, depresión mínima; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; 29-63, depresión grave.

Sus propiedades psicométricas en población clínica española han sido analizadas por Sanz, Perdigón y Vázquez (2003) y Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortín y Vázquez (2005). La fiabilidad (*alfa* de Cronbach) es alta (0,90 y 0,89, respectivamente según los estudios). En relación con la validez, dado que ésta depende del propósito, se puede decir que el *BDI*

es un instrumento válido para detectar y cuantificar síntomas depresivos en los pacientes (Vázquez y Sanz, 1999).

Los índices de validez convergente y discriminante son también buenos. En cuanto a los primeros, se obtiene una correlación positiva y estadísticamente significativa ($p < 0,001$) con otras medidas de la depresión ($r = 0,70$ y $0,68$ con las *Escalas de Depresión Mayor y Distimia del MCMI-II* –Millon, 1999-, respectivamente).

Con respecto a la validez discriminante, este instrumento correlaciona positiva y de forma estadísticamente significativa ($p < 0,01$) ($r = 0,36$) con la *Escala de Ansiedad Rasgo del STAI* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). Se utiliza este instrumento dado que las medidas de depresión y ansiedad tienden a correlacionar positivamente (Sanz y Navarro, 2003).

En un estudio con víctimas de violencia doméstica en el que se utilizó el *BDI-II* se encontró que la puntuación media de las 46 mujeres evaluadas era de 26, muy por encima de la puntuación media de 9,4 que los autores encontraron en población general. Al aplicar los puntos de corte de este instrumento, que definen las categorías de gravedad de la depresión, se encontró que el 13% de las mujeres tenía depresión mínima, leve el 22%, moderada el 30%, y grave el 35% (Matud, *et al.*, 2004)

3.1.2.4. *Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988)*

Se trata de un inventario de 21 *ítems* que evalúa los síntomas de ansiedad tanto en pacientes psiquiátricos como en población no clínica. Para cada uno de los *ítems* existe una graduación cuantitativa de los síntomas según una escala que oscila en grados crecientes de intensidad y se puntúan de 0 a 3. El rango de la escala es de 0 a 63. La puntuación media en pacientes con ansiedad es de 25,7 y en sujetos normales 15,8. Sin embargo, estos datos varían notablemente en función de los estudios (Robles, Varela, Jurado y Pérez, 2001). Por ejemplo, en población clínica, Somoza, Steer y Beck (1994) han propuesto para distinguir el trastorno de pánico un punto de corte de 26 puntos.

Según Beck y Steer (1990) los criterios de gravedad que se pueden establecer con esta escala son los siguientes: 0-9, ansiedad normal; 10-18, ansiedad leve-moderada; 19-29; ansiedad moderada-grave; 30-63, ansiedad grave. Utilizando estos datos en un estudio con estudiantes universitarios, Sanz y Navarro (2003) encontraron una puntuación media de 9,6 puntos (DT=7,8).

Este es uno de los instrumentos más utilizados en psicología (Piotrowski, 1999). Asimismo, se considera apropiado para valorar cambios tras el tratamiento, y permite obtener, a su vez, la medida en dos subescalas, a saber, síntomas somáticos y síntomas subjetivos de ansiedad. El *BAI* se distingue en cuanto a su contenido, por evaluar, sobre todo los síntomas fisiológicos (un 66,7%). Los restantes *ítems* se refieren a aspectos afectivos (14,3%) y aspectos cognitivos (19%)

Al igual que en el caso del *BDI*, las propiedades psicométricas son adecuadas. Según sus autores, la consistencia interna del inventario es muy alta (0,92), así como la fiabilidad test-retest (0,75). Otros estudios han encontrado que ésta, tras una semana, es de 0,67 a 0,93 y tras tres semanas de 0,62 (Piotrowski, 1999). En castellano, se ha encontrado un coeficiente *alfa* de 0,88 (Sanz y Navarro, 2003), lo que indica una muy buena consistencia interna, y replica los coeficientes encontrados en la literatura previa con muestras semejantes.

En cuanto a su validez discriminante se ha encontrado una correlación de 0,48 con el *BDI*, y de 0,58 con el *BDI-II* (Sanz y Navarro, 2003). Con la subescala de depresión *SCL-90-R*, ha sido de 0,62 (Gillis, Haaga y Ford, 1995). Sin embargo, estos resultados no parecen ser indicativos de un problema de validez discriminante ya que análisis factoriales realizados indican que los *ítems* del *BAI* y el *BDI-II* son distinguibles entre sí (Sanz y Navarro, 2003).

Finalmente, se ha encontrado una correlación de 0,51, con la *Escala de Depresión de Hamilton* (Hamilton, 1960), con el *Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI;* Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) de 0,47 a 0,58 y con la subescala de ansiedad del *SCL-90-R* (Derogatis, 1977) de 0,81 (Rodríguez, Rodríguez y Martínez, 2001).

El *BAI* se considera, asimismo, más adecuado para discriminar la ansiedad clínica que el *STAI* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), puesto que el 44,8% de los *ítems* del *BAI* reflejan síntomas específicos de la ansiedad clínica, frente al 27% del *STAI*.

3.1.2.5. *Escala de Autoestima (EAR; Rosenberg, 1965)*

Evalúa el sentimiento de satisfacción de una persona consigo misma. Esta escala consta de diez *ítems*, cinco de los cuales están planteados en forma positiva y cinco en forma negativa con el objetivo de controlar la aquiescencia del sujeto. Están estructurados en una escala tipo Likert, y presentan cuatro categorías de respuesta (oscilan desde *muy de acuerdo* a *muy en desacuerdo*). El rango del instrumento es de 10 a 40; cuanto mayor es la

puntuación, mayor es la autoestima. Según Ward (1977) se considera 29 un punto de corte para población adulta. Este valor discriminaría entre niveles de alta y baja autoestima.

La *EAR* es un instrumento ampliamente validado a través de su aplicación en múltiples investigaciones psicológicas (Curbow y Somerfield, 1991; Kernis, Grannemann y Mathis, 1991; Roberts y Monroe, 1992), encontrando que tiene un nivel de fiabilidad de 0,93 (Rosenberg, 1965) y una consistencia interna que varía de 0,76 a 0,87 (Curbow y Somerfield, 1991). Crandall (1973) ha expuesto pruebas favorables sobre las características psicométricas y la validez estructural de esta escala, encontrando un coeficiente *alfa* de 0,83. Los estudios de análisis de las propiedades psicométricas en nuestro país han encontrado un coeficiente *alfa* de 0,83 (Pastor, Navarro, Tomás y Oliver, 1997) y de 0,81 (Arinero, Crespo, López, Martínez y Gómez, 2004).

Con respecto a la validez criterial, Pastor *et al.* (1997) han encontrado un valor de 0,7. Su validez discriminante es también adecuada; así, por ejemplo, la *EAR* refleja una correlación negativa y significativa con la escala rasgo del *STAI* (-0,7) (Moreno-Jiménez, 1997) y con el *BDI* (-0,35) (Arinero *et al.*, 2004).

3.1.2.6. *CAGE* (Ewing, 1984; validación española de Rodríguez-Martos, Navarro, Vecino y Pérez, 1986).

Su nombre hace referencia a las preguntas que lo componen en inglés: *Cut-down*, *Annoyed*, *Guilty* y *Eye-opener*. Se trata de un instrumento de *screening* de alcoholismo compuesto por cuatro preguntas. Si bien se ha utilizado habitualmente para la detección de un trastorno de alcoholismo, el diagnóstico debería basarse también en otras pruebas. Sin embargo, en este caso resulta muy útil y muy fácil de administrar para descartar posibles problemas con el consumo de alcohol. Se considera que puede haber un problema de alcohol si hay dos o más respuestas positivas (punto de corte). Su sensibilidad oscila entre 49 y 100% y su especificidad entre 79 y 100%, en función del punto de corte propuesto y de la gravedad del problema relacionado con el alcohol que se esté valorando. En la validación española, con un punto de corte de 2 (que es el más comúnmente aceptado) se obtiene una sensibilidad del 96% y una especificidad del 100%. Si el punto de corte se sitúa en 1 la sensibilidad es del 100% y la especificidad del 98% (Rodríguez-Martos *et al.*, 1986).

Se han llevado a cabo análisis con instrumentos diagnósticos de alcoholismo para determinar otras de sus propiedades psicométricas. La correlación entre este test y el *Cuestionario Breve para Alcohólicos* (*CBA*; Feuerlein *et al.*, 1976) es de 0,46, y con el

Münchener Alcoholic Test (MALT; Feuerlein et al., 1977), de 0,42. Además, se añade que los cuatro ítems de este instrumento discriminan con un nivel de significación *alfa* de 0,001 (Rodríguez-Martos et al., 1986).

3.1.2.7. *Inventario Breve de Síntomas (BSI; Derogatis y Spencer, 1982).*

Se trata de un autoinforme de 53 *ítems* empleado en la evaluación de síntomas psicopatológicos. Concretamente se trata de la forma breve del *SCL-90-R* (Derogatis, 1977). Cada *ítem* del *BSI* se mide en una escala de cinco puntos (de 0 a 4) que oscila entre “nada en absoluto” y “totalmente”. Los síntomas están agrupados en nueve dimensiones, a saber, somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Ofrece además una medida global, el *Índice de Severidad Global (GSI)* que es la media de los 53 *ítems* (en caso de que no se hayan contestado todos, se realiza la media entre el número de respuestas dadas por el sujeto). De este modo, permite saber el nivel general de malestar, así como su intensidad.

Según Derogatis y Melisaratos (1983) las nueve dimensiones de este instrumento poseen una fiabilidad test-retest y una consistencia interna muy buenas (de 0,68 a 0,91 para todas las subescalas), así como una elevada validez convergente y discriminante con las escalas del *MMPI* (de 0,30 a 0,72, situándose la mayoría por encima de 0,5) (Bragado, Bersabé y Carrasco, 1999). No obstante, los resultados obtenidos por algunos investigadores sobre la estructura factorial del *BSI* ponen en cuestión la supuesta multidimensionalidad del inventario indicando que su verdadera utilidad reside en proporcionar una medida general (unidimensional) de psicopatología (Aragón, Bragado y Carrasco, 2000; Boulet y Boss, 1991; Piersma, Boes y Reaume, 1994). En este estudio se utilizan tanto la medida global, como las que se obtienen de las nueve dimensiones.

Se ha comprobado que posee un nivel de fiabilidad excelente (*alfa*=0,99). Los valores del *alfa* de Cronbach para las subescalas son buenos, correspondiendo el más bajo a la escala de ansiedad fóbica (0,876) y el más alto a la de somatización (0,96) (Aragón, Bragado y Carrasco, 2000).

3.1.2.8. *Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo -STAXI-2- (Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger, 2001).*

Consta de tres partes diferenciadas, a saber, *ira-rasgo*, *ira-estado* y *expresión de la ira*. En este trabajo, solamente se emplea la tercera parte de este instrumento (*Expresión de la Ira*)

puesto que en la mayoría de las investigaciones se ha constatado que los niveles de ira, cólera o enfado son altos en las mujeres que han sufrido algún tipo de agresión, y parece que existen dificultades en la expresión de la misma.

Esta subescala consta de 24 *items* que reflejan sentimientos o acciones que un sujeto puede realizar cuando se enfada. A partir de estos *items* se obtienen puntuaciones en cuatro escalas: *expresión externa de la ira* (EE; manifestación de la ira hacia otras personas u objetos del entorno), *expresión interna de la ira* (EI; dirección de la ira hacia el interior reprimiendo los sentimientos de ira), *control externo de la ira* (CE; control de los sentimientos de enfado evitando su manifestación ante otras personas u objetos circundantes) y *control interno de la ira* (CI; control de los sentimientos de ira suprimido mediante el sosiego y la moderación en las situaciones enojosas). Consta, además de un *Índice de Expresión de la Ira* que ofrece una medida general de la expresión y control de la ira, independientemente de la dirección de la expresión (externa o interna).

El análisis de las propiedades psicométricas de esta subescala han determinado valores del coeficiente *alfa* que oscilan para la escala CI de 0,84 a 0,85; para la escala EI de 0,73 a 0,75; para la escala EE de 0,69 a 0,77; y para la escala CE de 0,73 a 0,84 (Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger, 1997).

3.1.2.9. Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento (Larsen et al., 1979)

Consta de ocho ítems que evalúan la calidad del programa terapéutico, la atención y ayuda recibida por parte del terapeuta, y, lógicamente, la satisfacción con la propia intervención. Cinco están redactados en forma positiva y tres en forma negativa, para controlar la aquiescencia de los participantes. Cuentan con una escala de respuesta tipo Likert de cuatro puntos. El rango total de respuesta de este cuestionario es de 0 a 24 puntos. La versión empleada en este estudio se tomó de Echeburúa y Corral (1998).

3.2. Material Utilizado Durante el Tratamiento

Los materiales que se emplearon durante las sesiones de intervención se desarrollaron a partir de los elaborados para el estudio piloto. Algunos de ellos se utilizaron en las sesiones y otros fueron para las tareas para casa de las participantes. A continuación se ofrece una relación de los mismos. En el Anexo II se presentan todos ellos.

- Presentación del programa:
 - Tarjetas con normas y condiciones del tratamiento

- Contrato terapéutico
- Auto-registros:
 - Práctica de respiración
 - Actividades gratificantes
 - Reevaluación cognitiva (véase A-P-C y A-P-C-D)
 - Identificación de situaciones problemáticas
 - Solución de problemas
 - Habilidades de comunicación
 - Exposición
- Trípticos psicoeducativos:
 - “Violencia doméstica o malos tratos en el hogar. Un problema que nos afecta...” (Rincón, 2001).
 - “¿Cómo podemos mejorar nuestra autoestima?” (Rincón, 2001).
 - “¿Problemas? ¡Vamos a por la solución!”.
 - “Habilidades de comunicación: ¿qué cosas digo y cómo lo hago?”.
- Otros:
 - Tarjetas para la evaluación del tratamiento y prevención de recaídas
 - Tarjetas para la práctica de las habilidades de comunicación
 - *Escala de conductas-objetivo* (Echeburúa y Corral, 1998) y escala de revisión de las mismas adaptada para la investigación por la terapeuta y autora del trabajo.
- Material complementario: en el curso de la terapia se emplearon también los siguientes materiales:
 - Tizas/rotuladores
 - Pizarra
 - Caramelos
 - Pliegos de papel (DIN-A3) blancos
 - Cintas vírgenes

- Grabadoras

4. Procedimiento

4.1. Captación de las Participantes en el Estudio, Asignación a los Grupos, y Evaluación Pretratamiento

Se llevó a cabo a través de tres momentos: 1) contacto con los centros, 2) evaluación pretratamiento y consideración de los criterios de inclusión y exclusión, y 3) asignación aleatoria de las participantes a los programas.

El contacto con los centros se realizó a través de convenios de la UCM con los Servicios Sociales de Leganés (Centro de la Mujer Rosa de Luxemburgo), las Oficinas de Atención a la Víctima de Móstoles y Coslada, y la Concejalía de la Mujer del Ayuntamiento de Collado-Villalba. También se contó con la colaboración del Centro de Servicios Sociales de Entrevías, en Madrid, y con las derivaciones de una de las abogadas de la Asociación *Themis*; sin embargo, con ninguno de estos dos últimos se estableció convenio de colaboración. En todos los casos, las participantes fueron derivadas por las profesionales de estos servicios (psicóloga, en Leganés; encargadas de la oficina de víctimas en Móstoles y Coslada; y trabajadoras sociales en Collado-Villalba y Entrevías).

Una vez establecido el contacto con las profesionales de los centros, el procedimiento de derivación se pactó con las mismas para que todas las personas que acudieran demandando atención (ya fuera psicológica, orientación jurídica, social, etc), y pudieran beneficiarse del programa, fueran derivadas al mismo. Es decir, cada vez que una mujer acudía a un centro buscando ayuda por causa de violencia doméstica, y la profesional correspondiente estimaba que podía ser recomendable la atención psicológica, se ponía en contacto con nuestro programa y se le daba una cita para que acudiera a una sesión individual de evaluación pretratamiento, donde se consideraban los criterios de inclusión y exclusión para su participación en el estudio (veáse apartado 4.1.2). Posteriormente, se procedía al reparto aleatorio en los grupos de intervención.

En caso de que la causa de exclusión fuera que la mujer presentaba TEPT, se derivaba a un programa paralelo de atención individual realizado también bajo la

coordinación de la UCM³⁶. Si la causa que impedía la participación era otra, se hablaba con la responsable del centro y se derivaba a un servicio específico en función de los recursos. En la figura 6.1 se presenta un esquema-resumen del procedimiento concreto seguido.

Figura 6.1. Proceso de captación de las participantes



4.1.1. Evaluación Pretratamiento

Se llevó a cabo en una sesión individual de una hora y media de duración, aproximadamente. Esta evaluación constaba de tres apartados. En el primero, tras realizar las presentaciones oportunas, se le explicaba a la participante el objetivo de esta sesión y se le aseguraba la confidencialidad de todo lo que en ella se tratara. A continuación se recababa la información para cumplimentar la ficha de antecedentes personales.

En segundo lugar, se aplicaba la *Pauta de Entrevista para Víctimas de Maltrato Doméstico* y, posteriormente, la *EGS (Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático)*, también en formato heteroaplicado. En el caso en el que se detectara diagnóstico de TEPT, la evaluación se daba por terminada en este punto y, tal y como se explicó en el apartado anterior, se derivaba a la víctima a otro tipo de servicio realizado también en coordinación con la UCM.

³⁶ La descripción del programa concreto se encuentra en Labrador y Fernández-Velasco, pendiente de publicación en el *International Journal of Clinical and Health Psychology*.

En el resto de los casos se proseguía con la evaluación. En este caso, se entregaba un cuadernillo con los instrumentos de autoinforme seleccionados para el estudio, entre los que se incluía la evaluación de pensamientos postraumáticos, inadaptación a la vida cotidiana, síntomas depresivos, de ansiedad, nivel de autoestima, sintomatología somática y psicológica, y expresión de la ira.

Cabe señalar que para esta evaluación no se llevó a cabo según un proceso ciego ya que la evaluadora fue la misma persona que aplicó el tratamiento. No obstante, estudios previos han demostrado que los instrumentos de evaluación de papel y lápiz están poco sujetos a la influencia del entrevistador (Silliman, McGarvey, Raymond y Fretwell, 1990).

4.1.2. Asignación Aleatoria de las Participantes a cada Modalidad de Intervención

Como se dijo anteriormente, en total, se evaluaron 116 mujeres, de las cuáles 78 aceptaron participar en un programa de tratamiento. 19 fueron excluidas porque presentaban diagnóstico de TEPT, y 19 rechazaron la intervención por diversos motivos (e.g. incompatibilidad horaria, cambio de domicilio, etc.).

Las mujeres que accedieron a participar fueron asignadas a cada condición experimental a través de un proceso de aleatorización balanceada. En un inicio, las participantes se asignaron a las distintas modalidades mediante aleatorización y para ello se utilizó el programa informático *randomization.com* (cfr. <http://www.randomization.com>).

Sin embargo, en la fase 1, y dado que la intervención grupal no siempre permitió cumplir con la aleatorización propuesta por este programa, se empleó también la técnica de balanceo según la modalidad de intervención: cada vez que se asignaba un grupo para un programa de tratamiento concreto, el siguiente grupo terapéutico que surgía se asignaba a la otra modalidad experimental.

En la figura 6.2 se muestra la distribución de la muestra en cada grupo, también detallando cada fase.

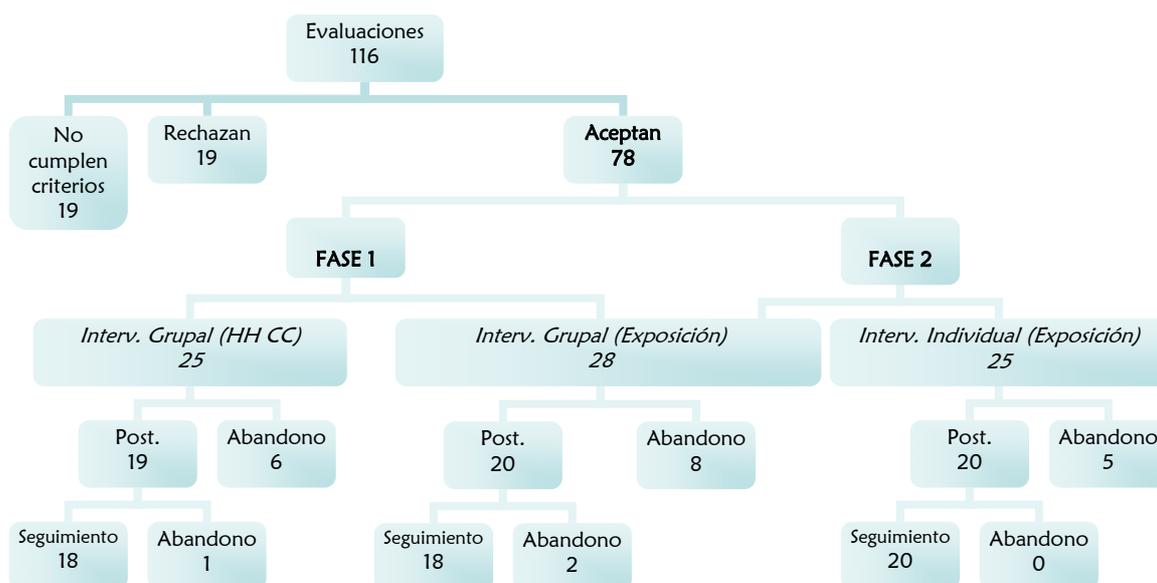
4.2. Tratamiento

Se desarrollaron dos programas de tratamiento grupal que variaban únicamente en una de sus técnicas: mientras que uno incluía un entrenamiento en habilidades de comunicación (programa A), el segundo, sustituía ésta técnica por exposición (programa B).

Posteriormente, se desarrolló una variante del programa B, con idéntico contenido, cuya aplicación se llevaba a cabo en formato individual (programa C).

Se puede decir, en resumen, que se contó con dos programas de intervención, y dos formatos de aplicación (individual y grupal). Todos los programas constaban de ocho sesiones de tratamiento más dos sesiones de evaluación pre y post. Se elaboraron siguiendo un mismo esquema, de tal modo que contaran con objetivos y contenidos de intervención muy similares.

Figura 6.2. Esquema del proceso de aleatorización y asignación de participantes a los tratamientos.



Los grupos estuvieron compuestos por 3-5 mujeres, y las sesiones se desarrollaron con una periodicidad semanal. La tabla 6.2 presenta un resumen de los dos programas y en el Anexo III se incluye el manual de tratamiento completo.

En la primera fase del estudio se aplicaron los programas A y B, es decir los dos programas grupales con habilidades de comunicación *versus* exposición.

En la segunda fase se aplicaron los programas B y C³⁷, que variaban en el formato (grupal e individual, respectivamente) y en la duración de las sesiones (90 y 60 minutos, respectivamente).

Por otro lado, las técnicas de tratamiento y elementos comunes a los programas fueron los siguientes:

³⁷ No se detalla el programa C sesión a sesión ya que, aunque es en formato individual, su contenido es el mismo que el del programa B.

Tabla 6.2. Resumen de los programas de intervención: entrenamiento en habilidades de comunicación y exposición.

Habilidades de Comunicación	Exposición
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presentación de las participantes y de la terapeuta ▪ Presentación de la intervención ▪ Firma del contrato terapéutico ▪ Identificación conductas-objetivo y motivaciones para la intervención ▪ Psicoeducación: ciclo y escalada de violencia ▪ Entrenamiento en control de la respiración <p><i>Tareas para casa:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ejercitar entrenamiento en respiración ▪ Cumplimentar registro respiración 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presentación de las participantes y de la terapeuta ▪ Presentación de la intervención ▪ Firma del contrato terapéutico ▪ Identificación conductas-objetivo y motivaciones para la intervención ▪ Psicoeducación: ciclo y escalada de violencia ▪ Entrenamiento en control de la respiración <p><i>Tareas para casa:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ejercitar entrenamiento en respiración ▪ Cumplimentar registro respiración
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de tareas ▪ Mejora de la autoestima ▪ Incremento de actividades gratificantes ▪ Introducción reevaluación cognitiva ▪ Entrenamiento en respiración <p><i>Tareas para casa:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leer material autoestima ▪ Realizar actividades gratificantes y registro ▪ Completar hojas A-P-C ▪ Entrenamiento respiración y registro 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de tareas ▪ Mejora de la autoestima ▪ Incremento de actividades gratificantes ▪ Introducción reevaluación cognitiva ▪ Entrenamiento en respiración <p><i>Tareas para casa:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leer material autoestima ▪ Realizar actividades gratificantes y registro ▪ Completar hojas A-P-C ▪ Entrenamiento respiración y registro
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de tareas ▪ Mejora de la autoestima ▪ Reevaluación cognitiva ▪ Entrenamiento en respiración <p><i>Tareas para casa:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar actividades gratificantes y registro ▪ Completar hojas A-P-C-D ▪ Ejercitar respiración 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de tareas ▪ Mejora de la autoestima ▪ Reevaluación cognitiva ▪ Entrenamiento en respiración <p><i>Tareas para casa:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar actividades gratificantes y registro ▪ Completar hojas A-P-C-D ▪ Ejercitar respiración
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de tareas ▪ Reevaluación cognitiva ▪ Identificación de situaciones problemáticas ▪ Entrenamiento en respiración <p><i>Tareas para casa:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Registro de situaciones problemáticas ▪ Realizar actividades gratificantes ▪ Ejercitar respiración ▪ Intervención cognitiva 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de tareas ▪ Reevaluación cognitiva ▪ Identificación de situaciones problemáticas ▪ Entrenamiento en respiración <p><i>Tareas para casa:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Registro de situaciones problemáticas ▪ Realizar actividades gratificantes ▪ Ejercitar respiración ▪ Intervención cognitiva
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de tareas ▪ Solución de problemas ▪ Entrenamiento en respiración <p><i>Tareas para casa:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Registro de situaciones problemáticas ▪ Realizar actividades gratificantes ▪ Ejercitar respiración ▪ Intervención cognitiva 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de tareas ▪ Solución de problemas ▪ Entrenamiento en respiración <p><i>Tareas para casa:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Registro de situaciones problemáticas ▪ Realizar actividades gratificantes ▪ Ejercitar respiración ▪ Intervención cognitiva
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de tareas ▪ Entrenamiento habilidades comunicación ▪ Entrenamiento en respiración <p><i>Tareas para casa:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicar técnica solución de problemas y registro ▪ Realizar actividades gratificantes ▪ Ejercitar respiración ▪ Intervención cognitiva 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de tareas ▪ Exposición ▪ Entrenamiento en respiración <p><i>Tareas para casa:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicar técnica solución de problemas y registro ▪ Realizar actividades gratificantes ▪ Ejercitar respiración ▪ Intervención cognitiva
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de tareas ▪ Entrenamiento habilidades comunicación ▪ Entrenamiento en respiración <p><i>Tareas para casa:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Registro habilidades de comunicación ▪ Actividades gratificantes ▪ Respiración ▪ Intervención cognitiva 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de tareas ▪ Exposición y registro ▪ Actividades gratificantes ▪ Respiración ▪ Intervención cognitiva <p><i>Tareas para casa:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposición y registro ▪ Actividades gratificantes ▪ Respiración ▪ Intervención cognitiva
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de tareas ▪ Entrenamiento habilidades comunicación ▪ Entrenamiento en respiración <p><i>Tareas para casa:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Registro habilidades comunicación ▪ Actividades gratificantes ▪ Respiración ▪ Intervención cognitiva 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de tareas ▪ Exposición ▪ Entrenamiento en respiración <p><i>Tareas para casa:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposición y registro ▪ Actividades gratificantes ▪ Respiración ▪ Intervención cognitiva
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de tareas ▪ Revisión escala de conductas-objetivo ▪ Prevención de recaídas ▪ Evaluación del programa ▪ Despedida y anticipación del seguimiento 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de tareas ▪ Revisión escala de conductas-objetivo ▪ Prevención de recaídas ▪ Evaluación del programa ▪ Despedida y anticipación del seguimiento

- *Psicoeducación*: al igual que en el estudio piloto, las técnicas psicoeducativas se utilizaron para definir la violencia doméstica y eliminar mitos sobre ella, para trabajar la autoestima, la solución de problemas y como paso previo al entrenamiento en habilidades de comunicación.
- *Entrenamiento en control de la activación* a través de respiración diafragmática, para el tratamiento de los síntomas postraumáticos (reexperimentación, evitación e hiperactivación) y de ansiedad (físicos y emocionales), siguiendo el modelo de Labrador, de la Puente y Crespo (1999), ya descrito en el estudio piloto.
- *Planificación de actividades gratificantes*, con el fin de mejorar el estado de ánimo. Después de elaborar de forma individual un inventario de actividades gratificantes, cada participante tenía que programar su semana incluyendo alguna de éstas como tarea a realizar. Además, cumplimentaban un registro en el que describían cuándo y cómo las llevaban a cabo, y la satisfacción que les producía (en una escala de 0 a 10 puntos).
- *Intervención para la mejora de la autoestima*, a través de la autodescripción de elementos positivos y mejorables de cada participante. Se utilizaron las mismas técnicas que en el estudio piloto.
- *Reestructuración cognitiva*. Se consideró especialmente importante este punto para el tratamiento de los pensamientos distorsionados -pensamientos postraumáticos- ya que estaban referidos a sí mismas, el mundo y/o el futuro (según la *triada cognitiva* de Beck). Se utilizó el esquema A-B-C³⁸ de Ellis (1975) para la descripción de antecedente-pensamientos-consecuencias (incluyendo entre estas últimas, las emocionales y conductuales), añadiendo la técnica del debate para la reestructuración de ideas distorsionadas (A-B-C-D).
- *Solución de problemas*. Se desarrolló según el esquema original propuesto por D’Zurilla y Goldfried (1971), centrandó la intervención en las cinco fases habituales de la técnica, a saber, orientación general hacia el problema, definición y formulación, generación de soluciones alternativas, toma de decisiones, y puesta en práctica y verificación de la solución. En concreto, se siguió un entrenamiento en solución de problemas sociales descrito por Becoña (1999), prestando especial atención a la descripción de situaciones

³⁸ Tal y como se indica en la descripción de los materiales y en el resumen de los programas (tabla 6.2), esta técnica se denominó con sus siglas en castellano (A-P-C, y A-P-C-D).

problema, como paso previo a la solución de los mismos. Esta técnica se llevó a cabo en sesión, aunque se propuso también como tarea para casa a través de hojas de registro de problemas y de práctica de la propia técnica.

- *Prevención de recaídas.* La última sesión del programa centraba su atención en gran medida en el repaso de técnicas aprendidas para afianzar la consecución de los logros, y favorecer que se pudieran seguir implementando de forma autónoma durante el periodo de seguimientos. Concretamente, se utilizaron ejemplos de *role-playing*, y unas frases inacabadas para completar con lo aprendido en las sesiones.

Cada programa tuvo elementos diferenciadores. Por un lado, el programa A incluyó de forma específica una *intervención para la mejora de habilidades de comunicación*. El hecho de que se pretendiera que éste fuera un programa de tratamiento estandarizado hizo que se optara por técnicas comunicativas que pudieran resultar útiles para todas las participantes. Por ello, la intervención tuvo un fuerte componente psicoeducativo acerca de los niveles de comunicación posibles (pasivo, agresivo y afirmativo). Posteriormente, se centró la atención en la necesidad de establecimiento de objetivos en la comunicación y el desarrollo de habilidades de escucha. Todos los aspectos clave de este entrenamiento se practicaron con situaciones de *role-playing*.

Por otro lado, los programas B y C incluyeron *técnicas de exposición*. Se pretendía intervenir en la sintomatología postraumática, especialmente, en la presencia de síntomas de reexperimentación y evitación. Para ello se llevó a cabo un proceso en tres fases cuyo fin último era que las mujeres pudieran exponerse a episodios y pensamientos relacionados con su historia de violencia doméstica.

En primer lugar, utilizando una imagen sensorial, se entrenaba a las participantes en visualización a estímulos neutros. Una vez confirmada su capacidad para evocar e imaginar, se pedía a las mujeres que escribieran acerca de un episodio de su historia de violencia doméstica, incidiendo en que fuera especialmente descriptivo e incluyera un buen número de detalles para hacer más sencilla la evocación. Finalmente, se les proporcionaba una grabadora y una cinta vírgen con las que ellas mismas leían y grababan el texto para exponerse periódicamente al mismo. Esta tarea se realizaba también en casa durante la semana. Cada participante tenía que oír diariamente la grabación realizada y completar unas hojas de auto-registro con los niveles de ansiedad antes y después de la exposición y el uso de posibles estrategias de afrontamiento de la misma (e.g. respiración).

4.3. Evaluación Postratamiento y Seguimientos

Una semana después de la octava sesión se citaba de forma individual a cada participante para llevar a cabo una evaluación de la eficacia de la intervención. Se empleaban los mismos instrumentos excepto la ficha de antecedentes personales y la entrevista, que se eliminaron por razones obvias. No obstante, se mantuvieron cinco de los *items* de la entrevista relativos a la presencia de denuncia/s, abandono del hogar, ideación suicida, presencia de apoyo familiar y/o social.

La evaluación de la sintomatología postraumática a través de la *EGS* se realizó nuevamente en formato heteroaplicado. Los restantes cuestionarios seguían el modelo de autoinforme.

Transcurrido un mes tras la evaluación postratamiento, la terapeuta se ponía en contacto con cada participante para citarla a una nueva sesión de evaluación. Este procedimiento se seguía de igual forma a los tres, seis y doce meses. Los instrumentos y formato de evaluación fueron los mismos que en la evaluación postratamiento.

5. Análisis de Datos

Pese a que no es muy habitual en este ámbito el análisis de datos por intención, sí se recurre a él en algunos estudios. Éste supone tener en cuenta a todos los participantes que inician las intervenciones, independientemente de que terminen o no el programa, y/o los seguimientos. Tiene la ventaja metodológica de presentar resultados más conservadores, puesto que en los casos de abandono mantiene los valores del pretratamiento. Por ello, si los resultados de eficacia resultan positivos, puede estimarse una potencia del tratamiento mayor ya que los resultados se han obtenido a pesar de que los abandonos son casos en los que no se producen mejoras. Así, Kubany, Hill y Owens (2003) y Kubany *et al.* (2004) presentan los resultados de su intervención en una doble vía: en primer lugar, se analizan únicamente los datos de las mujeres que completan el tratamiento, y posteriormente se incluye un análisis por intención. Ambos muestran la eficacia significativa del programa. Por el contrario, otros de los estudios analizados (e.g. Echeburúa *et al.*, 1996; Rincón, 2003), no especifican este análisis.

En este trabajo, se consideró, en primer lugar, un análisis por intención. A pesar de las ventajas metodológicas que esto suponía, finalmente se desechó esta idea, dado que los resultados de eficacia no mostraban cambios significativos. Así pues, los abandonos en el postratamiento y seguimientos se consideraron casos perdidos, y se optó por una medida

de análisis menos conservadora, pero que ofreciera resultados más positivos en los casos que sí fueron tratados hasta el final.

La mayor parte de los análisis se llevaron a cabo con el programa estadístico *SPSS* (versión 11.0.1). Solamente en el caso de los análisis del tamaño del efecto de la intervención se empleó el programa *G*POWER* (versión 2.0) (Faul y Erdfelder, 1992).

En primer lugar se realizó un análisis descriptivo para la caracterización de la muestra participante en el estudio, teniendo en cuenta medias, desviaciones típicas y rangos en las variables continuas, y porcentajes descriptivos de las variables dicotómicas o cualitativas. Estos datos se tuvieron también en cuenta para los análisis de homogeneidad de los grupos, que se realizaron en ambas fases del estudio. En la primera, se tuvieron en cuenta los datos de las participantes en los programas A y B, esto es, los dos grupos compuestos por 25 y 28 mujeres respectivamente, y en la fase 2, se estudió la homogeneidad de los grupos participantes en los programas B y C. En este caso, ambos grupos estuvieron compuestos por 28 y 25 mujeres, respectivamente.

La homogeneidad de los grupos se estudió con relación a las variables sociodemográficas, características de la historia de violencia doméstica, y sintomatología, haciendo especial mención, en este caso, a los síntomas clínicos y a aquellos de readaptación y funcionamiento en la vida cotidiana. Se utilizaron pruebas de χ^2 en el caso de las variables cualitativas y ANOVAs de medidas independientes cuando se trataba de variables cuantitativas. Para la consideración de la normalidad de los datos se empleó la técnica de Kolmogorov-Smirnov, y la prueba de Levene para comprobar la homocedasticidad de las varianzas.

En el análisis de la eficacia del tratamiento se tuvieron en cuenta las dos fases del estudio por separado. Aún así, el proceso de análisis fue exactamente el mismo en los dos momentos.

Se efectuó, en primer lugar, la determinación de las *mejoras a lo largo del paso del tiempo* atendiendo a dos momentos básicos, a saber, cambios pre-post, y cambios pre-seguimientos. En el primer caso, se realizó un ANOVA de medidas repetidas (ANOVA-MR) en un diseño mixto con un factor intergrupo (los dos programas sometidos a análisis en cada fase) y un factor intrasujeto (con dos niveles, medias pre y postratamiento) para las variables cuantitativas (sintomatología psicológica y psicosocial).

Para las variables cualitativas se empleó una prueba de χ^2 . Se consideraron los datos de evolución de la sintomatología de readaptación y funcionamiento en la vida cotidiana

de forma descriptiva en una tabla de contingencias, que permitió determinar la estabilización, mejoría o empeoramiento de las modificaciones obtenidas en estas variables. Concretamente, se llevó a cabo un análisis de proporciones relacionadas en las variables de percepción de apoyo familiar y social. Para analizar la significación estadística de estos resultados se utilizó también la prueba de significación estadística de McNemar que permite contrastar los cambios en las respuestas utilizando esta misma distribución de χ^2 , y resulta especialmente útil para evaluar el cambio en variables dicotómicas (Pardo y Ruiz, 2002). Posee, además, un carácter más conservador para la interpretación de los datos que se considera óptimo para la presentación de estos resultados.

En el segundo momento de análisis (pre-seguimientos) se realizaron también ANOVAs de dos factores con medidas repetidas para cada una de las variables de sintomatología y de funcionamiento en la vida cotidiana, teniendo un factor intergrupo (dos niveles correspondientes a los dos programas comparados) y un factor intrasujeto con seis niveles (pre, post, y seguimientos al mes, tres, seis meses y un año), en el caso de las variables cuantitativas, así como la prueba χ^2 de Pearson para las cualitativas con la corrección de McNemar correspondiente.

Se utilizaron niveles de significación de 0,05 y 0,01 para todas las pruebas realizadas. Para considerar la diferencia en la modificación de la sintomatología entre los dos momentos de medida, se utilizó el valor de la diferencia entre medias (I-J) para determinar cuáles de ellas alcanzaba la significación estadística.

En segundo lugar, para analizar la *eficacia del tratamiento en función de los programas*, se realizaron análisis de covarianza (ANCOVAs) que permitían analizar los cambios intergrupo incluyendo el control de las medidas pretratamiento. Mediante este procedimiento se elimina de las variables de sintomatología el efecto atribuible a otros factores que podían presentarse en la evolución pre y que, por tanto, deberían someterse a control estadístico. Además, se incluyó un análisis complementario únicamente para las variables que mostraban cambios intergrupo estadísticamente significativos. En él se realizaba una comparación de todos los momentos de medida dos a dos para determinar en cuáles de ellos se presentaba el cambio significativo.

Se analizó también la significación clínica de la intervención a través de una prueba χ^2 . Para ello se consideraron los datos relativos a aquellas variables que presentaban un punto de corte capaz de discriminar la mejoría clínica de las participantes. Así, se tuvieron en cuenta los datos relativos a sintomatología postraumática, depresiva y de ansiedad.

En el caso de la primera, el análisis se llevó a cabo revisando si había mejoras en la categorización de dichos síntomas en función de TEPT, SEPT o sintomatología postraumática aislada. Se emplearon los criterios propuestos por la *EGS*: puntuación >15 (diagnóstico de TEPT), y la consideración individual de los criterios de reexperimentación (1 síntoma y puntuación >2), evitación (3 síntomas y puntuación >6) e, hiperactivación (2 síntomas y puntuación >4) que permitían categorizarlos como SEPT.

Para la significación clínica en los síntomas depresivos se consideró una puntuación del *BDI* mayor que 18, y con respecto a los síntomas de ansiedad, una puntuación en el *BAI* mayor de 19 puntos, determinando así la presencia o ausencia de los mismos tras las evaluaciones de seguimiento.

La adherencia al tratamiento se estudió a través de pruebas χ^2 , considerando el porcentaje de abandonos en cada grupo, la sesión en la que se produjeron los abandonos, el número de sesiones a las que asistieron las mujeres que completaron la intervención, y el cumplimiento de las tareas para casa. Se compararon dichas variables en ambos grupos y se muestra el estadístico de contraste χ^2 .

También se analizó la eficacia del programa de forma diferencial a través del cálculo del tamaño del efecto con el programa estadístico *G*POWER*, y la categorización que Faul y Elderfer (1992) proponen para el análisis de los resultados obtenidos por el mismo, que corresponde a: tamaño del efecto pequeño <0,5, mediano >0,5 y <0,8, y grande >0,8.

Finalmente, se llevó a cabo un análisis cuantitativo de la satisfacción de las participantes con el programa, a partir de un ANOVA de un factor sobre las puntuaciones del *Cuestionario Satisfacción con el Tratamiento* de Larsen *et al.* (1979), y uno cualitativo, considerando las respuestas que dieron las participantes en una de las tareas propuestas en los programas acerca de la utilidad de la intervención y de las técnicas.

VII. Resultados

En este capítulo se presentan los resultados relativos a las dos fases que se llevaron a cabo para comprobar la eficacia del tratamiento en víctimas de violencia doméstica. En el primer apartado, (*1. Descripción de la Muestra*), se considera la muestra en su totalidad, esto es, se hace una descripción de todas las variables consideradas teniendo en cuenta las 78 mujeres que participaron en ambas fases. Sin embargo, a partir del segundo apartado, se hace mención a los resultados de cada fase de forma independiente. Así, se establecen dos partes correspondientes a cada fase de la investigación. Esta separación se mantiene hasta el final de este capítulo con el fin de diferenciar claramente las conclusiones de ambas fases.

1. Descripción de la Muestra

La mayor parte de la muestra fue derivada del Centro de la Mujer Rosa de Luxemburgo perteneciente a los Servicios Sociales de Leganés (35,9%), seguido de la Concejalía de la Mujer y Mayores de Villalba (28,2%), y las Oficinas de Atención a la Víctima de Móstoles (16,7%) y Coslada (11,5%). En menor proporción, se atendió a mujeres que procedían de los Servicios Sociales de Entrevías (5,1%) y de la Asociación de Mujeres Juristas *Themis* (2,6%).

1.1. Variables Sociodemográficas

Tal y como puede observarse en la tabla 7.1, la edad media de las participantes fue 40 años ($M=40,09$; $DT=10,33$), distribuyéndose en un rango entre los 23 y 65. Sin embargo, son las mujeres de una edad relativamente joven (31-40 años) las que constituyen el principal grupo de edad (37,2%).

Tabla 7.1. Características sociodemográficas

Variables		N=78
Edad	M (DT) <i>Rango</i>	40,09 (10,33) 23-65
Edad (%)		
	< 30 años	21,8
	31-40 años	37,2
	41-50 años	19,2
	51-60 años	17,9
	> 61 años	3,8
Clase Social (%)		
	Baja	25,6
	Media-Baja	17,9
	Media	44,9
	Media-Alta	7,7
	NS/NC	3,8
Estado civil (%)		
	Soltera	19,2
	Conviviente	6,4
	Casadas	20,5
	Separadas o en trámites	51,3
	Viuda	2,6
Ocupación laboral (%)		
	Trabajadora a tiempo completo	20,5
	Trabajadora a tiempo parcial	24,4
	En paro	17,9
	Ama de casa	35,9
	Discapacitada	1,3
Nivel educativo (%)		
	Primarios incompletos	19,5
	Primarios completos	35,1
	Secundarios	36,4
	Universitarios	9,1
Tiene hijos (%)		83,3

Alrededor de un 45% de la muestra pertenece a una clase social media, y tan sólo un 7,7% se encuentra por encima de ésta, situándose en una clase media-alta. Ninguna de las mujeres evaluadas refirió pertenecer a una clase alta. Por otro lado, el 17,9 % afirma que pertenece a una clase media-baja, y el 25,6% restante, a la clase baja.

En cuanto al estado civil y situación de convivencia, la mitad (51,3%) está separada o en trámites para estarlo; el 19,2%, soltera, un 6,4% tiene una pareja estable y convive con ella, el 20,5% está casada, y un 2,6% está viuda³⁹.

Con respecto a otras variables de tipo sociodemográfico, se comprueba que la ocupación más frecuente es la de ama de casa (35,9%), seguida del trabajo a tiempo parcial, por cuenta propia o ajena (24,4%). Agrupando los datos correspondientes a esta

³⁹ Puede resultar llamativo considerar mujeres solteras y viudas en un estudio de este tipo. Sin embargo, se ha señalado anteriormente que se incluían todas aquellas mujeres maltratadas que demandaran la atención psicológica independientemente de cuál fuera su estado civil. En el caso de las mujeres viudas, la violencia doméstica había finalizado tras la muerte del agresor, y en el caso de las solteras, ésta se había desarrollado aún sin convivencia entre la pareja.

variable, se observa que más de la mitad de la muestra (55,1%) no trabaja fuera del hogar. Un 17,9% está en paro, y un 1,3% es discapacitada y no trabaja.

El 36,4% ha finalizado estudios secundarios y un 35,1% sólo tiene estudios primarios. El 19,5% no los ha finalizado, aunque sabe leer y escribir. Por el contrario, un 9,1% ha completado estudios universitarios.

Por último, se observa que una gran mayoría tiene hijos a su cargo (83,3%).

1.2. Características de la Historia de Violencia Doméstica

Como se observa en la tabla 7.2, el 32,1% de la muestra convive con el maltratador (independientemente del estado civil), y un 38,5%, depende económicamente de él.

Se puede decir que la violencia doméstica produce un grave impacto en las mujeres que la han sufrido. No en vano, en este estudio se ha encontrado que la duración media de los malos tratos es de 12,15 años (DT=11,51), situándose el rango entre 1 y 42 años. Además, el 42,3% refiere que en el último mes ha sufrido a diario episodios de violencia – de cualquier tipo-, y el 46,2% señala que su estado, en el momento de la evaluación, es el peor. Un 38,5% dice que su situación es de nivel intermedio, frente a un 15,3% que afirma encontrarse en el momento menos malo.

El tipo de violencia más frecuente es la psicológica, que de forma aislada o en combinación con otras, la ha sufrido el 93,6% de las participantes. Un 56,4% ha sufrido violencia física, y un 10,3%, violencia sexual. Cabe señalar que esta última forma de violencia no se dio de forma aislada en ningún caso.

Por otro lado, el 60,3% de la muestra ha presentado al menos una denuncia contra su agresor (de este porcentaje, un 55,3% ha puesto una, el 23,4%, dos, y el 21,3%, tres o más). Un 55,1% ha tenido que salir de su hogar debido a la violencia doméstica, siendo la casa de amigos/familiares el lugar más frecuente para buscar refugio (65,1%). El 27,9% ha tenido que acudir a un centro de emergencia, refugio, piso de acogida, o recurso destinado para víctimas, es decir, no tiene recursos personales o sociales a los que dirigirse. Finalmente, un 6,7% busca un nuevo domicilio independiente donde instalarse.

El número de estas salidas oscila entre 1 y 10, siendo la media algo superior a dos (2,16; DT=1,67). El 48,8% de la muestra que ha tenido que salir considera definitiva su salida del hogar, frente al 51,2%, que tras unos días regresa a su domicilio. No obstante,

estos datos pueden no ser totalmente concluyentes puesto que en muchos casos, las mujeres no abandonan su casa si es el agresor el que lo hace.

Tabla 7.2. Características de la historia de violencia doméstica

Variables	N=78
Convive con el agresor (%)	32,1
Depende económicamente del agresor (%)	38,5
Duración de la violencia doméstica M (DT)	12,15 (11,51)
Frecuencia del maltrato en el último mes (%)	
A diario	42,3
4-5 veces	12,8
1 solo episodio	17,9
No se ha producido maltrato	26,9
Estado actual del problema (%)	
Peor	46,2
Intermedio	38,5
Menos malo	15,3
Tipo de violencia (%)	
Psicológica	35,9
Física	3,8
Psicológica y física	50
Psicológica y sexual	1,3
Física y sexual	2,6
Psicológica, física y sexual	6,4
Ha denunciado (%)	60,3
Número de denuncias (n=47) (%)	
Una	55,3
Dos	23,4
Tres o más	21,3
Ha tenido que salir de su hogar a causa de la violencia doméstica (%)	55,1
Número de salidas del hogar (n=43) (%)	
1-2	69,8
3-5	25,6
Más de 6	4,7
Lugar en el que se ha refugiado tras la salida del hogar (n=43) (%)	
Familia/amigos	65,1
Refugio institucional	27,9
Nuevo domicilio propio	6,7
Consideración de la salida del hogar (n=43) (%)	
Temporal	51,2
Definitiva	48,8
Ha sufrido otra historia de violencia doméstica previa (%)	17,9
Ha sufrido violencia doméstica algún miembro de su familia (%)	24,4
Ha recibido atención médica a causa de la violencia doméstica (%)	29,5
Ha recibido atención psicológica o psiquiátrica previa a causa de la violencia doméstica (%)	28,2
Toma medicación a causa de la violencia doméstica (%)	47,4
Tipo de medicación (n=37) (%)	
Antidepresivos	45,9
Ansiolíticos	40,5
Analgésicos	5,4
Medicación no psiquiátrica	8,1
Cuenta con apoyo familiar (%)	76,9
Cuenta con apoyo social (%)	56,4
Cuenta con apoyo legal (%)	53,8

En ocasiones se ha señalado que es frecuente que las víctimas de violencia doméstica sufran más de una historia de malos tratos. Sin embargo, aquí se constata que sólo el 17,9% ha vivido una historia de violencia doméstica previa, mientras que un 24,4% reconoce que

otros miembros de su familia también han sido también víctimas de ella (por el mismo u otro agresor). En cuanto a la necesidad de atención especializada por este problema, un 29,5% ha recibido asistencia médica, y un 28,2%, atención psicológica o psiquiátrica. El 47,4% está tomando medicación a causa de esta situación, siendo los antidepresivos (45,9%) y los ansiolíticos (40,5%), los fármacos utilizados con mayor frecuencia.

Por otro lado, un alto porcentaje (76,9%) cuenta con apoyo familiar, un 56,4% cuenta con apoyo social, y el 53,8%, con apoyo legal.

1.3. Sintomatología

En este apartado se incluyen todos los datos y resultados referentes al nivel de salud psicosocial de las participantes. Por ello, se hace mención a aquellos aspectos psicológicos, sociales y médicos que, como consecuencia de la historia de violencia doméstica, o como parte de su historia de sintomatología, presentan las mujeres tratadas.

1.3.1. Sintomatología Psicológica

Se puede decir que la historia de salud emocional de las mujeres que participaron en el estudio es relativamente buena. De hecho, un 56,4% afirmó que nunca había presentado un trastorno psicológico. Entre las mujeres que presentaban historia previa de alteraciones psicológicas, el diagnóstico más frecuente fue el de trastorno depresivo (67,6%), donde se incluyó depresión mayor, trastorno distímico, y depresión postparto, siendo sensiblemente mayor, el primer diagnóstico⁴⁰. Un 58,8% había recibido atención psicológica o psiquiátrica por estos problemas.

A continuación se desarrolla de forma detallada la sintomatología psicológica de las participantes en el estudio, haciendo especial hincapié en la sintomatología postraumática y asociada (para ambas, véase la tabla 7.3).

1.3.1.1. Síntomas Postraumáticos

La media de la gravedad de la sintomatología postraumática fue de 16,12 (DT=6,02). Estas puntuaciones oscilaron en un rango de 3 a 33 puntos, siendo el rango normativo de la *EGS*, 0-51.

⁴⁰ Los diagnósticos señalados no fueron explorados en este estudio. En este caso, la entrevista recogía únicamente la respuesta de las participantes acerca de su malestar e historia de trastornos psicológicos.

Tabla 7.3. Sintomatología psicológica

Variables	N=78
Ha sufrido alguna vez un trastorno psicológico (%)	43,6
Tipo de trastorno sufrido (n=34) (%)	
Trastorno depresivo	67,6
Trastorno de ansiedad	8,8
Trastorno de alimentación	8,8
Trastorno adaptativo	2,9
Otros	11,8
Ha recibido atención psicológica o psiquiátrica por estos problemas (n=34) (%)	58,8
Sintomatología postraumática M (DT)	16,12 (6,02)
Categorización sintomatología postraumática según <i>EGS</i> (%)	
SEPT	50
Síntomas aislados	50
Criterios diagnósticos TEPT según <i>EGS</i> M (DT) %	
Reexperimentación	4,91 (3,06) 65,4%
Evitación	5,5 (3,13) 39,7%
Hiperactivación	5,71 (2,84) 55,1%
Pensamientos postraumáticos M (DT)	10,19 (6,79)
Síntomas depresivos según <i>BDI</i> M (DT)	29,4 (13,62)
Categorización de los síntomas depresivos según <i>BDI</i> (%)	
Depresión mínima	12,8
Depresión leve	9
Depresión moderada	25,6
Depresión grave	52,6
Ideación suicida (%)	47,4
Síntomas de ansiedad según <i>BAI</i> M (DT)	27,17 (12,7)
Categorización de los síntomas de ansiedad según <i>BAI</i> (%)	
Ausencia de ansiedad	7,7
Ansiedad leve	21,8
Ansiedad moderada	26,9
Ansiedad severa	43,6
Consumo de alcohol M (DT) %	0,12 (4,55) 2,7%
Autoestima M (DT)	26,76 (3,99)
Sintomatología psicopatológica según <i>BSI</i> M (DT)	
Somatización	1,54 (1,08)
Obsesión-compulsión	2 (1,12)
Sensibilidad interpersonal	1,77 (1,18)
Depresión	2,11 (1,14)
Ansiedad	1,91 (1,07)
Hostilidad	0,95 (0,76)
Ansiedad fóbica	1,27 (1,03)
Ideación paranoide	1,82 (0,99)
Psicoticismo	1,56 (1,12)
<i>GSI</i>	1,72 (0,91)
Expresión de la Ira según <i>STAXI</i> M (DT)	
Control externo	2,65 (0,74)
Control interno	2,4 (0,85)
Expresión externa	1,66 (0,43)
Expresión interna	2,04 (0,54)
<i>IEI</i>	34,65 (1,48)

Por otro lado, atendiendo a la categorización y agrupación de criterios del TEPT, se comprobó que el 50% de la muestra presentaba síntomas postraumáticos suficientes para conformar un SEPT, mientras que el 50% restante, tenía síntomas aislados, sin configurar cuadro diagnóstico alguno. El criterio más frecuente fue el de reexperimentación (65,4%), seguido del de hiperactivación (55,1%) y evitación (39,7%). Con respecto al número de síntomas descritos por el DSM para cada criterio (5 de reexperimentación, 7 de evitación y 5 de incremento de la activación), se encontró que un 1,3% de las mujeres cumplían todos

los síntomas de reexperimentación, y un 2,6% todos los de hiperactivación. Ninguna participante cumplía los siete síntomas del criterio de evitación. En la tabla 7.4 se presentan todos los síntomas del TEPT, diferenciados según el porcentaje de cumplimiento de cada uno.

Tabla 7.4. Presencia de síntomas postraumáticos⁴¹ según criterios diagnósticos DSM para el TEPT

Sintomatología postraumática	%
Reexperimentación	
Recuerdos intrusivos	44,9
Sueños intrusivos	15,4
<i>Flashbacks</i>	10,3
Malestar psicológico	53,8
Malestar fisiológico	47,4
Evitación	
Evitar pensar, sentir...	33,3
Evitar actividades, lugares...	30,8
Amnesia	5,1
Desinterés por actividades	38,5
Sentirse enajenado, separado	25,6
Anestesia afectiva	34,6
Futuro desolador	16,7
Hiperactivación	
Insomnio	51,3
Ira, irritabilidad	78,2
Dificultades de concentración	47,4
Hipervigilancia	34,6
Respuesta de sobresalto	38,5

La mayor parte de la muestra se distribuye fundamentalmente entre la satisfacción de 0 y 2 síntomas de cada criterio. Así, el 70,5% cumple entre 0 y 2 síntomas de reexperimentación. Para los criterios de evitación e hiperactivación, los porcentajes son 79,5% y 66,7%, respectivamente. Además, se encontró que casi el 85% de la muestra cumplía siete o menos. Al igual que ninguna mujer cumplió todos los síntomas del criterio de evitación, ninguna mujer cumplió todos los síntomas de la descripción del TEPT.

Finalmente, con respecto a la presencia de pensamientos distorsionados postrauma, se encontró una media de gravedad de 10,19 (DT=6,79) (véase, de nuevo, tabla 7.3), puntuación relativamente baja si se estima el rango de la escala (0-32), y el punto de corte señalado (16). Ninguno de los ocho pensamientos explorados superó el punto medio de corte (2). No obstante, los que obtuvieron una gravedad mayor fueron los pensamientos

⁴¹ Nótese que para ser considerado síntoma, se tenía que producir una respuesta afirmativa y una valoración de la intensidad igual o mayor a dos puntos según la *EGS*.

de culpa ($M=1,59$; $DT=1,17$), de autovaloración negativa ($M=1,54$; $DT=1,43$) y de pérdida de contacto con la realidad ($M=1,81$; $DT=1,23$).

1.3.1.2. Sintomatología Asociada

a. Síntomas Depresivos y de Ansiedad

La puntuación media en síntomas depresivos según el *BDI* fue de 29,4 puntos ($DT=13,62$), en un rango de 0 a 53. Esta puntuación entra en la categorización de síntomas depresivos graves que según los autores de la escala, se estima a partir de 28 puntos. Según esta escala, algo más de la mitad de la muestra presentaba un nivel grave de depresión; un 25,6%, depresión moderada, un 9%, depresión leve y un 12,8%, depresión mínima. Además, se vio que el 78,2% puntuaba por encima de 18, medida que se establece como punto de corte para determinar la presencia de problemas de depresión.

Por otro lado, casi el 50% de las participantes (47,4%) reconoció en el momento de la evaluación haber tenido ideación suicida o tentativas de ello.

En cuanto a los niveles de ansiedad medidos a través del *BAI*, se encontró que un 43,6% presentaba ansiedad grave; un 26,9%, ansiedad moderada-grave, un 21,8%, ansiedad leve-moderada; y un 7,7% se le atribuía una etiqueta de ansiedad normal. Nótese que el 70,5% de la muestra presenta niveles considerables de ansiedad al situarse por encima del punto de corte (19) estimado para determinar la gravedad. La puntuación media del nivel de ansiedad fue de 27,17 puntos ($DT=12,70$)

b. Consumo de Alcohol

La puntuación media de esta escala fue mínima ($M=0,12$; $DT= 0,45$). Además, el consumo de alcohol fue prácticamente nulo para toda la muestra. Tan sólo un 2,7% contestó afirmativamente a dos de los tres primeros *ítems* del *CAGE* (*¿ha pensado alguna vez que tiene que disminuir el consumo de bebida?, ¿se enfada si la gente le critica el hecho de que beba?, ¿alguna vez se ha sentido mal o culpable por beber?*), mientras que el cuarto *ítem* (*¿alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar los nervios o para hacer desaparecer una resaca?*) no obtuvo ninguna respuesta afirmativa.

c. Autoestima

La muestra obtuvo una puntuación media de 26,76 puntos ($DT=3,99$), en un rango de 18 a 36 (recuérdese que en el rango normativo de la escala es 10-40). Se considera un nivel relativamente bajo teniendo en cuenta el punto de corte propuesto por Ward (1977) en

29 puntos para separar los niveles de alta y baja autoestima. No en vano, el 61,5% presentaba una puntuación inferior a este punto de corte.

d. Síntomas Psicopatológicos

Las puntuaciones del *BSI* muestran el nivel de psicopatología de las participantes en el estudio. De las nueve subescalas, tan sólo se superó ligeramente el punto de corte 2 en la de depresión ($M=2,11$; $DT=1,14$). Para la subescala de obsesión-compulsión se obtuvo una puntuación media de 2 ($DT=1,12$), y en la de ansiedad, una puntuación cercana ($M=1,91$; $DT=1,07$). En el resto, el nivel de patología fue medio-bajo, y el *Índice de Gravedad Global* (*GSI*, en adelante), obtuvo una puntuación media de 1,72 ($DT=0,91$).

e. Expresión de la Ira

La puntuación media del *Índice de Expresión de la Ira* (*IEI*, en adelante) fue de 34,65 ($DT=1,48$), lo que equivale a un centil 70 (según los baremos para mujeres adultas propuestos por Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger -2001-). Parece pues, que las mujeres víctimas de violencia doméstica experimentan niveles de ira elevados, ya que este índice resume los elementos de las otras cuatro subescalas.

El análisis de las escalas por separado reveló un nivel medio-bajo de expresión y control externo de la ira (respectivamente, $M=2,04$; $DT=0,54$, y $M=2,4$; $DT=0,85$, correspondientes ambos al centil 40), y relativamente altas para la expresión y control internos ($M=1,66$; $DT=0,43$, y $M=2,65$; $DT=0,74$, equivalentes a los centiles 65 y 70, respectivamente).

1.3.2. Sintomatología Psicosocial

Al evaluar el impacto de la violencia doméstica y el funcionamiento de las víctimas en su vida cotidiana, se encontró que la muestra presentaba una media algo superior a 4 áreas afectadas ($M=4,24$; $DT=1,66$). Esta puntuación se encuentra por encima del punto de corte establecido para considerar la gravedad del impacto psicosocial (3,5).

Se analizó en términos porcentuales la gravedad de cada área y se encontró que la mayor parte de las mujeres evaluadas presentaban problemas en la relación familiar y de pareja (84,6%), en *otras* áreas (75,3%), y habían tenido la necesidad de consultar al médico o a algún otro profesional de la salud (73,1%). También, un porcentaje elevado refirió que los problemas derivados de la violencia doméstica habían afectado a sus relaciones sociales (70,5%), y a su trabajo y/o estudios (65,4%). En menor medida, el

43,6%, dijo que tomaba medicación a causa de estos problemas más de una vez por semana. Por el contrario, el área menos afectada fue la relativa al consumo de alcohol y/o drogas; solamente el 12,8% presentaba esta conducta tras ser víctima de violencia doméstica.

En la tabla 7.5 se presentan los resultados relativos a todas las áreas evaluadas en sintomatología psicosocial y funcionamiento en la vida cotidiana, así como la media global de áreas problema.

Tabla 7.5. Sintomatología psicosocial

Variables	N=78
Problemas de funcionamiento en la vida cotidiana M (DT)	4,24 (1,6)
Consulta profesional de la salud (%)	73,1
Toma medicación más de una vez por semana (%)	43,6
Toma alcohol y/o drogas por estos problemas (%)	12,8
Estos problemas han afectado a su vida laboral o académica (%)	65,4
Estos problemas han afectado a sus relaciones sociales (%)	70,5
Estos problemas han afectado a su relación de pareja (%)	84,6
Estos problemas han afectado a otros aspectos importantes de su vida (%)	75,3

1.3.3. Salud Física

Por último, se comprobó en esta área de sintomatología, que el 65,4% no presentaba ningún problema grave de salud. Atendiendo al 34,6% restante que sí presentaba problemas de este tipo, se vio que los más frecuentes fueron los digestivos (37%) seguidos de los endocrinos (entre los que constituye un apartado importante la diabetes) y traumatológicos (14,8%) (véase la tabla 7.6).

Tabla 7.6. Salud física

Variables	%
Tiene problemas de salud (N=78)	34,6
Tipo de problema de salud (n=27)	
Traumatológicos	14,8
Digestivos	37
Neurológicos	18,5
Cardiopatías	7,4
Endocrinos	14,8
Riñón	7,4

2. Eficacia del Tratamiento

2.1. Fase 1: Análisis de la Eficacia de los Componentes de Dos Programas Grupales de Tratamiento para Víctimas de Violencia Doméstica: Habilidades de Comunicación (programa A) versus Exposición (programa B)

2.1.1. Análisis de la Homogeneidad de los Grupos (Programas A y B)

Antes de llevar a cabo el propio estudio de la eficacia de la intervención, fue necesario determinar si existían diferencias significativas en cuanto a variables sociodemográficas, de historia de violencia doméstica, y de sintomatología que pudieran contaminar en alguna medida los resultados de la intervención.

Se analizaron en primer lugar las características sociodemográficas (véase tabla 7.7). El análisis permitió comprobar que los grupos eran relativamente homogéneos, ya que las diferencias existentes solamente alcanzaban un nivel de significación estadística en el caso del nivel educativo ($p < 0,01$).

Tabla 7.7. Homogeneidad de los grupos (programas A y B): características sociodemográficas

	HH.CC. (n=25)	Exposición (n=28)	$F_{(g)}/\chi^2_{gl}$
Edad M (DT) <i>Rango</i>	42,04 (10,57) 28-64	40,18 (9,95) 25-65	$F_{(1,51)}=0,436$
Edad (%)			
< 30 años	16	17,9	$\chi^2_4=1,661$
31-40 años	44	35,7	
41-50 años	16	28,6	
51-60 años	16	14,3	
> 61 años	8	3,6	
Clase Social (%)			
Baja	44	10,7	$\chi^2_4=9,298$
Media-Baja	16	32,1	
Media	32	42,9	
Media-Alta	8	14,3	
Estado civil (%)			
Soltera	8	21,4	$\chi^2_4=2,160$
Conviviente	4	3,6	
Casadas	32	21,4	
Separadas o en trámites	52	50	
Viuda	4	3,6	
Ocupación laboral (%)			
Trabajadora a tiempo completo	12	28,6	$\chi^2_3=2,676$
Trabajadora a tiempo parcial	24	21,4	
En paro	20	21,4	
Ama de casa	44	28,6	
Nivel educativo (%)			
Primarios incompletos	40	3,6	$\chi^2_3=13,776^{**}$
Primarios completos	32	35,7	
Secundarios	28	42,9	
Universitarios	-	17,9	
Tiene hijos (%)	92	78,6	$\chi^2_1=1,858$

** $p < 0,01$

Se vio que era significativamente diferente el número de mujeres que no había completado sus estudios primarios, y las que habían realizado estudios universitarios. En concreto, el porcentaje de mujeres con estudios primarios incompletos fue mayor entre las mujeres que participaron en el programa con habilidades de comunicación (40% frente a 3,6%), mientras que en el programa que incluía exposición, el porcentaje de mujeres universitarias fue mayor (17,9% frente a 0%).

Por otro lado, en la tabla 7.8 se encuentran reseñadas las diferencias entre grupos en las variables referentes a la historia de violencia doméstica. Únicamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en dos variables: en la presencia de atención psicológica o psiquiátrica por causa de la violencia doméstica, y en el tipo de medicación consumida.

Con respecto a la primera de ellas, entre las participantes en el programa con exposición, se encontró un mayor porcentaje de mujeres (46,4%) que había recibido atención psicológica previa a la participación en este estudio; en el programa con habilidades de comunicación, se vio que solamente un 8% recibía atención psicológica ($\chi^2_1=9,611$; $p<0,01$).

En cuanto al tipo de medicación, se puede decir que, en conjunto había un consumo mayor de fármacos entre las mujeres del programa con exposición (53,6%), respecto al de las participantes en el programa que incluía habilidades de comunicación (36%). Teniendo en cuenta únicamente estos porcentajes, es decir, las mujeres que consumían medicación ($n=9$, en el programa A, y $n=15$, en el programa B), se vieron diferencias en el consumo de antidepresivos (66,6%, en el programa de exposición, y 22,2%, en el de habilidades de comunicación), y ansiolíticos (77,8% en el programa de habilidades de comunicación, y 20% en el que incluía exposición). Las diferencias en el consumo de analgésicos no fueron tan marcadas (13,3% en el programa de exposición, frente al 0% en el programa de habilidades de comunicación).

Tabla 7.8. Homogeneidad de los grupos (programas A y B): características de la historia de violencia doméstica

	HH. CC. (n=25)	Exposición (n=28)	F _(g) /χ ² _{gl}
Convive con el agresor (%)	36	32,1	χ ² ₁ =0,088
Depende económicamente del agresor (%)	40	42,9	χ ² ₁ =0,044
Duración de la violencia doméstica	M (DT) <i>Rango</i> 14,04 (13,33) 1-42	10,61 (10,42) 1-32	F _{(1,51)}} =1,103
Frecuencia de la violencia en el último mes (%)			
Nada	28	21,4	χ ² ₃ =2,813
A diario	36	53,6	
Una vez a la semana	20	7,1	
Una vez al mes	16	17,9	
Estado actual del problema (%)			
Es el peor momento	48	32,1	χ ² ₂ =1,390
Nivel intermedio	36	46,4	
Es el momento menos malo	16	21,4	
Tipo de violencia doméstica (%)			
Psicológico	44	21,4	χ ² ₄ =7,339
Físico	8	3,6	
Físico y psicológico	32	67,9	
Físico y sexual	4	-	
Psicológico, físico y sexual	12	7,1	
Ha denunciado (%)	60	53,6	χ ² ₁ =0,222
Número de denuncias (%)	(n=15)	(n=15)	
Una	53,3	60	χ ² ₂ =2,359
Dos	26,7	6,7	
Más de tres	20,01	33,3	
Ha tenido que salir de su hogar a causa de la violencia (%)	60	60,7	χ ² ₁ =0,003
Número de salidas del hogar (%)	(n=15)	(n=17)	
1-2 veces	73,3	64,7	χ ² ₂ =3,890
3-5 veces	13,35	35,3	
> 6 veces	13,35	-	
Lugar en el que se ha quedado durante la salida del hogar (%)	(n=15)	(n=17)	
Casa familia/amigos	73,3	58,9	χ ² ₂ =4,719
Casa acogida/refugio	13,35	41,1	
Nuevo domicilio	13,35	-	
Consideración de la salida del hogar (%)	(n=15)	(n=17)	
Temporal	53,3	58,9	χ ² ₁ =0,098
Definitiva	46,7	41,1	
Ha sufrido violencia doméstica de forma previa (%)	28	14,3	χ ² ₁ =1,510
Ha sufrido violencia doméstica algún miembro de su familia (%)	28	28,6	χ ² ₁ =0,002
Ha recibido atención médica a causa de la violencia doméstica (%)	16	35,7	χ ² ₁ =2,641
Ha recibido atención psicológica o psiquiátrica a causa de la violencia (%)	8	46,4	χ ² ₁ =9,612**
Toma medicación a causa de la violencia doméstica (%)	36	53,6	χ ² ₁ =1,646
Tipo de medicación (%)	(n=9)	(n=15)	
Antidepresivos	22,2	66,6	χ ² ₂ =7,929*
Ansiolíticos	77,8	20	
Analgésicos	-	13,3	
Cuenta con apoyo familiar (%)	72	78,6	χ ² ₁ =0,308
Cuenta con apoyo social (%)	48	64,3	χ ² ₁ =1,426
Cuenta con apoyo legal (%)	56	42,9	χ ² ₁ =0,913

*p<0,05

**p<0,01

Al igual que en la descripción general de la muestra, en el análisis de diferencias en sintomatología se han considerado variables psicológicas, psicosociales, y salud física. Se presentan en la tabla 7.9 los resultados relativos a la salud psicológica (agrupada en función de características generales, sintomatología postraumática y asociada).

Tabla 7.9. Homogeneidad de los grupos (programas A y B): salud psicológica

Variables	HH.CC. (n=25)	Exposición (n=28)	F _(gl) /χ ² _{gl}
Ha sufrido alguna vez un trastorno psicológico (%)	24	53,6	χ ² ₁ =4,828*
Tipo de trastorno psicológico (%)	(n=6)	(n=15)	
Trastornos depresivos	33,3	86,7	
Trastornos de ansiedad	33,3	6,6	χ ² ₃ =12,395*
Trastornos de la alimentación	-	6,6	
Otros	33,3	-	
¿Ha recibido atención psicológica o psiquiátrica por estos trastornos? (%)	(n=6)	(n=15)	χ ² ₁ =1,607
	83,3	66,7	
Sintomatología postraumática M (DT)	16,08 (4,79)	14,86 (6,51)	F _(1,51) =0,593
Categorización de la sintomatología postraumática según <i>EGS</i> (%)			
SEPT	60	28,6	χ ² ₁ =5,31*
Síntomas aislados	40	71,4	
Reexperimentación			
%	76	46,4	χ ² ₁ =4,828*
M (DT)	5,64 (3,12)	4,21 (3,11)	F _(1,51) =2,758
Evitación			
%	32	28,6	χ ² ₁ =0,074
M (DT)	4,76 (2,26)	5,39 (3,50)	F _(1,51) =0,595
Hiperactivación			
%	56	46,4	χ ² ₁ =0,484
M (DT)	5,68 (3,02)	5,25 (2,71)	F _(1,51) =0,297
Pensamientos postraumáticos M (DT)	10,72 (7,34)	7,39 (6,03)	F _(1,51) =3,271
Síntomas depresivos según <i>BDI</i> M (DT)	32,40 (12,86)	24,18 (14,03)	F _(1,51) =4,901*
Categorización síntomas depresivos según <i>BDI</i> (%)			
Depresión mínima	16	17,9	
Depresión leve	-	14,3	χ ² ₃ =7,704
Depresión moderada	16	32,1	
Depresión grave	68	35,7	
Ideación suicida (%)	40	60,7	χ ² ₁ =2,268
Síntomas de ansiedad según <i>BAI</i> M (DT)	26,76 (13,83)	24,48 (12,54)	F _(1,51) =0,357
Categorización de los síntomas de ansiedad según <i>BAI</i> (%)			
Ansiedad normal	4	17,9	
Ansiedad leve-moderada	28	17,9	χ ² ₃ =2,892
Ansiedad moderada-grave	32	28,6	
Ansiedad grave	36	35,7	
Consumo de alcohol M (DT) %	0,12 (0,59)	0,14 (0,44)	F _(1,51) =0,025
	4,5	3,7	χ ² ₁ =0,022
Autoestima M (DT)	27,04 (4,06)	28 (3,45)	F _(1,51) =0,863
Sintomatología psicopatológica según <i>BSI</i> M (DT)			
Somatización	1,54 (1,08)	1,36 (0,98)	F _(1,51) =0,379
Obsesión-compulsión	1,83 (1,36)	1,83 (1)	F _(1,51) =0
Sensibilidad interpersonal	1,72 (1,23)	1,30 (1,08)	F _(1,51) =1,719
Depresión	2,13 (1,25)	1,66 (1,01)	F _(1,51) =2,235
Ansiedad ^a	1,89 (1,23)	1,74 (0,87)	F _(1,51) =0,260
Hostilidad ^a	1,18 (1,02)	0,83 (0,51)	F _(1,51) =2,528
Ansiedad fóbica	1,17 (1,12)	1,14 (0,95)	F _(1,51) =0,013
Ideación paranoide	1,82 (1,08)	1,34 (0,8)	F _(1,51) =3,285
Psicoticismo ^a	1,47 (1,25)	1,19 (0,83)	F _(1,51) =0,982
<i>CSI</i> ^a	1,69 (1,08)	1,42 (0,71)	F _(1,51) =1,201
Expresión de la Ira según <i>STAXI</i> M (DT)			
Control externo ^a	2,59 (0,79)	2,93 (0,6)	F _(1,51) =3,139
Control interno ^a	2,40 (0,95)	2,22 (0,72)	F _(1,51) =0,605
Expresión externa	1,75 (0,44)	1,56 (0,43)	F _(1,51) =2,583
Expresión interna	2,03 (0,48)	2,03 (0,45)	F _(1,51) =0,001
<i>IEP</i> ^a	34,8 (1,76)	34,44 (1,15)	F _(1,51) =0,788

^a No se cumple el supuesto de homogeneidad de las varianzas.

*p<0,05

Solamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en algunas de estas variables. En primer lugar, en el hecho de haber sufrido en algún momento un trastorno psicológico, y en el tipo de trastorno concreto. En relación con la primera, se vio

que en la condición experimental con exposición, el porcentaje era mayor (53,6% frente a 24%). En este mismo programa y, en cuanto al tipo de trastorno sufrido, la mayor diferencia se vio en el diagnóstico de trastorno depresivo (86,7% frente a 33,3%, en las participantes del programa de habilidades de comunicación). Ambas variables presentaron una significación inferior a 0,05.

Por otro lado, atendiendo a la categorización de los criterios diagnósticos del TEPT (SEPT o sintomatología postraumática aislada), se encontraron también diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$). En el programa con habilidades de comunicación, el 60% presentaba sintomatología suficiente para el SEPT, mientras que sólo el 28,6% de programa de exposición cumplía esta categoría.

Se detectaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al porcentaje de mujeres que presentaban sintomatología de reexperimentación (76% en el programa con habilidades de comunicación frente al 46,4% en el programa de exposición; $p < 0,05$), y en la gravedad de los síntomas de depresión. Las mujeres asignadas al tratamiento en grupo con habilidades de comunicación presentaron niveles de sintomatología depresiva superiores a las que participaron en el programa con exposición ($M = 32,40$; $DT = 12,86$, y $M = 24,18$; $DT = 14,03$, respectivamente).

Se realizó también un análisis detallado de los síntomas postraumáticos (véase tabla 7.10), y se compararon ambos grupos en función del cumplimiento de cada uno de los 17 síntomas que definen el TEPT.

Tabla 7.10. Homogeneidad de los grupos (programas A y B): síntomas postraumáticos

Síntomas postraumáticos	HH.CC. (n=25)	Exposición (n=28)	χ^2_{gl}
Reexperimentación			
Recuerdos intrusivos	35,7	48	$\chi^2_{1} = 0,821$
Sueños intrusivos	24	14,3	$\chi^2_{1} = 0,814$
Flashbacks	8	7,1	$\chi^2_{1} = 0,014$
Malestar psicológico	60	39,3	$\chi^2_{1} = 2,268$
Malestar fisiológico	48	46,4	$\chi^2_{1} = 0,013$
Evitación			
Evitar pensar, sentir...	28	32,1	$\chi^2_{1} = 0,108$
Evitar actividades, lugares...	36	35,7	$\chi^2_{1} = 0$
Amnesia	4	7,1	$\chi^2_{1} = 0,244$
Desinterés por actividades	16	42,9	$\chi^2_{1} = 4,520^*$
Sentirse enajenado, separado	17,9	20	$\chi^2_{1} = 0,04$
Anestesia afectiva	24	39,3	$\chi^2_{1} = 1,416$
Futuro desolador	16	17,9	$\chi^2_{1} = 0,032$
Hiperactivación			
Insomnio	32,1	36	$\chi^2_{1} = 0,088$
Ira, irritabilidad	40	21,4	$\chi^2_{1} = 2,161$
Dificultades de concentración	40	50	$\chi^2_{1} = 0,533$
Hipervigilancia	28	28,6	$\chi^2_{1} = 0,002$
Respuesta de sobresalto	40	42,9	$\chi^2_{1} = 0,044$

* $p < 0,05$

Se comprobó que existían diferencias estadísticamente significativas solamente en uno de los *items* de la subescala de evitación: desinterés por actividades y apatía ($p < 0,05$). El porcentaje de mujeres que lo presentaban fue mayor en el programa con exposición (42,9%, frente a 16% en el programa de habilidades de comunicación). En el resto de síntomas, las diferencias en ambos grupos no alcanzaron un nivel de significación estadística.

En cuanto a variables psicosociales y problemas de funcionamiento cotidiano, los dos grupos fueron totalmente homogéneos. En la tabla 7.11 pueden verse las puntuaciones medias para cada área afectada.

Tabla 7.11. Homogeneidad de los grupos (programas A y B): variables psicosociales

Variables	HH.CC. (n=25)	Exposición (n=28)	F _(g)
Problemas de funcionamiento en la vida cotidiana ^a M (DT)	3,95 (1,32)	4,32 (1,88)	F _{(1,51)}} =0,502
Consulta profesional de la salud (%)	0,8 (0,4)	0,79 (0,41)	F _{(1,51)}} =0,016
Toma medicación más de una vez por semana (%)	0,44 (0,5)	0,5 (0,5)	F _{(1,51)}} =0,191
Toma alcohol y/o drogas por estos problemas ^a (%)	0,16 (0,37)	0,07 (0,26)	F _{(1,51)}} =1,032
Estos problemas han afectado a su vida laboral o académica (%)	0,68 (0,47)	0,68 (0,47)	F _{(1,51)}} =0
Estos problemas han afectado a sus relaciones sociales (%)	0,56 (0,5)	0,67 (0,48)	F _{(1,51)}} =0,790
Estos problemas han afectado a su relación de pareja ^a (%)	0,72 (0,45)	0,89 (0,31)	F _{(1,51)}} =2,578
Estos problemas han afectado a otros aspectos importantes de su vida (%)	0,76 (0,43)	0,85 (0,36)	F _{(1,51)}} =0,705

^a No se cumple el supuesto de homogeneidad de las varianzas.

Finalmente, en cuanto a la salud física, se comprobó que existían diferencias en la presencia de problemas graves de salud. El porcentaje de mujeres con alteraciones en la salud fue mayor en el programa que incluía el entrenamiento en habilidades de comunicación (un 44% presentaba este tipo de problemas frente al 14,3% de las mujeres que se incluyeron en el programa con exposición - $p < 0,05$ -) (véase la tabla 7.12). Las diferencias en el tipo de problema de salud no resultaron estadísticamente significativas.

Tabla 7.12. Homogeneidad de los grupos (programas A y B): salud física

Variables	HH.CC. (n=25)	Exposición (n=28)	χ^2_{gl}
Tiene problemas de salud (%)	44	14,3	$\chi^2_{1}=5,747^*$
Tipo de problema de salud (%)	(n=12)	(n=4)	
Problemas de huesos	27,3	-	$\chi^2_{4}=9,639$
Problemas digestivos	27,3	75	
Problemas neurológicos	27,3	-	
Problemas de corazón	9,09	-	
Problemas endocrinos	18,1	25	

2.1.2. Análisis de la Eficacia de los Programas A y B

2.1.2.1. Determinación de las Mejorías a lo Largo del Tiempo en los Programas A y B

Analizando de forma somera las puntuaciones obtenidas a lo largo del tiempo, se observa una mejoría general en los dos programas con respecto a la gravedad de los síntomas postraumáticos, síntomas asociados, y las variables psicosociales o de funcionamiento en la vida cotidiana.

En este apartado se analizan los resultados relativos a los efectos de la intervención a lo largo del postratamiento y de los cuatro seguimientos fijados al mes, tres, seis y doce meses. La presentación de estos resultados se desdobra en función de la consideración de la evolución de los cambios pre-post, y la evolución de los cambios pre-seguimientos.

a. Cambios Pre-Postratamiento en los Programas A y B

Se realizaron ANOVAs-MR en un diseño mixto con un factor intergrupo (programa con exposición y programa con habilidades de comunicación) y un factor intrasujeto (dos niveles: pre y postratamiento) para las variables cuantitativas (sintomatología psicológica y psicosocial), y una prueba χ^2 de Pearson para las variables cualitativas (todas ellas, variables psicosociales, referentes al funcionamiento en la vida cotidiana), incluyendo la corrección estadística de McNemar.

i. Síntomas Postraumáticos y Asociados

Al comparar las puntuaciones relativas a la sintomatología de las mujeres de los programas A y B en los dos momentos de medida, se constató una mejoría generalizada. Las diferencias intrasujeto resultaron estadísticamente significativas en una gran parte de las variables, en concreto, en sintomatología postraumática (incluyendo los tres criterios DSM, -reexperimentación, evitación e hiperactivación-), síntomas depresivos, de ansiedad, y psicopatológicos (subescalas de somatización, obsesión-compulsión, depresión, ansiedad y ansiedad fóbica, así como el *CSI*), y en la subescala de control interno de la ira e *IEI* (véase tabla 7.13). No se obtuvieron cambios intrasujeto significativos en la gravedad de los pensamientos postraumáticos distorsionados, en el consumo de alcohol, o el nivel de autoestima.

Asimismo, se constataron niveles estadísticamente significativos en la interacción tiempo x programa en los síntomas de reexperimentación y en autoestima, así como

cambios intergrupo significativos en cuanto a la mejora de la ideación paranoide y la expresión externa de la ira ($p < 0,05$).

Tabla 7.13. Cambios pre-post en sintomatología comparando los programas A y B (ANOVAs 2x2)

Variables	Contrastes		
	Intrasujeto	Intergrupo	Interacción tiempo x programa
Sintomatología postraumática según <i>EGS</i>	$F_{(1,37)} = 100,86^{**}$	$F_{(1,37)} = 1,021$	$F_{(1,37)} = 0,021$
Reexperimentación	$F_{(1,37)} = 38,611^{**}$	$F_{(1,37)} = 0,013$	$F_{(1,37)} = 6,977^*$
Evitación	$F_{(1,37)} = 40,704^{**}$	$F_{(1,37)} = 0,000$	$F_{(1,37)} = 2,884$
Hiperactivación	$F_{(1,37)} = 41,054^{**}$	$F_{(1,37)} = 3,598$	$F_{(1,37)} = 0,448$
Pensamientos postraumáticos	$F_{(1,37)} = 3,840$	$F_{(1,37)} = 5,665^*$	$F_{(1,37)} = 0,080$
Síntomas depresivos según <i>BDI</i>	$F_{(1,37)} = 29,012^{**}$	$F_{(1,37)} = 5,067^*$	$F_{(1,37)} = 0,598$
Síntomas de ansiedad según <i>BAI</i>	$F_{(1,37)} = 12,062^{**}$	$F_{(1,37)} = 0,274$	$F_{(1,37)} = 0,286$
Consumo de alcohol ^a	$F_{(1,37)} = 0,681$	$F_{(1,37)} = 1,742$	$F_{(1,37)} = 0,339$
Autoestima	$F_{(1,37)} = 0,214$	$F_{(1,37)} = 0,002$	$F_{(1,37)} = 4,201^*$
Sintomatología psicopatológica según <i>BSI</i>			
Somatización	$F_{(1,37)} = 15,221^{**}$	$F_{(1,37)} = 1,144$	$F_{(1,37)} = 0,004$
Obsesión-compulsión	$F_{(1,37)} = 5,000^*$	$F_{(1,37)} = 0,628$	$F_{(1,37)} = 2,623$
Sensibilidad interpersonal	$F_{(1,37)} = 3,261$	$F_{(1,37)} = 2,819$	$F_{(1,37)} = 0,546$
Depresión	$F_{(1,37)} = 12,774^{**}$	$F_{(1,37)} = 1,933$	$F_{(1,37)} = 1,339$
Ansiedad	$F_{(1,37)} = 11,249^{**}$	$F_{(1,37)} = 0,580$	$F_{(1,37)} = 0,001$
Hostilidad ^a	$F_{(1,37)} = 3,461$	$F_{(1,37)} = 4,033$	$F_{(1,37)} = 0,115$
Ansiedad fóbica	$F_{(1,37)} = 6,120$	$F_{(1,37)} = 0,817$	$F_{(1,37)} = 0,246$
Ideación paranoide	$F_{(1,37)} = 1,937$	$F_{(1,37)} = 4,617^*$	$F_{(1,37)} = 0,499$
Psicoticismo	$F_{(1,37)} = 3,497$	$F_{(1,37)} = 2,342$	$F_{(1,37)} = 0,086$
<i>CSI</i>	$F_{(1,37)} = 94,461^{**}$	$F_{(1,37)} = 1,900$	$F_{(1,37)} = 1,139$
Expresión de la Ira según <i>STAXI</i>			
Control externo	$F_{(1,37)} = 0,527$	$F_{(1,37)} = 1,962$	$F_{(1,37)} = 0,329$
Control interno ^a	$F_{(1,37)} = 6,675^*$	$F_{(1,37)} = 0,032$	$F_{(1,37)} = 1,061$
Expresión externa	$F_{(1,37)} = 0,664$	$F_{(1,37)} = 5,338^*$	$F_{(1,37)} = 0,209$
Expresión interna	$F_{(1,37)} = 3,910$	$F_{(1,37)} = 1,633$	$F_{(1,37)} = 0,721$
<i>IEI^a</i>	$F_{(1,37)} = 6,394^*$	$F_{(1,37)} = 2,242$	$F_{(1,37)} = 1,390$

^aNo se cumple el supuesto de homogeneidad de las varianzas.

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Las figuras 7.1 a 7.11 muestran de manera gráfica las diferencias observadas en el pre y el postratamiento en cada variable. Puede observarse que en todas ellas hay mejoras en las puntuaciones, que implican una mejoría de la sintomatología y una reducción del malestar psicológico.

De forma visual también se comprueba que, en muchas de ellas, el nivel de mejora es similar para los dos programas. Nótese que estas representaciones gráficas dejan ver líneas paralelas en la evolución pre-post de cada variable (e.g. en síntomas y pensamientos postraumáticos, síntomas depresivos, de forma bien marcada).

Figura 7.1. Evolución de los cambios pre-post en síntomas postraumáticos (programas A y B)

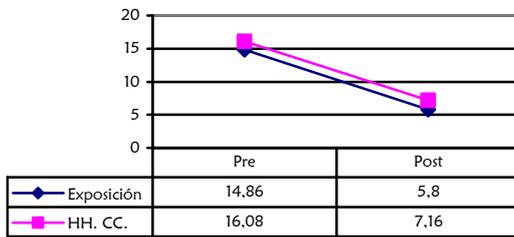


Figura 7.2. Evolución de los cambios pre-post en síntomas de reexperimentación (programas A y B)

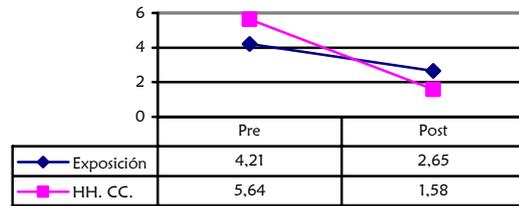


Figura 7.3. Evolución de los cambios pre-post en síntomas de evitación (programas A y B)

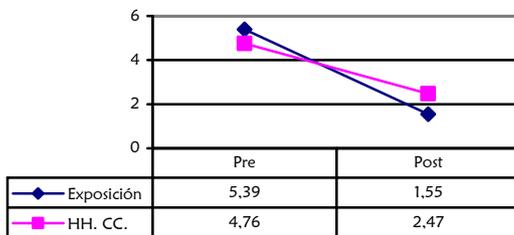


Figura 7.4. Evolución de los cambios pre-post en síntomas de hiperactivación (programas A y B)

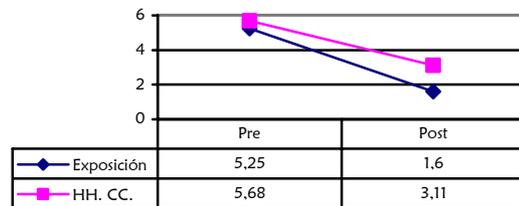


Figura 7.5. Evolución de los cambios pre-post en pensamientos postraumáticos (programas A y B)

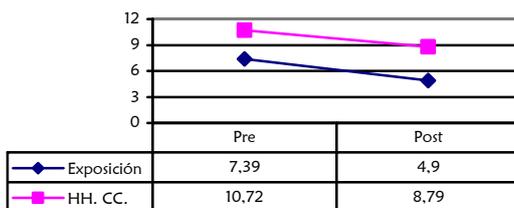


Figura 7.6. Evolución de los cambios pre-post en síntomas depresivos (programas A y B)

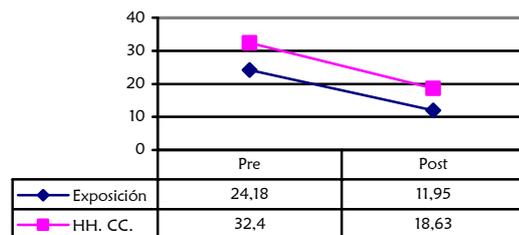


Figura 7.7. Evolución de los cambios pre-post en síntomas de ansiedad (programas A y B)

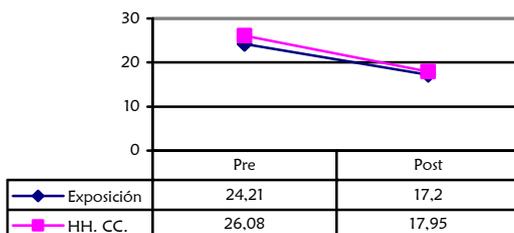


Figura 7.8. Evolución de los cambios pre-post en consumo de alcohol (programas A y B)

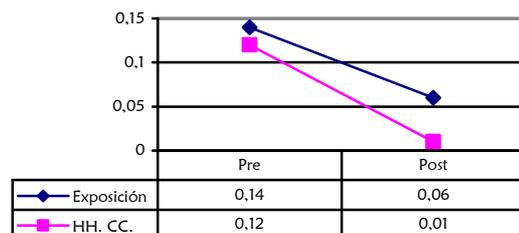


Figura 7.9. Evolución de los cambios pre-post en autoestima (programas A y B)

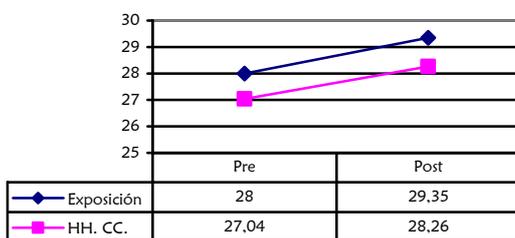


Figura 7.10. Evolución de los cambios pre-post en el *GSI* (programas A y B)

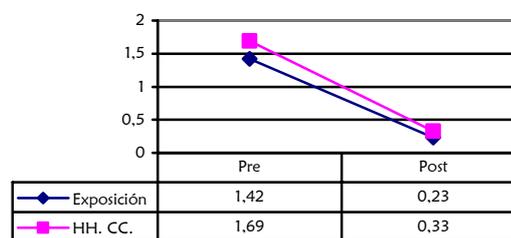
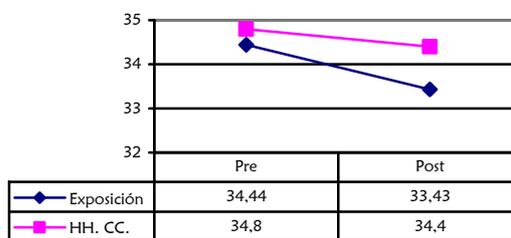


Figura 7.11. Evolución de los cambios pre-post en el *IEI* (programas A y B)



En ambos programas hay una clara disminución de la sintomatología postraumática, y de las puntuaciones en todas las subescalas de síntomas de TEPT. En el programa B (exposición), se vieron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$) en todas las variables relacionadas: síntomas postraumáticos ($t = -9,561$), reexperimentación ($t = -2,696$), evitación ($t = -3,514$) e hiperactivación ($t = -3,350$). En el programa que incluía entrenamiento en habilidades de comunicación, también se detectaron disminuciones similares ($p < 0,01$): síntomas postraumáticos ($t = -9,421$), reexperimentación ($t = 3,842$), evitación ($t = -2,579$), e hiperactivación ($t = -3,000$).

Por otro lado, hay una marcada disminución de síntomas depresivos en ambos programas ($t = -11,736$; $p < 0,01$, en exposición; $t = -13,421$; $p < 0,01$, en habilidades de comunicación). Se ve también una notabilísima disminución de la ideación suicida: ninguna mujer presenta ideas de suicidio tras participar en el programa de tratamiento.

En cuanto a la ansiedad, se producen mejoras en ambos programas aunque de forma más marcada en el que incluía exposición ($t = -2,416$; $p < 0,01$), que en el de habilidades de comunicación ($t = -9,684$; $p < 0,05$).

Son también significativas las reducciones en sintomatología psicopatológica según la escala *BSI*: somatización ($t=-0,197$; $p<0,01$, en exposición, y $t=-0,602$, $p<0,01$, en habilidades de comunicación), sensibilidad interpersonal (sólo en exposición, $t=-0,197$; $p<0,01$), depresión ($t=-0,177$; $p<0,01$, en exposición, y $t=-0,930$; $p<0,01$, en habilidades de comunicación), ansiedad (sólo en habilidades de comunicación, $t=-0,588$; $p<0,05$), y *GSI* ($t=-0,134$; $p<0,01$, en exposición, y $t=-1,448$; $p<0,01$), obsesión-compulsión (sólo en exposición, $t=-0,171$; $p<0,05$) y ansiedad fóbica (sólo en exposición, $t=-0,408$; $p<0,05$).

Entre las participantes en el programa de exposición se encontraron también diferencias notables en cuanto a la expresión de la ira: control interno ($t=-0,423$; $p<0,05$) e *IEI* ($t=-0,756$; $p<0,01$). Por otro lado, en este mismo grupo, se puede apreciar cierta estabilidad de la medida pre-post en la evolución de la expresión externa e interna de la ira, aspecto también común al programa de habilidades de comunicación.

Finalmente, en el programa de habilidades de comunicación, se mantiene casi idéntica la puntuación de la escala obsesión-compulsión, y para ambos programas, la medida en autoestima es también relativamente estable aunque presenta una tendencia a la mejoría, sin alcanzar significación estadística.

ii. Readaptación Psicosocial y Problemas de Funcionamiento en la Vida Cotidiana

El resultado del ANOVA reveló también diferencias intrasujeto estadísticamente significativas en la presencia de problemas de funcionamiento en la vida cotidiana ($F_{(1,37)}=17,689$; $p<0,01$). Con el fin de analizar los cambios intragrupo en el resto de variables de readaptación psicosocial, se consideraron las puntuaciones medias de cada área, es decir, la media de las respuestas afirmativas que dieron las participantes en cada área problema (que oscilaba entre 0 –No- y 1 –Sí-). Se vieron también diferencias intrasujeto estadísticamente significativas en la consulta a profesionales de la salud ($F_{(1,37)}=8,448$; $p<0,01$), y en la presencia de consecuencias negativas que interferían en su vida laboral o académica ($F_{(1,37)}=19,269$; $p<0,01$), en su relación de pareja ($F_{(1,37)}= 8,348$; $p<0,01$), o en otros aspectos de su vida ($F_{(1,37)}=8,316$; $p<0,01$). Los cambios intergrupo solamente resultaron significativos en el consumo de medicación más de una vez por semana ($F_{(1,37)}= 4,200$; $p<0,05$); la interacción no resultó significativa en ningún caso (véase tabla 7.14)

Tabla 7.14. Cambios pre-post en readaptación psicosocial y funcionamiento en la vida cotidiana comparando los programas A y B (ANOVAs 2x2)

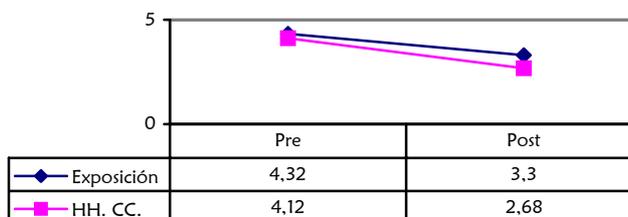
Variables	Contrastes		
	Intrasujeto	Intergrupo	Interacción tiempo x programa
Problemas de funcionamiento en la vida cotidiana	$F_{(1,37)}=17,689^{**}$	$F_{(1,37)}=3,428$	$F_{(1,37)}=0,087$
Consulta profesional de la salud	$F_{(1,37)}=8,448^{**}$	$F_{(1,37)}=0,325$	$F_{(1,37)}=0,026$
Toma medicación más de una vez por semana	$F_{(1,37)}=1,736$	$F_{(1,37)}=4,200^*$	$F_{(1,37)}=0,139$
Toma alcohol y/o drogas por estos problemas	$F_{(1,37)}=0,003$	$F_{(1,37)}=0,872$	$F_{(1,37)}=0,975$
Estos problemas han afectado a su vida laboral o académica	$F_{(1,37)}=19,629^{**}$	$F_{(1,37)}=2,810$	$F_{(1,37)}=0,419$
Estos problemas han afectado a sus relaciones sociales	$F_{(1,37)}=0,319$	$F_{(1,37)}=0,732$	$F_{(1,37)}=0,001$
Estos problemas han afectado a su relación de pareja	$F_{(1,37)}=8,348^{**}$	$F_{(1,37)}=2,559$	$F_{(1,37)}=2,439$
Estos problemas han afectado a otros aspectos importantes de su vida	$F_{(1,37)}=8,316^{**}$	$F_{(1,37)}=1,592$	$F_{(1,37)}=1,032$

* $p<0,05$

** $p<0,01$

Como se observa en la tabla, las mejoras estadísticamente significativas se vieron en ambos programas. No obstante, en cuanto a la presencia de problemas de funcionamiento en la vida cotidiana, las mayores diferencias se encontraron en el programa con habilidades de comunicación ($t=-1,350$; $p<0,01$, en exposición, frente a $t=-1,421$; $p<0,01$ en habilidades de comunicación) (véase figura 7.12).

Figura 7.12. Evolución de los cambios pre-post en problemas de funcionamiento en la vida cotidiana (programas A y B)



Se analizó también el cambio en la percepción de apoyo familiar y social. Para ello, se llevó a cabo un análisis de proporciones relacionadas para los dos momentos de medida mediante una prueba χ^2 y la corrección de McNemar. En el programa de exposición se detectó un aumento estadísticamente significativo ($p<0,05$) del apoyo social percibido (de 64,3% a 80%) y un descenso muy ligero de la percepción de apoyo familiar (78,6% a 75%). En el programa de habilidades de comunicación, se vio una disminución de la percepción de apoyo familiar (72 a 63,2%) que resultó estadísticamente significativa, y del apoyo social percibido, siendo este último, mínimo (48% a 47,4%). En la tabla 7.15 se

pueden ver los datos relativos al pre y post en estas medidas, así como los niveles de significación alcanzados.

Tabla 7.15. Percepción de apoyo familiar y social (valor del estadístico χ^2 y significación estadística a partir de la prueba de McNemar, pre-post), comparando los programas A y B.

Variables	HH.CC (n=25)			Exposición (n=28)		
	Pre	Post	χ^2	Pre	Post	χ^2
Apoyo familiar (%)	72	63,2	4,356*	78,6	75	0,029
Apoyo social (%)	48	47,4	0,028	64,3	80	6,343*

*p<0,05

b. Cambios en los Programas A y B en los Seguimientos

En este caso, se realizaron ANOVAs-MR en un diseño mixto con un factor intergrupo (los dos programas) y un factor intrasujeto (con seis niveles: pre, post, seguimiento uno, tres, seis y doce meses), y una prueba χ^2 de Pearson para las variables cualitativas, incluyendo la corrección de McNemar. Pueden observarse, también en este caso, las mejorías significativas a lo largo del tratamiento y seguimientos.

i. Síntomas Postraumáticos y Asociados

Tal y como se presenta en la tabla 7.16, se producen numerosas diferencias intrasujeto en los seguimientos. A excepción de la expresión de la ira, el resto permite comprobar que la mejora de la sintomatología se ha producido de forma estadísticamente significativa.

Por otro lado, también resultan significativos los cambios intergrupo en los pensamientos postraumáticos, síntomas depresivos, nivel de autoestima y expresión de la ira, así como la interacción tiempo x programa en los síntomas de hiperactivación.

Tabla 7.16. Cambios pre-seguimientos en sintomatología comparando los programas A y B (ANOVAs 2x6)

Variables	Contrastes		
	Intrasujeto	Intergrupo	Interacción tiempo x programa
Sintomatología postraumática según <i>EGS</i>	$F_{(1,34)}=204,927^{**}$	$F_{(1,34)}=1,263$	$F_{(1,34)}=3,075$
Reexperimentación	$F_{(1,34)}=66,797^{**}$	$F_{(1,34)}=0,306$	$F_{(1,34)}=0,151$
Evitación	$F_{(1,34)}=129,072^{**}$	$F_{(1,34)}=0,886$	$F_{(1,34)}=0,693$
Hiperactivación	$F_{(1,34)}=135,229^{**}$	$F_{(1,34)}=0,507$	$F_{(1,34)}=6,919^*$
Pensamientos postraumáticos	$F_{(1,34)}=12,147^{**}$	$F_{(1,34)}=8,238^*$	$F_{(1,34)}=1,192$
Síntomas depresivos según <i>BDI</i>	$F_{(1,34)}=62,092^{**}$	$F_{(1,34)}=5,958^*$	$F_{(1,34)}=3,013$
Síntomas de ansiedad según <i>BAI</i>	$F_{(1,34)}=67,010^{**}$	$F_{(1,34)}=0,666$	$F_{(1,34)}=0,496$
Consumo de alcohol ^a	$F_{(1,34)}=4,740^*$	$F_{(1,34)}=1,961$	$F_{(1,34)}=2,695$
Autoestima	$F_{(1,34)}=8,550^{**}$	$F_{(1,34)}=7,332^*$	$F_{(1,34)}=1,430$
<i>GSI</i>	$F_{(1,34)}=86,961^{**}$	$F_{(1,34)}=2,188$	$F_{(1,34)}=1,910$
<i>IEP</i>	$F_{(1,34)}=0,139$	$F_{(1,34)}=11,194^{**}$	$F_{(1,34)}=3,817$

^aNo se cumple el supuesto de homogeneidad de las varianzas.

*p<0,05

**p<0,01

Hay una mejoría significativa en los síntomas postraumáticos en función del paso del tiempo. En las figuras 7.13 a 7.17 se muestra cuál fue la evolución seguida por la sintomatología general, así como la de los síntomas de reexperimentación, evitación, hiperactivación y pensamientos postraumáticos. Gráficamente puede verse la disminución de la gravedad conseguida en todos los momentos de medida.

Con el fin de determinar en qué momento del seguimiento se producían los cambios, se realizó un análisis de las comparaciones intrasujeto. Se comprobó que las diferencias resultaban estadísticamente significativas entre el pretratamiento y todos los momentos de medida en todas las variables citadas, excepto en el caso de las diferencias pre-post en los pensamientos postraumáticos (cuya modificación ya se señaló en el apartado anterior) (véanse tablas 7.17 a 7.21).

Figura 7.13. Evolución de los cambios pre-seguimiento en síntomas postraumáticos (programas A y B)

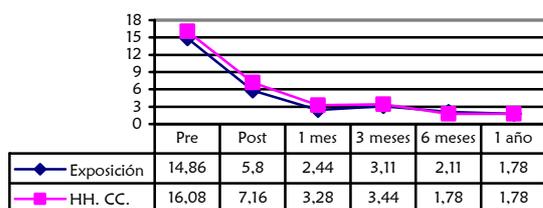


Tabla 7.17. Comparaciones múltiples pre-seguimiento: síntomas postraumáticos (programas A y B).

Comparaciones Intrasujeto	Contrastes y significación
Pre-post	t=8,639**
Pre-seguimiento 1 mes	t=12,306**
Pre-seguimiento 3 meses	t= 11,889**
Pre-seguimiento 6 meses	t=13,222**
Pre-seguimiento 12 meses	t=13,389**

**p<0,01

Figura 7.14. Evolución de los cambios pre-seguimiento en reexperimentación (programas A y B)

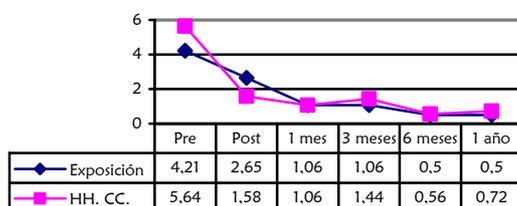


Tabla 7.18. Comparaciones múltiples pre-seguimiento: síntomas de reexperimentación (programas A y B).

Comparaciones Intrasujeto	Contrastes y significación
Pre-post	t=2,472**
Pre-seguimiento 1 mes	t=3,472**
Pre-seguimiento 3 meses	t=3,278**
Pre-seguimiento 6 meses	t=4,000**
Pre-seguimiento 12 meses	t=3,917**

**p<0,01

Figura 7.15. Evolución de los cambios pre-seguimiento en evitación (programas A y B)

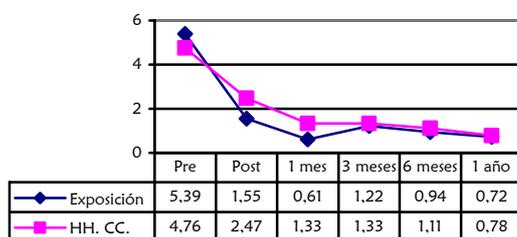


Figura 7.16. Evolución de los cambios pre-seguimiento en hiperactivación (programas A y B)

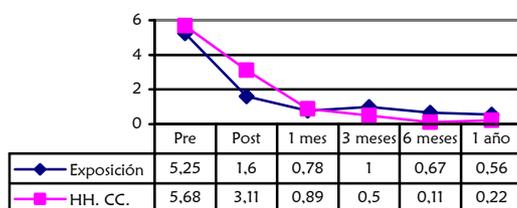


Figura 7.17. Evolución de los cambios pre-seguimiento en pensamientos postraumáticos (programas A y B)

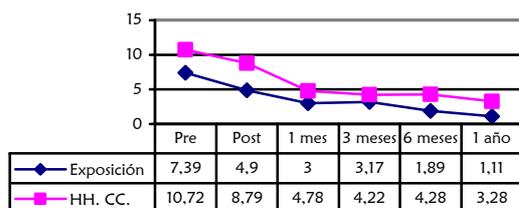


Tabla 7.19. Comparaciones múltiples pre-seguimiento: síntomas de evitación (programas A y B).

Comparaciones Intrasujeto	Contrastes y significación
Pre-post	t=3,111**
Pre-seguimiento 1 mes	t=4,167**
Pre-seguimiento 3 meses	t=3,861**
Pre-seguimiento 6 meses	t=4,111**
Pre-seguimiento 12 meses	t=4,389**

**p<0,01

Tabla 7.20. Comparaciones múltiples pre-seguimiento: síntomas de hiperactivación (programas A y B).

Comparaciones Intrasujeto	Contrastes y significación
Pre-post	t=3,056**
Pre-seguimiento 1 mes	t=4,667**
Pre-seguimiento 3 meses	t=4,750**
Pre-seguimiento 6 meses	t=5,111**
Pre-seguimiento 12 meses	t=5,111**

**p<0,01

Tabla 7.21. Comparaciones múltiples pre-seguimiento: pensamientos postraumáticos (programas A y B).

Comparaciones Intrasujeto	Contrastes y significación
Pre-post	t=2,500
Pre-seguimiento 1 mes	t=4,722**
Pre-seguimiento 3 meses	t=4,917**
Pre-seguimiento 6 meses	t=5,528**
Pre-seguimiento 12 meses	t=6,417**

**p<0,01

En cuanto a la sintomatología asociada (síntomas depresivos y de ansiedad), los resultados obtenidos son muy similares a los anteriores: la reducción de los síntomas resulta estadísticamente significativa con el paso del tiempo. De este modo, las mejoras obtenidas en el postratamiento se mantienen a lo largo de los seguimientos llegando a su máxima mejoría en el seguimiento a los 12 meses. En las figuras 7.18 y 7.19 se muestran gráficamente estos resultados. Por otro lado, las tablas 7.22 y 7.23 presentan las comparaciones intrasujeto y su nivel de significación estadística.

Figura 7.18. Evolución de los cambios pre-seguimiento en síntomas depresivos (programas A y B)

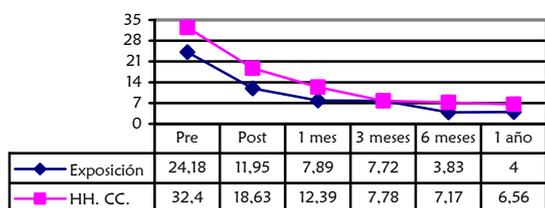


Figura 7.19. Evolución de los cambios pre-seguimiento en síntomas de ansiedad (programas A y B)

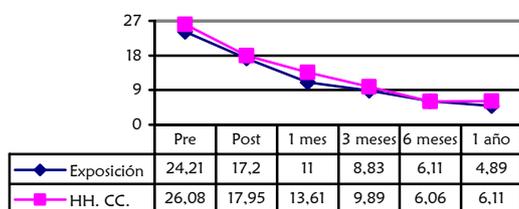


Tabla 7.22. Comparaciones múltiples pre-seguimiento: síntomas depresivos (programas A y B).

Comparaciones Intrasujeto	Contrastes y significación
Pre-post	t=11,806**
Pre-seguimiento 1 mes	t=16,611**
Pre-seguimiento 3 meses	t=19,000**
Pre-seguimiento 6 meses	t=21,250**
Pre-seguimiento 12 meses	t=21,472**

**p<0,01

Tabla 7.23. Comparaciones múltiples pre-seguimiento: síntomas de ansiedad (programas A y B).

Comparaciones Intrasujeto	Contrastes y significación
Pre-post	t=7,944*
Pre-seguimiento 1 mes	t=12,861**
Pre-seguimiento 3 meses	t=15,806**
Pre-seguimiento 6 meses	t=19,083**
Pre-seguimiento 12 meses	t=19,667**

*p<0,05

**p<0,01

Los resultados, por el contrario, son diferentes en el caso del consumo de alcohol. Es más, si bien, las puntuaciones son muy bajas en todos los momentos de medida (nótese que el rango del cuestionario *CAGE* oscilaba entre los 0 y 4 puntos, y la media no supera en ningún caso la puntuación de 0,3) se observa un ligero aumento del consumo al finalizar la intervención (véase figura 7.20). Por otro lado, los cambios solamente resultaron estadísticamente significativos en la reducción pre-post. A pesar del aumento posterior de la sintomatología, no se constató que fuera estadísticamente significativo (véase la tabla 7.24).

Figura 7.20. Evolución de los cambios pre-seguimiento en consumo de alcohol (programas A y B)

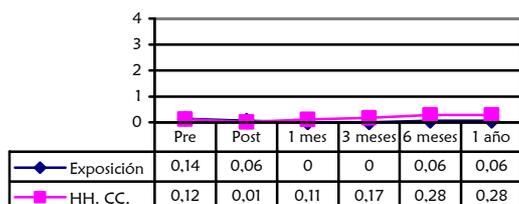


Tabla 7.24. Comparaciones múltiples pre-seguimiento: consumo de alcohol (programas A y B).

Comparaciones Intrasujeto	Contrastes y significación
Pre-post	t=2,083*
Pre-seguimiento 1 mes	t=-5,556
Pre-seguimiento 3 meses	t=-8,333
Pre-seguimiento 6 meses	t=-0,167
Pre-seguimiento 12 meses	t=-0,167

*p<0,05

**p<0,01

En el caso de la autoestima, se observa un aumento continuado, que supone una mejora, desde el pretratamiento hasta el seguimiento a los doce meses en los dos programas (véase figura 7.21). El análisis de las diferencias intrasujeto reveló cierto nivel de significación estadística únicamente en las comparaciones pre-seguimiento un mes y pre-seguimiento tres meses. En el resto, se mantuvo la tendencia al aumento de la autoestima aunque no se alcanzó el nivel de significación estadística (véase tabla 7.25).

Figura 7.21. Evolución de los cambios pre-seguimiento en autoestima (programas A y B)

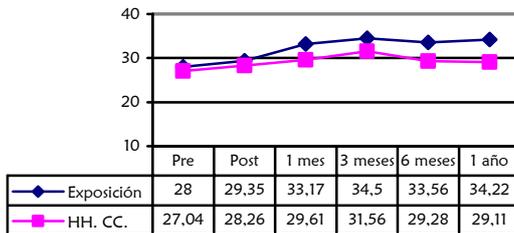


Tabla 7.25. Comparaciones múltiples pre-seguimiento: autoestima (programas A y B).

Comparaciones Intrasujeto	Contrastes y significación
Pre-post	t=-0,944
Pre-seguimiento 1 mes	t=-3,361*
Pre-seguimiento 3 meses	t=-5,000**
Pre-seguimiento 6 meses	t=-3,389
Pre-seguimiento 12 meses	t=-3,639

*p<0,05

**p<0,01

Al analizar la sintomatología psicopatológica, se tuvo en cuenta únicamente la evolución del *GSI* para determinar los cambios en esta variable puesto que el resto de medidas se encuentran incluidas en este índice. Como puede observarse en la figura 7.22, la disminución de la sintomatología fue relativamente constante desde la evaluación postratamiento hasta el último seguimiento. Se vio un ligero repunte de la gravedad en la evaluación de seguimiento al mes. Sin embargo, con respecto a la evaluación pretratamiento, todas las diferencias resultaron estadísticamente significativas (véase tabla 7.26).

Figura 7.22. Evolución de los cambios pre-seguimiento en el *GSI* (programas A y B)

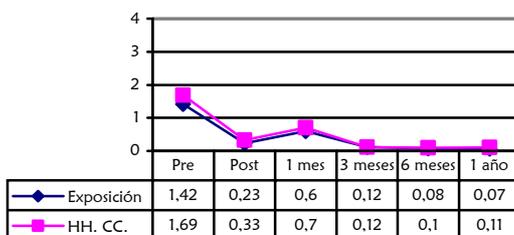


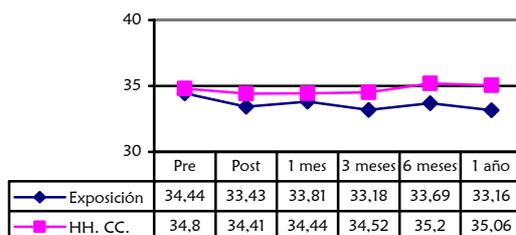
Tabla 7.26. Comparaciones múltiples pre-seguimiento: *GSI* (programas A y B).

Comparaciones Intrasujeto	Contrastes y significación
Pre-post	t=1,262**
Pre-seguimiento 1 mes	t=0,884**
Pre-seguimiento 3 meses	t=1,413**
Pre-seguimiento 6 meses	t=1,442**
Pre-seguimiento 12 meses	t=1,441**

**p<0,01

Finalmente, también en el caso de la expresión de la ira se tuvo en cuenta únicamente el valor del *IEI*. En este caso, y tal como puede muestra la figura 7.23, se observa cierto mantenimiento de la medida. Como se apuntó anteriormente, no existieron diferencias intrasujeto estadísticamente significativas en ningún momento de medida.

Figura 7.23. Evolución de los cambios pre-seguimiento en el *IEI* (programas A y B)



ii. Readaptación Psicosocial y Problemas de Funcionamiento en la Vida Cotidiana

Se constataron diferencias a lo largo de la intervención. Como puede observarse en la tabla 7.27, los cambios intragrupo son estadísticamente significativos ($p < 0,01$) en todos los casos excepto en el uso de medicación más de una vez por semana, o en el consumo de alcohol como estrategia de afrontamiento ante el malestar generado por la vivencia de violencia doméstica. Por otro lado, la interacción tiempo x programa resulta estadísticamente significativa en las consultas a profesionales de la salud.

Tabla 7.27. Cambios pre-seguimientos en readaptación psicosocial comparando los programas A y B (ANOVAs 2x6)

Variables	Contrastes		
	Intrasujeto	Intergrupo	Interacción tiempo x programa
Problemas de funcionamiento en la vida cotidiana	$F_{(1,34)} = 53,944^{**}$	$F_{(1,34)} = 0,161$	$F_{(1,34)} = 1,375$
Consulta profesional de la salud	$F_{(1,34)} = 34,072^{**}$	$F_{(1,34)} = 0,898$	$F_{(1,34)} = 5,611^*$
Toma medicación más de una vez por semana	$F_{(1,34)} = 0,618$	$F_{(1,34)} = 0,721$	$F_{(1,34)} = 0,298$
Toma alcohol y/o drogas por estos problemas	$F_{(1,34)} = 3,424$	$F_{(1,34)} = 2,495$	$F_{(1,34)} = 0,629$
Estos problemas han afectado a su vida laboral o académica	$F_{(1,34)} = 40,512^{**}$	$F_{(1,34)} = 0,337$	$F_{(1,34)} = 0,560$
Estos problemas han afectado a sus relaciones sociales	$F_{(1,34)} = 13,896^{**}$	$F_{(1,34)} = 0,886$	$F_{(1,34)} = 0,01$
Estos problemas han afectado a su relación de pareja	$F_{(1,34)} = 18,603^{**}$	$F_{(1,34)} = 0,186$	$F_{(1,34)} = 1,801$
Estos problemas han afectado a otros aspectos importantes de su vida	$F_{(1,34)} = 20,352^{**}$	$F_{(1,34)} = 0,440$	$F_{(1,34)} = 0,061$

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Además, en la figura 7.24 se representa gráficamente la evolución pre-seguimiento de la variable índice de problemas de funcionamiento en la vida cotidiana. Hasta el

seguimiento al tercer mes parece que hay una mejora mayor en el programa de habilidades de comunicación. Sin embargo, a largo plazo (seguimientos 6 y 12 meses), las mejores puntuaciones se producen en el programa que incluía exposición. Por otro lado, el análisis posterior de las diferencias intrasujeto reveló la significación estadística en todos los momentos de medida (véase tabla 7.28).

Figura 7.24 Evolución de los cambios pre-seguimiento en funcionamiento cotidiano (programas A y B)

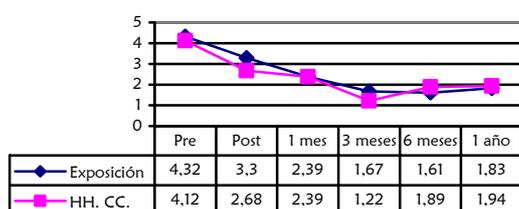


Tabla 7.28. Comparaciones múltiples pre-seguimiento: problemas de funcionamiento en la vida cotidiana (programas A y B).

Comparaciones Intrasujeto	Contrastes y significación
Pre-post	t=1,389**
Pre-seguimiento 1 mes	t=1,917**
Pre-seguimiento 3 meses	t=2,861**
Pre-seguimiento 6 meses	t=2,556**
Pre-seguimiento 12 meses	t=2,417**

**p<0,01

Se puede decir que tras la intervención, las participantes mantienen un funcionamiento cotidiano normalizado. Las puntuaciones en esta variable en el seguimiento son bajas (la media es inferior a dos en ambos programas). En cualquier caso, donde parece que pueden afectar más los problemas derivados de la historia de violencia doméstica es en la relación familiar y de pareja.

Las restantes variables de readaptación, en concreto, percepción de apoyo familiar y social, se analizan en su evolución cualitativa, esto es, atendiendo a los cambios que se han producido y teniendo en cuenta la dirección de los mismos. En este caso, la mera reducción o aumento de porcentajes no ofrece suficiente información acerca de la eficacia del tratamiento. Por ello se prefirió analizar cada una de las variables de forma individual y cualitativa. Los resultados se presentan en la tabla 7.29. Se constataron diferencias intrasujeto en los dos programas en la percepción de apoyo social postratamiento. Teniendo en cuenta la percepción del apoyo familiar, únicamente se vieron diferencias en el programa de exposición, en el postratamiento y seguimientos 1 y 3 meses (véanse casillas sombreadas en la tabla 7.29).

Tanto la percepción de apoyo social como de apoyo familiar es mayor al finalizar la intervención. Atendiendo a los resultados a los 12 meses de seguimiento, se comprueba que el 85,7% de las mujeres que ya contaban con apoyo familiar al inicio de la intervención en el programa de habilidades de comunicación, continúan percibiéndolo, aunque un 14,3%,

varía en su opinión. En cuanto al apoyo social, el 77,8% de las mujeres que ya contaban con él en el pretratamiento, continua pensando del mismo modo.

Tabla 7.29. Análisis de contingencias pre-seguimientos para la percepción de apoyo familiar y social (programas A y B).

		Pret.	Postratamiento		Seguimiento 1 mes		Seguimiento 3 meses		Seguimiento 6 meses		Seguimiento 12 meses	
			Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
			Apoyo familiar	HH. CC.	Sí	64,3%	35,7%	85,7%	14,3%	78,6%	21,4%	85,7%
No	60%	40%			75%	25%	100%	-	100%	-	100%	-
Exposición	Sí	86,7%		13,3%	100%	-	100%	-	100%	-	91,7%	8,3%
	No	40%		60%	60%	40%	40%	60%	100%	-	80%	20%
Apoyo social	HH. CC.	Sí	77,8%	22,2%	77,8%	22,2%	66,7%	33,3%	66,7%	33,3%	77,8%	22,2%
		No	80%	20%	44,4%	55,6%	55,5%	44,4%	55,5%	44,4%	100%	-
	Exposición	Sí	92,9%	7,1%	100%	-	75%	25%	100%	-	100%	-
		No	50%	50%	83,3%	16,7%	66,7%	33,3%	83,3%	16,7%	100%	-

Nota: el sombreado de las casillas la significación estadística en esos cambios ($p < 0,05$).

También al año de seguimiento, un 91,7% de las participantes del programa de exposición que afirmaba tener apoyo familiar al principio de la intervención, se mantiene en su percepción; el 8,3% restante, sin embargo, varía. En cuanto al apoyo social, los resultados son altamente alentadores: todas las mujeres que decían que no contaban con apoyo social al iniciar la intervención, sí cuentan con él en el seguimiento a los doce meses; y las que sí contaban con él en el pretratamiento, también cuentan con él en el seguimiento a los doce meses

Estos resultados pueden hacer alusión a un doble aspecto: bien al aumento real de apoyo por parte del entorno de las participantes, bien a un aumento de la percepción positiva de las mujeres hacia lo que les rodea. En cualquier caso, las dos conclusiones representan una mejora para la calidad de vida de las participantes.

2.1.2.2. Determinación de las Diferencias en Función del Tipo de Intervención (Programas A y B)

a. Diferencias entre los Programas A y B en el Postratamiento

Los dos programas presentan diferencias en su eficacia. Así lo muestran las diferencias intergrupo encontradas anteriormente –en la presencia de pensamientos postraumáticos y sintomatología depresiva–.

Para determinar si los cambios encontrados estaban influidos por un efecto de la medida pretratamiento, se introdujeron las medidas pre de todas las variables consideradas

en el estudio, como covariables en un ANCOVA. Así, se podría eliminar de las variables de sintomatología el efecto atribuible a otros factores que podían presentarse en la evaluación pretratamiento (véase la tabla 7.30).

Con respecto a las variables cuyos cambios intergrupo resultaban estadísticamente significativos (pensamientos postraumáticos y síntomas depresivos), se observó que las participantes en el programa con exposición presentaban una gravedad significativamente menor que las asignadas al programa de habilidades de comunicación.

Tabla 7.30. Significación estadística de las diferencias entre los programas A y B en el postratamiento controlando el efecto de la medida pretratamiento (ANCOVAs post)

Variables	F _(g)
Sintomatología postraumática según <i>EGS</i>	F _(1,37) =2,595
Reexperimentación	F _(1,37) =8,845**
Evitación ^a	F _(1,37) =1,876
Hiperactivación	F _(1,37) =3,363*
Pensamientos postraumáticos	F _(1,37) =6,353**
Síntomas depresivos según <i>BDI</i>	F _(1,37) =7,118**
Síntomas de ansiedad según <i>BAI</i>	F _(1,37) =4,523*
Consumo de alcohol ^a	F _(1,37) =4,154*
Autoestima	F _(1,37) =3,125
<i>GSI</i>	F _(1,37) =8,545**
<i>IEI</i>	F _(1,37) =4,080*

^a No se cumple el supuesto de homogeneidad de las varianzas.

*p<0,05

**p<0,01

Para el resto de variables se observó que los cambios resultaban estadísticamente significativos en los síntomas de reexperimentación, hiperactivación, depresivos, de ansiedad, consumo de alcohol, psicopatológicos y expresión de la ira. Puede comprobarse que el programa de habilidades de comunicación consigue una reducción mayor de los síntomas de reexperimentación y consumo de alcohol, mientras que el de exposición, produce mayores cambios en hiperactivación, síntomas depresivos, de ansiedad y sintomatología psicopatológica (*GSI*) y expresión de la ira (*IEI*).

Finalmente, se había comprobado en el ANOVA pre-post que la interacción tiempo x programa resultaba estadísticamente significativa en los cambios en síntomas de reexperimentación y en autoestima. En el caso de la primera, puede decirse que además de producirse cambios por el efecto independiente del paso del tiempo y el tipo de programa, también su combinación produce estas mejoras (recuérdese que se observaba claramente en la figura 7.2 que las pendientes no eran paralelas); en autoestima, es la combinación del tipo de programa y el paso del tiempo lo que únicamente produce la mejoría significativa;

es decir, para conseguir mejoras en esta variable, es necesaria la aplicación del tratamiento y el efecto sumativo que se produce el paso del tiempo. Este dato resulta curioso dada la evolución pre-post de las medidas, que siguen trayectorias paralelas.

b. Diferencias entre los Programas A y B Durante los Seguimientos

En este apartado se analizan las diferencias entre los programas encontradas entre la evaluación pretratamiento y los seguimientos. Asimismo, hay que recordar que los cambios intergrupo fueron estadísticamente significativos en cuanto a la presencia de pensamientos postraumáticos ($p < 0,05$), síntomas depresivos ($p < 0,05$), autoestima ($p < 0,05$) e *IEI* ($p < 0,01$). Igualmente, la interacción tiempo x programa resultó estadísticamente significativa en los cambios en hiperactivación ($p < 0,05$).

Con el fin de analizar en profundidad todos los cambios intergrupo encontrados, se analizaron en primer lugar, y mediante un ANCOVA, los correspondientes a la comparación pre y seguimientos (véase la tabla 7.31), de forma que se pudiera controlar el efecto de la medida pretratamiento en los cambios posteriores. En segundo lugar, aquellos que habían resultado estadísticamente significativos en el ANOVA-MR previo (pensamientos postraumáticos, síntomas depresivos, autoestima e *IEI*), se incluyeron en un análisis de todas las comparaciones según los momentos de medida considerados (véase tabla 7.32).

Tabla 7.31. Significación estadística de las diferencias entre los programa A y B en los seguimientos al mes, tres, seis y doce meses controlando el efecto de la medida pretratamiento.

Variables	Seg. 1 mes	Seg. 3 meses	Seg. 6 meses	Seg. 12 meses
Sintomatología postraumática según <i>EGS</i>	$F_{(1,36)}=4,408^*$	$F_{(1,36)}=1,264$	$F_{(1,36)}=0,762$	$F_{(1,36)}=0,571$
Reexperimentación	$F_{(1,36)}=1,838$	$F_{(1,36)}=0,313$	$F_{(1,36)}=1,109$	$F_{(1,36)}=1,627$
Evitación	$F_{(1,36)}=4,618^*$	$F_{(1,36)}=11,536^{**}$	$F_{(1,36)}=9,389^{**}$	$F_{(1,36)}=2,296$
Hiperactivación	$F_{(1,36)}=0,976$	$F_{(1,36)}=1,056$	$F_{(1,36)}=2,510$	$F_{(1,36)}=0,929$
Pensamientos postraumáticos	$F_{(1,36)}=2,928$	$F_{(1,36)}=1,316$	$F_{(1,36)}=1,587$	$F_{(1,36)}=1,587$
Síntomas depresivos según <i>BDI</i>	$F_{(1,36)}=7,807^{**}$	$F_{(1,36)}=0,721$	$F_{(1,36)}=3,164$	$F_{(1,36)}=2,188$
Síntomas de ansiedad según <i>BAI</i>	$F_{(1,36)}=2,633$	$F_{(1,36)}=0,074$	$F_{(1,36)}=1,023$	$F_{(1,36)}=0,529$
Consumo de alcohol	$F_{(1,36)}=1,000$	$F_{(1,36)}=1,889$	$F_{(1,36)}=2,305$	$F_{(1,36)}=2,305$
Autoestima	$F_{(1,36)}=3,348$	$F_{(1,36)}=1,605$	$F_{(1,36)}=2,511$	$F_{(1,36)}=3,032$
<i>GSI</i>	$F_{(1,36)}=3,640^*$	$F_{(1,36)}=0,914$	$F_{(1,36)}=1,603$	$F_{(1,36)}=0,326$
<i>IEI</i>	$F_{(1,36)}=5,304^*$	$F_{(1,36)}=3,851^*$	$F_{(1,36)}=5,083^*$	$F_{(1,36)}=5,487^{**}$

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

En cuanto a la comparación pre-seguimiento un mes, las participantes en el programa con exposición presentaron menores puntuaciones en sintomatología postraumática, evitación, síntomas depresivos, y en el *GSI* e *IEI*.

Estos resultados muestran también una mayor eficacia del programa B en todas las variables consideradas en el estudio.

En el seguimiento a los tres meses, al igual que en el caso anterior, las participantes en el programa con exposición presentaron mayores cambios, en concreto, menores puntuaciones en evitación, y en el *IEI*. Para el resto de medidas, las diferencias no alcanzaron significación estadística. Estos cambios se mantuvieron inalterables en la evaluación de seguimiento a los tres y seis meses.

En el último seguimiento realizado, los únicos cambios intergrupo se vieron en el *IEI*. Las participantes en el programa con exposición seguían presentando mejores puntuaciones en este momento de medida.

En este análisis progresivo a lo largo de los seguimientos se ha observado una disminución de las diferencias intergrupo a medida que avanza la intervención. Si bien en el postratamiento eran numerosas las variables que permitían hablar de un nivel de eficacia distinto, parece que, a largo plazo, las diferencias son menores. Esto puede deberse, principalmente, a la elevada reducción de la sintomatología que consiguen ambos programas. A medida que avanza el tiempo, las puntuaciones, no sólo tienden a un nivel de normalidad, sino que muestran menos variabilidad entre los programas aplicados.

Sin embargo, al comparar los cambios intergrupo en todos los momentos de medida, sí se observa la significación en todas las variables, especialmente al finalizar la intervención (véase la tabla 7.32).

El contraste estadísticamente significativo en los pensamientos postraumáticos se produjo a partir de las comparaciones entre seguimientos; al comparar los seguimientos con la medida post, los cambios no fueron estadísticamente significativos. En síntomas depresivos, fueron significativos los cambios post-seguimiento 1, y los correspondientes a las comparaciones entre los seguimientos de tres, seis y doce meses. En el caso de la autoestima, resultaron estadísticamente significativos todos los cambios intergrupo a excepción de las comparaciones de los seguimientos a los tres, seis y doce meses con la medida postratamiento. Finalmente, el análisis de los cambios en el *IEI*, revelaron un nivel de significación estadística para todas las combinaciones posibles.

Finalmente, la interacción tiempo x programa constatada en los síntomas de hiperactivación es evidente al observar las diferentes pendientes de la evolución de las puntuaciones. Cada programa de tratamiento sigue una evolución diferente, que induce a pensar que las mejoras obtenidas a lo largo de la intervención se deben a la eficacia de los

programas y al efecto del paso del tiempo. En este caso, es el programa de habilidades de comunicación el que consigue una mayor mejora de la sintomatología.

Tabla 7.32. Significación estadística de las diferencias entre los programa A y B a lo largo de los seguimientos.

Variables y momento de medida	Significación estadística
Pensamientos postraumáticos	
Post-seguimiento 1 mes	n.s.
Post-seguimiento 3 meses	n.s.
Post-seguimiento 6 meses	n.s.
Post-seguimiento 12 meses	n.s.
Seguimiento 1 mes-seguimiento 3 meses	**
Seguimiento 1 mes-seguimiento 6 meses	*
Seguimiento 1 mes-seguimiento 12 meses	**
Seguimiento 3 meses-seguimiento 6 meses	**
Seguimiento 3 meses-seguimiento 12 meses	**
Seguimiento 6 meses-seguimiento 12 meses	**
Síntomas depresivos según BDI	
Post-seguimiento 1 mes	*
Post-seguimiento 3 meses	n.s.
Post-seguimiento 6 meses	n.s.
Post-seguimiento 12 meses	n.s.
Seguimiento 1 mes-seguimiento 3 meses	n.s.
Seguimiento 1 mes-seguimiento 6 meses	n.s.
Seguimiento 1 mes-seguimiento 12 meses	n.s.
Seguimiento 3 meses-seguimiento 6 meses	**
Seguimiento 3 meses-seguimiento 12 meses	**
Seguimiento 6 meses-seguimiento 12 meses	**
Autoestima	
Post-seguimiento 1 mes	*
Post-seguimiento 3 meses	n.s.
Post-seguimiento 6 meses	n.s.
Post-seguimiento 12 meses	n.s.
Seguimiento 1 mes-seguimiento 3 meses	**
Seguimiento 1 mes-seguimiento 6 meses	**
Seguimiento 1 mes-seguimiento 12 meses	**
Seguimiento 3 meses-seguimiento 6 meses	**
Seguimiento 3 meses-seguimiento 12 meses	**
Seguimiento 6 meses-seguimiento 12 meses	**
IEI	
Post-seguimiento 1 mes	**
Post-seguimiento 3 meses	*
Post-seguimiento 6 meses	**
Post-seguimiento 12 meses	**
Seguimiento 1 mes-seguimiento 3 meses	*
Seguimiento 1 mes-seguimiento 6 meses	**
Seguimiento 1 mes-seguimiento 12 meses	**
Seguimiento 3 meses-seguimiento 6 meses	**
Seguimiento 3 meses-seguimiento 12 meses	**
Seguimiento 6 meses-seguimiento 12 meses	**

*p<0,05 **p<0,01 n.s: no significativo

c. Diferencias entre los Programas A y B a lo Largo del Tiempo en Funcionamiento en la Vida Cotidiana

A continuación se muestran los datos relativos al control de la medida preratamiento para los cambios intergrupo en la presencia de problemas de funcionamiento en la vida

cotidiana. Tal y como se vio anteriormente, esta variable no presentaba cambios estadísticamente significativos. Sin embargo, al introducir la medida pretratamiento en el ANCOVA, se comprobó que las diferencias a lo largo del tratamiento sí resultaban estadísticamente significativas, provocando diferencias en la eficacia de la intervención. Tanto en el postratamiento como en los seguimientos a los 6 y 12 meses, los cambios alcanzan un nivel de significación alto ($p < 0,01$). En los dos seguimientos al mes y tres meses, la reducción es más pequeña ($p < 0,05$). En la tabla 7.33 se presentan estos datos. Se puede concluir que, en estas variables, el programa con exposición sí es significativamente más eficaz que el de habilidades de comunicación, y consigue una mejor readaptación de las mujeres a su entorno de vida cotidiano.

Tabla 7.33. Significación estadística de las diferencias pre-seguimiento en readaptación psicosocial entre los programas A y B controlando el efecto de la medida pretratamiento.

Momento de medida	F _(g)
Postratamiento	F _(1,36) =12,763**
Seguimiento 1 mes	F _(1,36) =5,581*
Seguimiento 3 meses	F _(1,36) =7,379*
Seguimiento 6 meses	F _(1,36) =8,375**
Seguimiento 12 meses	F _(1,36) =11,308**

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

2.1.2.3. Análisis de la Adherencia a los Programas A y B

La tabla 7.34 muestra los porcentajes de mujeres que concluyeron o no el programa en cada una de las condiciones experimentales. En esta investigación no se ha tenido en cuenta el porcentaje de mujeres que rechazan el tratamiento (es decir aquellas que ni siquiera lo inician), debido a que no fueron incluidas en el cómputo general de participantes en el estudio. Éstas (19 mujeres de la muestra inicial evaluada) no fueron asignadas a ninguna condición experimental al considerar su negativa prematura a participar en el programa.

Como puede observarse, el porcentaje de abandono es mayor en el programa B (el que incluía exposición). Sin embargo, la diferencia con el porcentaje de abandonos en el programa A no resulta estadísticamente significativa.

Tabla 7.34. Adherencia al tratamiento (programas A y B): porcentaje de participación y abandonos

	HH.CC. (n=25)	Exposición (n=28)	χ^2_{df}
Abandonos	24%	28,6%	$\chi^2_1=0,142$
Participación completa en el programa	76%	71,4%	

Se tuvo en cuenta el número de sesiones a las que habían asistido las mujeres antes de abandonar el tratamiento, y se encontró que todos los abandonos se habían producido dentro de las tres primeras sesiones, es decir, antes de que hubiera diferenciación en el contenido de los programas.

En la tabla 7.35, se presenta el porcentaje de abandonos con relación a la sesión en la que se produjeron y el programa al que pertenecían. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en esta variable.

Tabla 7.35. Sesión en la que se produjo el abandono de la intervención (programas A y B)

	HH. CC. (n=6)	Exposición (n=8)	χ^2_{gl}
Primera sesión	83%	37,5%	$\chi^2_2=3,281$
Segunda sesión	17%	37,5%	
Tercera sesión	-	25%	

Analizando la participación las mujeres que completaron el programa, se encontró que el 80% de las participantes en el programa con exposición asistieron a las ocho sesiones, mientras que el 20%, asistió a siete. En el programa con habilidades de comunicación, el 5,3%, el 31,6% y el 63,2% asistieron a seis, siete y ocho sesiones respectivamente. La tasa de participación en ambos programas no presentó diferencias estadísticamente significativas (véase tabla 7.36).

Tabla 7.36. Número de sesiones a las que asistieron las mujeres que completaron la intervención (programas A y B)

	HH. CC. (n=19)	Exposición (n=20)	χ^2_{gl}
Seis sesiones	5,3%	-	$\chi^2_2=1,947$
Siete sesiones	31,6%	20%	
Ocho sesiones	63,2%	80%	

Se analizó también la realización de las tareas para casa de las mujeres que completaron la intervención como un índice de análisis más de la adherencia al tratamiento. Las medias y desviaciones típicas de cada uno de ellos se muestran en la tabla 7.37. Se encontraron porcentajes de realización superiores al 85% de las tareas propuestas en los dos programas. La variabilidad fue alta, oscilando estos porcentajes entre el 53,8% y el 100% en ambos programas. Tal y como puede observarse hubo una ejecución mayor de las tareas para casa entre las participantes del programa con exposición. Sin embargo, ésta tampoco resultó estadísticamente significativa.

Tabla 7.37. Porcentaje de realización de las tareas para casa (programas A y B)

	M (DT)	F _(gl)
Programa A: habilidades de comunicación	85,43% (15,60)	F _(1,37) =0,720
Programa B: exposición	89,24% (12,31)	

2.1.2.4. Análisis de la Significación Clínica de los Programas A y B

Hasta aquí se ha considerado el impacto y la mejora de las participantes de acuerdo a un criterio de significación estadística. Según Kazdin (1999) para analizar las mejoras en los tratamientos se pueden tener en cuenta cuatro métodos: 1) comparación con las puntuaciones pretratamiento para demostrar que la puntuación de cada participante ha disminuido significativamente, 2) evaluación del impacto social, esto es, de las mejoras en el funcionamiento en la vida cotidiana, 3) uso de los criterios diagnósticos para cumplir un trastorno, como referencia para analizar los cambios y, 4) consideración de evaluaciones subjetivas (de los propios participantes) del impacto de la intervención.

Los dos primeros se han considerado previamente. En este apartado resulta indispensable el tercero para analizar si los cambios conseguidos con la aplicación de los programas suponen una mejora significativa o no a nivel clínico.

Por otro lado, Jacobson, Roberts, Berns y McGlinchey (1999) establecen dos condiciones para considerar la existencia de significación clínica tras una intervención terapéutica: 1) no sólo es necesario que exista un cambio significativo en los síntomas tratados, sino que, 2) ese cambio tiene que acercarse a los valores de normalidad. Teniendo en cuenta estas premisas estos autores exponen que tras la aplicación de un tratamiento, se puede hablar de participantes *recuperados*, participantes *mejorados pero no recuperados*, y participantes *no mejorados*.

El participante *recuperado* es aquel que cumple las dos condiciones descritas: su salud ha mejorado y los valores obtenidos en la evaluación postratamiento se acercan a los de la población normal.

Sin embargo, cuando se han producido cambios, pero las mejoras obtenidas no alcanzan los niveles de salud de la población normal, se habla de pacientes *mejorados pero no recuperados*.

La última categoría, *no mejorados*, hace referencia a las personas que no mejoran en su nivel de salud, y/o que incluso, empeoran.

En el análisis de la significación clínica de este trabajo se parte de estos presupuestos. En lo sucesivo se utilizará la terminología de *recuperados* y *no mejorados* para hacer referencia a los niveles de significación clínica obtenidos. El concepto de *mejorados pero no recuperados* no se emplea aquí puesto que su consideración estaría más relacionada con el análisis de las modificaciones en intensidad y gravedad de la sintomatología y corresponde con el que se ha llevado a cabo en apartados previos.

A continuación se describen aquellos cambios clínicos que tiene que ver con categorizaciones de síntomas postraumáticos y asociados (concretamente, depresión y ansiedad).

a. Síntomas Postraumáticos

De acuerdo con la clasificación DSM, el único diagnóstico posible en este ámbito es el de TEPT o ausencia de trastorno (síntomas aislados que no llegan a configurar dicho síndrome). Sin embargo, en este trabajo se ha incluido también la categorización de los criterios de este trastorno en forma de subtipo o subsíndrome (SEPT). Al analizar la significación clínica de las intervenciones se tendrán en cuenta, por tanto, tres niveles posibles, a saber, diagnóstico de TEPT, SEPT o sintomatología postraumática aislada.

En la tabla 7.38 se presentan los datos relativos a la evolución de la categorización de los síntomas.

Tabla 7.38. Distribución de las participantes en los programas A y B según categorización de los síntomas postraumáticos en cada momento de medida (SEPT vs. síntomas aislados)

	Programa de intervención	Categorización síntomas (SEPT)	χ^2_{gl}
Pretratamiento	A. HH.CC	60%	$\chi^2_1=5,311^*$
	B. Exposición	28,6%	
	<i>Muestra Global</i>	43,4%	
Postratamiento^a	A. HH.CC	0%	$\chi^2_1=4,006$
	B. Exposición	15%	
	<i>Muestra Global</i>	7,7%	
Seguimiento 1 mes^a	A. HH.CC	0%	$\chi^2_1=1,029$
	B. Exposición	0%	
	<i>Muestra Global</i>	0%	
Seguimiento 3 meses	A. HH.CC	5,6%	$\chi^2_1=1,029$
	B. Exposición	0%	
	<i>Muestra Global</i>	2,8%	
Seguimiento 6 meses	A. HH.CC	5,6%	$\chi^2_1=1,029$
	B. Exposición	0%	
	<i>Muestra Global</i>	2,8%	
Seguimiento 12 meses	A. HH.CC	5,6%	$\chi^2_1=1,029$
	B. Exposición	0%	
	<i>Muestra Global</i>	2,8%	

^a En el postratamiento y seguimiento de un mes ninguna de las participantes presenta sintomatología suficiente como para sufrir un SEPT, sin embargo, un 5,6% (1 mujer) del programa con habilidades de comunicación, sí cumple criterios para el diagnóstico de TEPT.

* $p < 0,05$.

Como se puede observar, se produjo una disminución notable a lo largo de los momentos de medida. En la evaluación pretratamiento, un 60% de las mujeres asignadas al programa que incluía habilidades de comunicación presentaba sintomatología suficiente para configurar un SEPT. En el caso del programa de exposición, este porcentaje fue de 28,6%. En la evaluación postratamiento se vio que ninguna mujer del programa con habilidades de comunicación presentaba SEPT, aunque una de ellas sí sufría un TEPT. En el caso del programa de exposición sólo tres mujeres presentaban SEPT en el postratamiento (la mitad de las que lo presentaban en el pretratamiento).

Los sucesivos cambios en los seguimientos pusieron de manifiesto que el 100% de las mujeres participantes en el programa de exposición, no presentaba sintomatología postraumática suficiente como para configurar un SEPT. Por otro lado, en el caso del programa con habilidades de comunicación, se mantuvo el repunte de la sintomatología postraumática en un 5,6% (n=1). Este porcentaje de *no mejoradas*, se categorizó como un caso de TEPT. Sin embargo, en las posteriores evaluaciones de seguimiento, se redujo la presencia de sintomatología, constituyendo un SEPT. Este porcentaje se mantuvo hasta el último seguimiento. Las diferencias en significación clínica solamente resultaron estadísticamente significativas en el pretratamiento.

Por otro lado, se analizó cuál fue la significación clínica atendiendo a los cambios producidos en cada categoría, esto es, tomando como referencia la evaluación pre, y determinando el porcentaje de recuperación, mejoría y mantenimiento. En la tabla 7.39 pueden verse estos resultados. Además, se encuentran señalados a pie de tabla los cambios que suponen un empeoramiento, una mejoría o un mantenimiento (de la presencia o ausencia de SEPT). Tal y como puede observarse, en el programa de habilidades de comunicación, el 8,3% de las mujeres que presentaban SEPT al inicio, mantienen este diagnóstico hasta el final; por el contrario, en el programa de exposición, solamente un 50% lo mantiene en el postratamiento, para ser nulo en las evaluaciones posteriores. Por tanto, al finalizar la intervención, se puede hablar de un 91,7% de mujeres *mejoradas* y *recuperadas* en el programa de habilidades de comunicación, y un 100% en el programa de exposición. No hay empeoramiento en ninguno de ellos.

Tabla 7.39. Evolución cualitativa de las participantes en el estudio en síntomas postraumáticos (programas A y B).

		Postratamiento*		1 mes		3 meses		6 meses		12 meses	
		SEPT	No SEPT	SEPT	No SEPT	SEPT	No SEPT	SEPT	No SEPT	SEPT	No SEPT
HH. CC.	SEPT	- ^a	100% ^b	8,3% ^a	91,7% ^b						
	No SEPT	- ^c	100% ^d	- ^c	100% ^d	- ^c	100% ^d	- ^c	100% ^d	- ^c	100% ^d
Exposición	SEPT	50% ^a	50% ^b	- ^a	100% ^b						
	No SEPT	- ^c	100% ^d	- ^c	100% ^d	- ^c	100% ^d	- ^c	100% ^d	- ^c	100% ^d

* Recuérdese que en el postratamiento ninguna mujer presenta SEPT, sin embargo, sí se constata que el 8,3% de las mujeres que no presentaban SEPT en el pretratamiento (programa de habilidades de comunicación), en el post pueden ser diagnosticadas de TEPT.

^a Porcentaje de mujeres que, teniendo SEPT en el pretratamiento, mantienen esa sintomatología en las evaluaciones sucesivas.

^b Porcentaje de mujeres que, teniendo SEPT en el pretratamiento, no presentan sintomatología en las evaluaciones sucesivas → participantes *mejoradas y recuperadas*.

^c Porcentaje de empeoramientos.

^d Porcentaje de mujeres que, sin tener SEPT en el pretratamiento, continúan presentando ausencia de diagnóstico.

b. Sintomatología Asociada

Se establecieron como criterios para evaluar la significación clínica, la presencia o ausencia de problemas de ansiedad y/o depresión, esto es, una puntuación inferior o igual a 18 puntos según el punto de corte establecido por el *BDI* en el caso de los síntomas depresivos, y de 19, según el *BAI*, para los síntomas de ansiedad.

En la tabla 7.40 se muestran los resultados para la significación clínica de los síntomas de depresión. Como puede observarse, hay una disminución mantenida y generalizada a lo largo del proceso de medida, además de que no se observaron diferencias estadísticamente significativas en ningún caso.

Tabla 7.40. Distribución de las participantes en los programas A y B según categorización de los síntomas depresivos en cada momento de medida (*BDI*>18)

	Programa de intervención	Presencia problemas de depresión	χ^2_{gl}
Pretratamiento	A. HH.CC	84%	$\chi^2_1=1,859$
	B. Exposición	67,9%	
	<i>Muestra Global</i>	75,5%	
Postratamiento	A. HH.CC	47,4%	$\chi^2_1=3,284$
	B. Exposición	20%	
	<i>Muestra Global</i>	33%	
Seguimiento 1 mes	A. HH.CC	11,1%	$\chi^2_1=0,364$
	B. Exposición	5,6%	
	<i>Muestra Global</i>	8,3%	
Seguimiento 3 meses	A. HH.CC	5,6%	$\chi^2_1=0,364$
	B. Exposición	11,1%	
	<i>Muestra Global</i>	8,3%	
Seguimiento 6 meses	A. HH.CC	5,6%	$\chi^2_1=1,029$
	B. Exposición	0%	
	<i>Muestra Global</i>	2,8%	
Seguimiento 12 meses	A. HH.CC	5,6%	$\chi^2_1=1,029$
	B. Exposición	0%	
	<i>Muestra Global</i>	2,8%	

En el programa de exposición, se encuentra que el 80% de la muestra participante, no presenta problemas de depresión en la evaluación postratamiento, y el 100% tampoco lo hace en el seguimiento a los doce meses. Por su parte, en el caso del programa de habilidades de comunicación, el porcentaje se reduce en el postratamiento casi a la mitad (de 84% a 47,4%). Solamente un 11,1% presenta problemas de depresión en el seguimiento al cabo de un mes. A partir del seguimiento a los tres meses, el porcentaje se reduce y estabiliza en 5,6% (n=1). En este caso, no se produjo agravamiento de la sintomatología en ninguna mujer participante.

Se realizó también un análisis de contingencias para comprobar la significación clínica considerando únicamente el porcentaje de mujeres que en la evaluación pretratamiento presentaban problemas de depresión (véase tabla 7.41). En el programa de exposición, del 67,9% inicial, el 69,2% no presenta problemas en el post. Este porcentaje se convierte en 90,9% en el seguimiento al mes y tres meses, y en el 100% en los restantes seguimientos. Es decir, al finalizar el último seguimiento, todas las mujeres que presentaban problemas de depresión al inicio, son *recuperadas*. Con respecto al programa de habilidades de comunicación, del 84% de las mujeres que presentan problemas de depresión en la evaluación pretratamiento, el 43,8% son *recuperadas* en el postratamiento. Este porcentaje se convierte en 86,7% en el seguimiento al cabo de un mes, y se mantiene invariable en 93,3% desde el seguimiento a los tres meses y hasta el último. Es decir, al finalizar las evaluaciones, el 93,3% de las participantes en el programa que incluía habilidades de comunicación son *recuperadas*. Se mantiene un 6,7% (n=1), que al igual que en el caso de la sintomatología postraumática, serían *no mejoradas*.

Tabla 7.41. Evolución cualitativa de las participantes en el estudio en síntomas depresivos (programas A y B).

		Postratamiento		1 mes		3 meses		6 meses		12 meses	
		Dep.	Ausencia Dep.	Dep.	Ausencia Dep.	Dep.	Ausencia Dep.	Dep.	Ausencia Dep.	Dep.	Ausencia Dep.
HH. CC.	Depresión	56,3% ^a	43,8% ^b	13,3% ^a	86,7% ^b	6,7% ^a	93,3% ^b	6,7% ^a	93,3% ^b	6,7% ^a	93,3% ^b
	Ausencia Depresión	- ^c	100% ^d	- ^c	100% ^d	- ^c	100% ^d	- ^c	100% ^d	- ^c	100% ^d
Exposición	Depresión	30,8% ^a	69,2% ^b	9,1% ^a	90,9% ^b	9,1% ^a	90,9% ^b	- ^a	100% ^b	- ^a	100% ^b
	Ausencia Depresión	- ^c	100% ^d	- ^c	100% ^d	- ^c	100% ^d	- ^c	100% ^d	- ^c	100% ^d

^a Porcentaje de mujeres que, presentando problemas de depresión en el pretratamiento, mantienen esa sintomatología en las evaluaciones sucesivas.

^b Porcentaje de mujeres que, presentando problemas de depresión en el pretratamiento, no presentan sintomatología en las evaluaciones sucesivas → participantes *mejoradas* y *recuperadas*.

^c Porcentaje de empeoramientos.

^d Porcentaje de mujeres que, sin presentar problemas de depresión en el pretratamiento, continúan presentando ausencia de diagnóstico.

Finalmente, atendiendo al análisis de los síntomas de ansiedad, se vieron de nuevo, claramente las mejoras obtenidas por ambos programas (véase tabla 7.42).

Tabla 7.42. Distribución de las participantes en los programas A y B según categorización de los síntomas de ansiedad en cada momento de medida ($BA > 19$)

	Programa de intervención	Presencia problemas de ansiedad	χ^2_{gl}
Pretratamiento	A. HH.CC	68%	$\chi^2_1=0,081$
	B. Exposición	64,3%	
	<i>Muestra Global</i>	66%	
Postratamiento ^a	A. HH.CC	26,3%	$\chi^2_1=0,065$
	B. Exposición	30%	
	<i>Muestra Global</i>	28,2%	
Seguimiento 1 mes	A. HH.CC	27,8%	$\chi^2_1=0,364$
	B. Exposición	16,7%	
	<i>Muestra Global</i>	22,2%	
Seguimiento 3 meses	A. HH.CC	16,7%	$\chi^2_1=0,232$
	B. Exposición	11,1%	
	<i>Muestra Global</i>	13,9%	
Seguimiento 6 meses	A. HH.CC	5,6%	$\chi^2_1=1,029$
	B. Exposición	0%	
	<i>Muestra Global</i>	2,8%	
Seguimiento 12 meses	A. HH.CC	5,6%	$\chi^2_1=1,029$
	B. Exposición	0%	
	<i>Muestra Global</i>	2,8%	

El porcentaje de mujeres que presentaban problemas de ansiedad en el pretratamiento fue mayor en el programa A (habilidades de comunicación) (68%, frente a 64,3%), aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Sin embargo, esta cantidad se reduce en el postratamiento notablemente (sólo un 26,3% presentan problemas de ansiedad). Se encuentra un pequeño repunte en el seguimiento al cabo de un mes (27,8%) aunque posteriormente se reduce, manteniéndose en un 5,6% ($n=1$).

Se realizó posteriormente un análisis de contingencias. En el programa de habilidades de comunicación se vio que, de la muestra que presentaba problemas en el pretratamiento (68%), solamente el 30,8% seguía presentándolos en el postratamiento. Este porcentaje se fue reduciendo de forma paulatina a pesar del ligero aumento en el seguimiento al mes (41,7%). En los dos últimos seguimientos, el porcentaje de mujeres que presentaba problemas de ansiedad lo representaba únicamente un 8,3% del porcentaje inicial que presentaba problemas. Por tanto, se puede hablar de un 91,7% de mujeres *recuperadas* (véase tabla 7.43).

Con respecto a las mujeres que participaron en el programa de exposición, se vio que la disminución fue siempre constante, llegando a alcanzar el máximo de mejoría en el último seguimiento (100% de participantes *recuperadas*).

Tabla 7.43. Evolución cualitativa de las participantes en el estudio en síntomas de ansiedad (programas A y B).

		Postratamiento		1 mes		3 meses		6 meses		12 meses	
		Ans.	Ausencia Ans.	Ans.	Ausencia Ans.	Ans.	Ausencia Ans.	Ans.	Ausencia Ans.	Ans.	Ausencia Ans.
HH. CC.	Ansiedad	30,8% ^a	69,2% ^b	41,7% ^a	58,3% ^b	25% ^a	75% ^b	8,3% ^a	91,7% ^b	8,3% ^a	91,7% ^b
	Ausencia Ansiedad	16,7% ^c	83,3% ^d	- ^c	100% ^d	- ^c	100% ^d	- ^c	100% ^d	- ^c	100% ^d
Exposición	Ansiedad	42,9% ^a	57,1% ^b	25% ^a	75% ^b	16,7% ^a	83,3% ^b	- ^a	100% ^b	- ^a	100% ^b
	Ausencia Ansiedad	- ^c	100% ^d	- ^c	100% ^d	- ^c	100% ^d	- ^c	100% ^d	- ^c	100% ^d

^a Porcentaje de mujeres que, presentando problemas de ansiedad en el pretratamiento, mantienen esa sintomatología en las evaluaciones sucesivas.

^b Porcentaje de mujeres que, presentando problemas de ansiedad en el pretratamiento, no presentan sintomatología en las evaluaciones sucesivas → participantes *mejoradas y recuperadas*.

^c Porcentaje de empeoramientos.

^d Porcentaje de mujeres que, sin presentar problemas de ansiedad en el pretratamiento, continúan presentando ausencia de diagnóstico.

2.1.2.5. Análisis del Tamaño del Efecto de los Programas A y B

Se analizó de forma diferencial el tamaño del efecto alcanzado por cada uno de los programas, utilizando para ello la medida pretratamiento y cada una de las medidas de las evaluaciones posteriores. Se empleó el programa estadístico *G*POWER* y la categorización que Faul y Elderfer (1992) proponen para el análisis de los resultados obtenidos por el mismo: tamaño del efecto pequeño <0,5, mediano >0,5 y <0,8, y grande >0,8.

Tal y como puede observarse en la tabla 7.44, los tamaños del efecto alcanzados son, en su mayoría grandes, para todas las variables, momentos de medida, e indistintamente, en función del tipo de programa. Estos datos resultan altamente satisfactorios. En los casos en los que no se produce un efecto grande en la comparación pre-postratamiento, éste sí se alcanza en las siguientes evaluaciones (e.g. pensamientos postraumáticos, síntomas de ansiedad o autoestima).

Tabla 7.44. Tamaño del efecto alcanzado por los programas A y B en cada momento de medida.

	Programa	Síntomas postraum.	Pens. postraum.	Síntomas depresivos	Síntomas ansiedad	Consumo alcohol	Autoestima	Síntomas psicossom.	Expresión de la ira
Postrat.	A. HH. CC.	2,12 ^c	0,26 ^a	1,98 ^c	0,60 ^b	0,45 ^a	0,25 ^a	2,06 ^c	0,23 ^a
	B. Exposición	1,47 ^c	0,41 ^a	0,87 ^c	0,48 ^a	0,22 ^a	0,33 ^a	2,58 ^c	0,67 ^b
Seg. 1 mes	A. HH. CC.	3,44 ^c	1,22 ^c	1,7 ^c	1,07 ^c	0,02 ^a	0,24 ^a	1,25 ^c	0,23 ^a
	B. Exposición	2,77 ^c	1,01 ^c	0,87 ^c	1,13 ^c	0,48 ^a	1,65 ^c	1,41 ^c	0,53 ^b
Seg. 3 meses	A. HH. CC.	3,97 ^c	1,27 ^c	2,31 ^c	1,49 ^c	0,10 ^a	0,55 ^b	2,66 ^c	0,15 ^a
	B. Exposición	2,33 ^c	0,82 ^c	1,63 ^c	1,29 ^c	0,48 ^a	1,87 ^c	3,09 ^c	0,85 ^c
Seg. 6 meses	A. HH. CC.	3,86 ^c	1,08 ^c	2,46 ^c	2,04 ^c	0,32 ^{a*}	0,15 ^a	2,69 ^c	0,23 ^a
	B. Exposición	2,68 ^c	1,25 ^c	2,29 ^c	2,10 ^c	0,19 ^a	1,47 ^c	3,52 ^c	0,65 ^b
Seg. 12 meses	A. HH. CC.	3,82 ^c	1,35 ^c	2,53 ^c	2,06 ^c	0,32 ^{a*}	0,12 ^a	2,67 ^c	0,14 ^a
	B. Exposición	2,74 ^c	1,29 ^c	2,27 ^c	2,26 ^c	0,19 ^a	1,61 ^c	3,55 ^c	0,95 ^c

^a Tamaño del efecto pequeño

^b Tamaño del efecto mediano

^c Tamaño del efecto grande

* Se da un empeoramiento de la sintomatología con respecto a la medida inmediatamente anterior

Los menores tamaños se vieron, en general, en la variable de consumo de alcohol. Fueron pequeños para los dos programas, en todos los momentos de medida. Incluso, hay que tener en cuenta el ligero agravamiento que se produce en los seguimientos a los seis meses y un año entre las participantes en el programa de habilidades de comunicación. Por otro lado, en el caso de la autoestima y en la expresión de la ira, también se encontraron tamaños del efecto pequeños y medianos en el programa A. En ésta última variable, los tamaños del efecto alcanzados por el programa que incluía exposición fueron medios al inicio, para llegar a considerarse grandes en los seguimientos a los tres y doce meses.

Por otro lado, las diferencias que existieron entre los dos programas, no son relevantes. En el caso de los síntomas y pensamientos postraumáticos, depresivos, de ansiedad, consumo de alcohol y síntomas psicopatológicos, los tamaños del efecto tuvieron siempre la misma categorización en los dos programas. Sin embargo, en los casos en los que varió el tamaño del efecto de un programa a otro (e.g. autoestima o expresión de la ira), éste fue siempre superior en el programa de exposición.

2.1.2.6. Análisis de la Satisfacción con los Programas A y B

Kazdin (1999) señalaba un último criterio para la evaluación de la eficacia de las intervenciones: la consideración de las evaluaciones subjetivas (de los propios participantes) del impacto de la intervención. Este índice se considera también en este trabajo. Se evaluó la satisfacción de las participantes con el programa de intervención de acuerdo a dos medidas. La primera de ellas, objetiva, a través del *Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento* de Larsen *et al.* (1979). La segunda, fue una evaluación subjetiva a través de una serie de frases incompletas. En general, se puede observar que, tanto la evaluación cuantitativa como la cualitativa, son altamente satisfactorias.

a. Evaluación Cuantitativa de los Programas A y B

En la tabla 7.45 se encuentran los resultados de esta evaluación. Como se puede observar, tanto las participantes del programa A como del programa B se encontraban muy satisfechas con la atención recibida. De hecho, todos los *ítems* obtuvieron una media superior a 3,4 puntos, en un rango de 0 a 4.

Tabla 7.45. Satisfacción de las participantes con el tratamiento (programas A y B)

	HH. CC.	Exposición	F _(g)
1. ¿Cómo calificarías la calidad del servicio que has recibido?	3,74 (0,45)	3,85 (0,36)	F _(1,37) =0,740
2. ¿Has encontrado la clase de servicio que buscabas?	3,63 (0,49)	3,45 (0,51)	F _(1,37) =1,268
3. ¿En qué medida nuestro programa ha satisfecho tus necesidades?	3,68 (0,48)	3,55 (0,51)	F _(1,37) =0,717
4. Si una amiga necesitara una ayuda similar, ¿le recomendarías nuestro programa?	4 (0)	4 (0)	F _(1,37) =0
5. ¿En qué medida estás satisfecha con el tipo de ayuda recibida?	3,74 (0,45)	3,9 (0,31)	F _(1,37) =1,75
6. ¿Crees que los servicios que has recibido te van a ayudar a hacer frente más eficazmente a tus problemas?	3,79 (0,42)	3,65 (0,49)	F _(1,37) =0,91
7. En conjunto, ¿en qué medida estás satisfecha con el servicio que has recibido?	4 (0)	3,80 (0,41)	F _(1,37) =4,5*
8. Si tuvieras que buscar ayuda otra vez, ¿volverías a nuestro programa?	4 (0)	4 (0)	F _(1,37) =0
<i>Puntuación Global</i>	<i>30,58 (1,92)</i>	<i>30,2 (1,54)</i>	F _(1,37) =0,463

* p<0,05

En general, parece que las participantes en el programa de habilidades de comunicación muestran una satisfacción ligeramente mayor (30,58 frente a 30,2), aunque ésta no resulta estadísticamente significativa. En el análisis individual de cada uno de los *ítems*, únicamente se constaron diferencias significativas en el *ítem 7* (satisfacción en conjunto con el programa), que fueron mayores en el de habilidades de comunicación. Sin embargo, teniendo en cuenta los *ítems 1* y *5* (hacen referencia a la calidad del servicio y a la satisfacción con la ayuda, respectivamente), las mujeres del grupo de exposición mostraron mayor satisfacción, aunque no fue significativa.

Finalmente, se constata que todas las participantes muestran su acuerdo al estar muy satisfechas en relación a los *ítems 4* y *8*. Es decir, todas las mujeres volverían a participar en el programa de intervención y, además, podrían recomendárselo a otra persona que lo necesitara.

b. Evaluación Cualitativa de los Programas A y B

La utilización de las frases incompletas se realizó como una actividad más en la octava sesión de cada programa. Se pidió a las participantes de cada grupo que evaluaran el tratamiento completando unas frases del tipo “a lo largo de este tratamiento he aprendido...”, “creo que lo que más me ha ayudado ha sido...”, “me gustaría haber practicado más...”, “lo que menos me ha gustado ha sido...”, “lo que más me ha

gustado...”, “puedo mejorar en...” (véanse tarjetas en el Anexo II) . Igualmente se les pidió su valoración sobre la eficacia de las técnicas entrenadas.

En cuanto a este último aspecto, la valoración subjetiva de las técnicas, los resultados fueron similares en los dos grupos. Las diferencias en las valoraciones no alcanzaron la significación estadística en ningún momento.

La mayoría de las mujeres valoraron de forma positiva la intervención, sobre todo por la posibilidad que les ofrecía para el desahogo emocional. Entre las técnicas comunes que destacaron como más útiles, destacó el entrenamiento en respiración diafragmática (87,5% de las participantes en el programa con habilidades de comunicación, y 100% de las de exposición), incremento de actividades gratificantes (100%, en habilidades de comunicación, y 90,1% en exposición) y la solución de problemas (58,5% en habilidades de comunicación y 63,2% en exposición).

En ambos programas se les preguntó por la utilización de cada técnica concreta. El 75% de las mujeres participantes en el programa con habilidades de comunicación valoraron de forma positiva el aprendizaje de esta técnica, mientras que el 83,5% de las del programa de exposición, también la resaltaron.

En general, no se establece un rechazo de las técnicas. Se puede decir que la reestructuración cognitiva fue valorada positivamente por un 45% del programa A y un 48,6% del programa B. En ambos grupos se constató la dificultad de aprendizaje de esta técnica (fue valorada menos positivamente)

La mayoría de las participantes (100% del grupo de habilidades de comunicación y 97,5% de las del programa de exposición) pensaron que la utilización de las técnicas, en general, les serían útiles en el futuro. Por otro lado, resaltaron como aspectos positivos la realización del programa en grupo, la relación terapéutica y las tareas para casa.

Como aspectos mejorables, señalaron la duración de las sesiones y del programa completo. Un 56,5% del programa con habilidades de comunicación y un 63,7% del programa con exposición pidieron ampliar las sesiones (e.g. duración de cada una de 120 minutos), y el 100% de la muestra sugirió ampliar la duración del programa, aunque sin especificar tiempos concretos.

Se puede decir que en términos generales, la satisfacción con el tratamiento es alta. Las participantes en muestran niveles de satisfacción muy similares, sin ninguna diferencia significativa entre los programas.

2.1.3. Resumen y Conclusiones de la Fase 1 del Estudio

Los resultados que se han descrito hacen referencia a la eficacia de dos programas de intervención psicológica para víctimas de violencia doméstica. Estos dos programas, ambos de aplicación grupal, variaban en uno de sus componentes: el programa A incluía entrenamiento en habilidades de comunicación, y el programa B, sustituía esta técnica por exposición.

A la luz de los resultados obtenidos, se puede decir que la intervención resultó eficaz para el tratamiento de los síntomas postraumáticos, síntomas asociados, y en la readaptación psicosocial y funcionamiento en la vida cotidiana de las víctimas. No en vano, se produjeron cambios a lo largo de la intervención estadísticamente significativos, además de ser valorados positivamente por las participantes.

Los dos grupos fueron homogéneos en la mayor parte de las variables. Las diferencias que se encontraron en sintomatología indicaban, sin embargo, que las mujeres asignadas al programa de habilidades de comunicación partían de un nivel de sintomatología más grave (especialmente, y de forma significativa, en síntomas postraumáticos y depresión, aunque también en menor medida, en síntomas de ansiedad, sintomatología psicopatológica, y una autoestima menor). Por el contrario, la historia de trastornos, tipo y atención psicológica previa, el uso de medicación, indicaban también cierta gravedad en el grupo asignado al programa con exposición. Por ello, a la hora de analizar los cambios intergrupo, se tuvo en cuenta la medida pre para que estas diferencias iniciales no influyeran de manera engañosa en los resultados del propio estudio.

Atendiendo a los cambios producidos por el programa A, aquel que incluía el entrenamiento en habilidades de comunicación, se pueden señalar los siguientes logros estadísticamente significativos a corto plazo (cambios pre-postratamiento):

- Reducción de la sintomatología postraumática general y en síntomas de reexperimentación, evitación e hiperactivación, y pensamientos postraumáticos (para todos ellos, $p < 0,01$).
- Reducción de la sintomatología asociada, en concreto, en síntomas depresivos ($p < 0,01$), síntomas de ansiedad ($p < 0,05$) y *GSI* ($p < 0,01$).
- Mejora de la readaptación psicosocial y funcionamiento en la vida cotidiana ($p < 0,01$).

Por otro lado, a largo plazo, y controlando la medida inicial, el programa A consigue mejoras en la sintomatología postraumática general, síntomas de hiperactivación, síntomas depresivos, *GSI* y en el *IEI*.

Por su parte, el programa B, el que incluía exposición en lugar del entrenamiento en habilidades de comunicación, consigue las siguientes mejoras a corto plazo:

- Reducción de la sintomatología postraumática general y en síntomas de reexperimentación, evitación e hiperactivación, y pensamientos postraumáticos (para todos ellos, $p < 0,01$).
- Reducción de la sintomatología asociada, en concreto, en síntomas depresivos ($p < 0,01$), síntomas de ansiedad ($p < 0,01$), *GSI* ($p < 0,01$) e *IEI* ($p < 0,01$).
- Mejora de la readaptación psicosocial y funcionamiento en la vida cotidiana ($p < 0,01$).

A largo plazo (pre-seguimientos), las mejoras se ven en las mismas variables en las que incide el programa A, a saber, sintomatología postraumática general, síntomas de hiperactivación, síntomas depresivos, *GSI* y en el *IEI*.

Sin embargo, comparando la eficacia de ambos programas en variables de sintomatología y readaptación psicosocial, es preciso identificar algunas salvedades.

En primer lugar, el programa de habilidades de comunicación consigue una mejora estadísticamente significativa sobre el programa con exposición en la reducción del malestar y sintomatología postraumática de reexperimentación; únicamente en este criterio del TEPT las participantes en el programa A alcanzan una mejoría en el postratamiento que resulta mayor y estadísticamente significativa con respecto a la mejora de las participantes que fueron asignadas a la condición experimental con exposición.

En segundo lugar, a medio y largo plazo se logra un aumento de la percepción de apoyo familiar y social. Estos dos aspectos, también compartidos por el efecto del programa B, se consideran altamente satisfactorios al evaluar el impacto de la intervención en la salud psicosocial de las víctimas.

Por otro lado, el programa que incluía exposición consiguió igualmente, mejoras en la mayor parte de las variables, con la ventaja de que estas fueron mayores, más estables y duraderas. Bien es cierto, que la medida inicial pretratamiento era inferior entre las participantes en este programa, sin embargo, aun así, las diferencias a largo plazo hacen de él un programa más eficaz, puesto que además el control de la medida pre en los ANCOVAs es el mismo para los dos programas.

En todas las variables restantes en las que se producen cambios a lo largo del tiempo, la eficacia del programa B sobre el A es mayor, a saber, en síntomas de hiperactivación, pensamientos postraumáticos, síntomas depresivos, de ansiedad, consumo de alcohol, *GSI* e *IEI*. Ocurrió del mismo modo en cuanto al nivel de funcionamiento psicosocial. Además, se produjo una mejora estadísticamente significativa del nivel de apoyo social percibido. El 80% de las mujeres que participaron en este programa, afirmaba contar con apoyo social, hecho que alcanzó el máximo porcentaje (100%) en el seguimiento a los doce meses.

En cuanto a la autoestima, ambos programas parecen igualmente eficaces. Los dos consiguen un aumento intersujeto significativo, aunque el mayor cambio se produce al comparar la evolución sólo durante el periodo de los seguimientos. En cualquier caso, el programa de exposición, también obtiene una mejora mayor.

El tamaño de efecto de la intervención fue muy satisfactorio. Se obtuvieron tamaños del efecto grandes para la mayoría de las variables en los dos programas. Igualmente, la significación clínica alcanzada, resultó altamente satisfactoria en los dos programas, aunque de mayor importancia en el B. Las mayores diferencias entre programas se encontraron al analizar los cambios en autoestima, y expresión de la ira, donde fue sensiblemente mayor el tamaño alcanzado por el programa que incluía exposición.

Atendiendo a la adherencia al tratamiento, se evaluó el porcentaje de abandonos y el número de sesiones a las que asistieron las participantes. En estos casos, las diferencias entre los programas no fueron estadísticamente significativas.

Otro aspecto importante fue la evaluación de la satisfacción de las participantes con el programa que resultó muy positiva. Ambos programas recibieron una valoración subjetiva superior a 30 puntos, oscilando el rango entre 8 y 32 puntos. Tampoco en este caso se puede hablar de significación estadística en las diferencias.

En conjunto, parece de mayor eficacia la intervención llevada a cabo por el programa que incluía exposición. Esta idea coincide con la inclusión que estudios previos han hecho de esta técnica, en concreto, Echeburúa *et al.* (1996) y Rincón (2003). De estos dos estudios, el primero de ellos llevaba a cabo la intervención de forma individual, mientras que el segundo lo hacía en un formato grupal. Atendiendo a las conclusiones de esta primera fase, y a la evidencia experimental de los estudios previos, se establece una segunda fase de estudio en la que se pueda comparar la eficacia del formato en que se aplica la intervención. En ella se compara el programa B (grupal con exposición) con otro,

programa C, que incluye, igualmente, exposición, pero se implementa en formato individual.

2.2. Fase 2: Análisis de la Eficacia del Formato de Dos Programas de Tratamiento para Víctimas de Violencia Doméstica: Grupal con Exposición (programa B) versus Individual con Exposición (programa C)

2.2.1. Análisis de la Homogeneidad de los Grupos (Programas B y C)

Se analizaron en primer lugar las características sociodemográficas de las participantes en esta fase del estudio. Las diferencias entre los programas no alcanzaron significación estadística alguna; los grupos se consideran completamente homogéneos (véase tabla 7.46).

Tabla 7.46. Homogeneidad de los grupos (programas B y C): características sociodemográficas

	Individual (n=25)	Grupal (n=28)	$F_{(g)}/\chi^2_{gl}$
Edad M (DT) <i>Rango</i>	38,04 (10,53) 23-54	40,18 (9,95) 25-65	$F_{(1,51)}=0,557$
Edad (%)			
< 30 años	32	17,9	$\chi^2_4=4,432$
31-40 años	32	35,7	
41-50 años	12	28,6	
51-60 años	24	14,3	
> 61 años	-	3,6	
Clase Social (%)			
Baja	24	10,7	$\chi^2_3=8,591$
Media-Baja	16	32,1	
Media	60	42,9	
Media-Alta	-	14,3	
Estado civil (%)			
Soltera	28	21,4	$\chi^2_4=3,957$
Conviviente	12	3,6	
Casadas	8	21,4	
Separadas o en trámites	52	50	
Viuda	-	3,6	
Ocupación laboral (%)			
Trabajadora a tiempo completo	20	28,6	$\chi^2_4=2,667$
Trabajadora a tiempo parcial	28	21,4	
En paro	12	21,4	
Ama de casa	36	28,6	
Discapacitada	4	-	
Nivel educativo (%)			
Primarios incompletos	16,7	3,6	$\chi^2_3=3,279$
Primarios completos	37,5	35,7	
Secundarios	37,5	42,9	
Universitarios	8,3	17,9	
Tiene hijos (%)	80	78,6	$\chi^2_1=0,016$

Tampoco al analizar las características de la historia de violencia doméstica se encontraron diferencias estadísticamente significativas: la homogeneidad es completa entre los dos grupos (véase la tabla 7.47).

Tabla 7.47. Homogeneidad de los grupos (programas B y C): características de la historia de violencia doméstica

	Individual (n=25)	Exposición (n=28)	F _(g) /χ ² _(g)
Convive con el agresor (%)	28	32,1	χ ² ₁ =0,743
Depende económicamente del agresor (%)	32	42,9	χ ² ₁ =0,663
Duración de la violencia doméstica M (DT) Rango	12 (10,89) 1-40	10,61 (10,42) 1-32	F _{(1,51)}} =0,226
Frecuencia de la violencia en el último mes (%)			
Nada	32	21,4	χ ² ₃ =1,822
A diario	36	53,6	
Una vez a la semana	12	7,1	
Una vez al mes	20	17,9	
Estado actual del problema (%)			
Es el peor momento	60	32,1	χ ² ₂ =4,535
Nivel intermedio	32	46,4	
Es el momento menos malo	8	21,4	
Tipo de violencia doméstica (%)			
Psicológico	44	21,4	χ ² ₄ =7,907
Físico	-	3,6	
Físico y psicológico	48	67,9	
Físico y sexual	4	-	
Psicológico, físico y sexual	4	7,1	
Ha denunciado (%)	68	53,6	χ ² ₁ =1,149
Número de denuncias (%)	(n=17)	(n=15)	
Una	52,9	60	χ ² ₂ =4,751
Dos	35,3	15	
Más de tres	11,8	25	
Ha tenido que salir de su hogar a causa de la violencia (%)	44	60,7	χ ² ₁ =1,481
Número de salidas del hogar (%)	(n=11)	(n=17)	
1-2 veces	72,7	64,7	χ ² ₂ =0,197
3-5 veces	27,3	35,3	
> 6 veces	-	-	
Lugar en el que se ha quedado durante la salida del hogar (%)	(n=11)	(n=17)	
Casa familia/amigos	63,6	58,9	χ ² ₂ =1,932
Casa acogida/refugio	27,3	41,1	
Nuevo domicilio	9,1	-	
Consideración de la salida del hogar (%)	(n=11)	(n=17)	
Temporal	36,4	58,9	χ ² ₁ =1,348
Definitiva	63,6	41,1	
Ha sufrido violencia doméstica de forma previa (%)	12	14,3	χ ² ₁ =1,117
Ha sufrido violencia doméstica algún miembro de su familia (%)	16	28,6	χ ² ₁ =2,170
Ha recibido atención médica a causa de la violencia doméstica (%)	36	35,7	χ ² ₁ =0
Ha recibido atención psicológica o psiquiátrica a causa de la violencia (%)	28	46,4	χ ² ₁ =1,909
Toma medicación a causa de la violencia doméstica (%)	52	53,6	χ ² ₁ =0,013
Tipo de medicación (%)	(n=9)	(n=15)	
Antidepresivos	38,5	66,6	χ ² ₃ =7,060
Ansiolíticos	38,5	20	
Analgésicos	-	13,3	
Medicación no psiquiátrica	23,1	-	
Cuenta con apoyo familiar (%)	80	78,6	χ ² ₁ =0,016
Cuenta con apoyo social (%)	56	64,3	χ ² ₁ =0,379
Cuenta con apoyo legal (%)	64	42,9	χ ² ₁ =2,369

Por último, se analizó la homogeneidad de los grupos con relación a la sintomatología psicológica, variables psicosociales, y salud física.

En la tabla 7.48 se muestra el análisis de la homogeneidad de los dos grupos en función de las diferencias en salud psicológica (general, síntomas postraumáticos y asociados). Aquí sí se encontró que ambos grupos diferían de forma estadísticamente significativa en la caracterización y agrupación de los síntomas postraumáticos, en el

cumplimiento de los criterios de reexperimentación y evitación del TEPT, en la presencia de pensamientos postraumáticos, síntomas depresivos y de ansiedad, en el nivel de autoestima, en el control externo de la ira y en sintomatología psicopatológica.

Se vio que la gravedad de los síntomas postraumáticos era significativamente mayor en el programa individual (el 64% presentaba SEPT frente al 28,6%, que lo presentaba en el programa grupal). Igualmente, la gravedad de los pensamientos postraumáticos fue mayor en las participantes asignadas a este programa ($M=12,92$; $DT=5,98$). En el programa grupal, la media de gravedad fue 7,39 ($DT=6,03$).

Analizando los criterios del TEPT, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el cumplimiento de la sintomatología de reexperimentación y evitación: 76% frente a 46,4% en reexperimentación, y 60% frente a 28,6% en evitación (para ambos, $p<0,05$).

Las diferencias estadísticamente significativas en los síntomas depresivos se vieron por la mayor gravedad de éstos en el programa individual ($M=32,24$; $DT=12,61$), frente al grupal ($M=24,18$; $DT=14,03$) ($p<0,05$). Del mismo modo ocurrió con respecto a los síntomas de ansiedad ($M=31,56$; $DT=11,83$, en el programa C; $M=24,48$; $DT=14,03$, en el programa B) ($p<0,05$).

Por otro lado, el nivel de autoestima en el programa individual ($M=25,8$; $DT=4,06$) fue significativamente menor que en el grupal ($M=28$; $DT=3,45$) ($p<0,01$).

La sintomatología psicopatológica mostró diferencias entre grupos, tanto en el *GSI* como en las subescalas de obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ideación paranoide y psicoticismo. La puntuación del *GSI* obtenida por las mujeres en el programa individual fue 2,08 ($DT=0,83$) frente a la del programa grupal ($M=1,42$; $DT=1,42$) ($p<0,01$). Las diferencias en las puntuaciones en el resto de variables pueden verse en la tabla señalada.

También los grupos de participantes mostraron diferencias en la homogeneidad en la puntuación del control externo de la ira. Las mujeres asignadas al programa individual mostraron una puntuación significativamente ($p<0,01$) menor ($M=2,41$; $DT=0,77$) frente a las del programa grupal ($M=2,93$; $DT=0,6$).

Tabla 7.48. Homogeneidad de los grupos (programas B y C): salud psicológica

Variables	Individual (n=25)	Grupal (n=28)	F _(g) /χ ² _{gl}
Ha sufrido alguna vez un trastorno psicológico (%)	52	53,6	χ ² ₁ =0,013
Tipo de trastorno psicológico (%)	(n=13)	(n=15)	
Trastornos depresivos	61,5	86,7	χ ² ₄ =5,409
Trastornos de ansiedad	-	6,6	
Trastornos de la alimentación	15,4	6,6	
Trastornos adaptativos	7,7	-	
Otros	15,4	-	
Ha recibido atención psicológica o psiquiátrica por estos trastornos (%)	(n=13) 53,8	(n=15) 66,7	χ ² ₁ =0,480
Sintomatología postraumática M (DT)	17,56 (6,44)	14,86 (6,51)	F _{(1,51)}=2,296}
Categorización de la sintomatología postraumática según <i>EGS</i> (%)			
SEPT	64	28,6	χ ² ₁ =6,691*
Síntomas aislados	36	71,4	
Reexperimentación			
%	76	46,4	χ ² ₁ =4,828*
M (DT)	4,96 (2,89)	4,21 (3,11)	
Evitación			
%	60	28,6	χ ² ₁ =5,311*
M (DT)	6,36 (3,36)	5,39 (3,50)	
Hiperactivación			
%	60	46,4	χ ² ₁ =1,646
M (DT)	6,24 (2,81)	5,25 (2,71)	
Pensamientos postraumáticos M (DT)	12,92 (5,98)	7,39 (6,03)	F _{(1,51)}=10,902**}
Síntomas depresivos según <i>BDI</i> M (DT)	32,24 (12,61)	24,18 (14,03)	F _{(1,51)}=4,79*}
Categorización síntomas depresivos según <i>BDI</i> (%)			
Depresión mínima	4	17,9	χ ² ₃ =3,568
Depresión leve	12	14,3	
Depresión moderada	28	32,1	
Depresión grave	56	35,7	
Ideación suicida (%)	40	60,7	χ ² ₁ =2,268
Síntomas de ansiedad según <i>BAI</i> M (DT)	31,56 (11,83)	24,48 (12,54)	F _{(1,51)}=4,843*}
Categorización de los síntomas de ansiedad según <i>BAI</i> (%)			
Ansiedad normal	-	17,9	χ ² ₃ =6,543
Ansiedad leve-moderada	20	17,9	
Ansiedad moderada-grave	20	28,6	
Ansiedad grave	60	35,7	
Consumo de alcohol M (DT) %	0,08 (0,27)	0,14 (0,44)	F _{(1,51)}=0,236}
Autoestima M (DT)	-	3,7	χ ² ₁ =0,907
Sintomatología psicopatológica (<i>BSI</i>) M (DT)	25,8 (4,06)	28 (3,45)	F _{(1,51)}=8,001**}
Somatización	1,74 (1,2)	1,36 (0,98)	F _{(1,51)}=1,558}
Obsesión-compulsión	2,38 (0,91)	1,83 (1)	F _{(1,51)}=4,321*}
Sensibilidad interpersonal	2,34 (1,04)	1,30 (1,08)	F _{(1,51)}=12,57**}
Depresión	2,6 (0,97)	1,66 (1,01)	F _{(1,51)}=11,76**}
Ansiedad	2,13 (1,11)	1,74 (0,87)	F _{(1,51)}=2,074}
Hostilidad ^a	0,86 (0,68)	0,83 (0,51)	F _{(1,51)}=0,028}
Ansiedad fóbica	1,51 (1,04)	1,14 (0,95)	F _{(1,51)}=1,877}
Ideación paranoide	2,35 (0,84)	1,34 (0,8)	F _{(1,51)}=19,88**}
Psicoticismo ^a	2,08 (1,13)	1,19 (0,83)	F _{(1,51)}=10,93**}
<i>CSI</i>	2,08 (0,83)	1,42 (0,71)	F _{(1,51)}=9,570**}
Expresión de la Ira M (DT)			
Control externo	2,41 (0,77)	2,93 (0,6)	F _{(1,51)}=7,601**}
Control interno	2,59 (0,88)	2,22 (0,72)	F _{(1,51)}=2,841}
Expresión externa	1,67 (0,41)	1,56 (0,43)	F _{(1,51)}=0,832}
Expresión interna ^a	2,05 (0,68)	2,03 (0,45)	F _{(1,51)}=0,022}
<i>IEI</i>	34,72 (1,53)	34,44 (1,15)	F _{(1,51)}=0,569}

^a No se cumple el supuesto de homogeneidad de las varianzas.

*p<0,05

**p<0,01

Se realizó también un análisis de homogeneidad con los síntomas postraumáticos (véase tabla 7.49). Se compararon ambos grupos en función del cumplimiento de cada uno de los 17 síntomas que definen el TEPT. Solamente se vieron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de mujeres que presentaban problemas de sueño (insomnio): el 80% de las mujeres asignadas al programa individual cumplía este síntoma, mientras que en el programa grupal, solamente el 36% lo cumplía ($p < 0,01$).

Tabla 7.49. Homogeneidad de los grupos (programas B y C): síntomas postraumáticos

Síntomas postraumáticos	Individual (n=25)	Exposición (n=28)	χ^2_{gt}
Reexperimentación			
Recuerdos intrusivos	52	48	$\chi^2_{1}=1,426$
Sueños intrusivos	8	14,3	$\chi^2_{1}=0,520$
Flashbacks	16	7,1	$\chi^2_{1}=1,032$
Malestar psicológico	64	39,3	$\chi^2_{1}=3,228$
Malestar fisiológico	48	46,4	$\chi^2_{1}=0,013$
Evitación			
Evitar pensar, sentir...	40	32,1	$\chi^2_{1}=0,335$
Evitar actividades, lugares...	20	35,7	$\chi^2_{1}=1,607$
Amnesia	4	7,1	$\chi^2_{1}=0,244$
Desinterés por actividades	56	42,9	$\chi^2_{1}=0,913$
Sentirse enajenado, separado	40	20	$\chi^2_{1}=3,191$
Anestesia afectiva	40	39,3	$\chi^2_{1}=0,003$
Futuro desolador	16	17,9	$\chi^2_{1}=0,032$
Hiperactivación			
Insomnio	80	36	$\chi^2_{1}=12,208^{**}$
Ira, irritabilidad	4	21,4	$\chi^2_{1}=3,500$
Dificultades de concentración	52	50	$\chi^2_{1}=0,021$
Hipervigilancia	48	28,6	$\chi^2_{1}=2,122$
Respuesta de sobresalto	32	42,9	$\chi^2_{1}=0,663$

** $p < 0,01$

Por otro lado, el análisis de la homogeneidad de los grupos en funcionamiento en la vida cotidiana no reveló la presencia de ninguna diferencia estadísticamente significativa. En la tabla 7.50 pueden verse las puntuaciones medias de las áreas afectadas.

Tabla 7.50. Homogeneidad de los grupos (programas B y C): variables psicosociales

Variables	HH.CC. (n=25)	Exposición (n=28)	$F_{(g)}$
Problemas de funcionamiento en la vida cotidiana ^a M (DT)	4,28 (1,76)	4,32 (1,88)	$F_{(1,51)}=0,007$
Consulta profesional de la salud (%)	0,6 (0,5)	0,79 (0,41)	$F_{(1,51)}=2,161$
Toma medicación más de una vez por semana (%)	0,36 (0,49)	0,5 (0,5)	$F_{(1,51)}=1,054$
Toma alcohol y/o drogas por estos problemas ^a (%)	0,16 (0,37)	0,07 (0,26)	$F_{(1,51)}=1,032$
Estos problemas han afectado a su vida laboral o académica (%)	0,6 (0,5)	0,68 (0,47)	$F_{(1,51)}=0,355$
Estos problemas han afectado a sus relaciones sociales ^a (%)	0,88 (0,33)	0,67 (0,48)	$F_{(1,51)}=3,060$
Estos problemas han afectado a su relación de pareja (%)	0,92 (0,27)	0,89 (0,31)	$F_{(1,51)}=0,114$
Estos problemas han afectado a otros aspectos importantes de su vida ^a (%)	0,76 (0,66)	0,85 (0,36)	$F_{(1,51)}=3,158$

^a No se cumple el supuesto de homogeneidad de las varianzas.

Finalmente, se analizaron las diferencias en el ámbito de la salud física (véase tabla 7.51). Se vio que en el programa individual había un porcentaje mayor de mujeres que presentaban alteraciones en la salud (48% frente al 14,3%; $p < 0,05$). Sin embargo, a pesar de que la variedad de problemas de salud era diferente en ambos grupos, no se alcanzó un nivel de significación estadística.

Tabla 7.51. Homogeneidad de los grupos (programas B y C): salud física

Variables	Individual (n=25)	Grupal (n=28)	χ^2_{gl}
Tiene problemas de salud (%)	48	14,3	$\chi^2_{1} = 7,123^{**}$
Tipo de problema de salud (%)	(n=12)	(n=4)	
Problemas de huesos	8,3	-	
Problemas digestivos	33,3	75	
Problemas neurológicos	16,7	-	$\chi^2_{5} = 3,302$
Problemas de corazón	8,3	-	
Problemas endocrinos	16,7	25	
Problemas de riñón	16,7		

** $p < 0,01$

2.2.2. Análisis de la Eficacia de los Programas B y C

2.2.2.1. Determinación de las Mejorías a lo Largo del Tiempo en los Programas B y C

Se describen, a continuación, la evolución y el análisis de los cambios obtenidos desde el pretratamiento y a lo largo de los seguimientos. Al igual que en la fase 1 del estudio, se hace una división atendiendo a los cambios pre-post y a los cambios pre-seguimientos.

a. Cambios Pre-Postratamiento en los Programas B y C

i. Síntomas Postraumáticos y Asociados

Lo más destacado al analizar estos cambios es comprobar cómo las diferencias resultan estadísticamente significativas en la mayor parte de las variables consideradas. De este modo, hay que señalar el grado de significación estadística que alcanzan la mayoría de las diferencias intrasujeto. Excepto en el nivel de autoestima, en la subescala de hostilidad del *BSI*, y en la expresión externa de la ira, todos los cambios registrados reflejan diferencias estadísticamente significativas. También se producen diferencias significativas intergrupo (en hiperactivación postraumática, pensamientos postraumáticos, síntomas depresivos, consumo de alcohol, y sintomatología psicopatológica -*GSI*, depresión, ideación paranoide, psicoticismo y sensibilidad interpersonal-), y en los cambios debidos a la interacción tiempo x tratamiento (síntomas postraumáticos, depresivos, de ansiedad, consumo de alcohol, sintomatología psicopatológica -*GSI*, depresión, ideación paranoide, psicoticismo y sensibilidad interpersonal- y control interno de la ira) (véase tabla 7.52).

Tabla 7.52. Variables de sintomatología comparando los programas B y C (ANOVAs 2x2 pre-post)

Variables	Contrastes		
	Intrasujeto	Intergrupo	Interacción tiempo x programa
Sintomatología postraumática según <i>EGS</i>	$F_{1,37}=128,747^{**}$	$F_{1,37}=1,806$	$F_{1,37}=2,339$
Reexperimentación	$F_{1,37}=30,098^{**}$	$F_{1,37}=0,138$	$F_{1,37}=3,696$
Evitación	$F_{1,37}=78,752^{**}$	$F_{1,37}=0,219$	$F_{1,37}=0,717$
Hiperactivación	$F_{1,37}=52,286^{**}$	$F_{1,37}=4,280^*$	$F_{1,37}=0,145$
Pensamientos postraumáticos	$F_{1,37}=29,597^{**}$	$F_{1,37}=5,900^*$	$F_{1,37}=8,479^{**}$
Síntomas depresivos según <i>BDI</i>	$F_{1,37}=42,872^{**}$	$F_{1,37}=6,213^*$	$F_{1,37}=4,490^*$
Síntomas de ansiedad según <i>BAI</i>	$F_{1,37}=33,789^{**}$	$F_{1,37}=1,676$	$F_{1,37}=5,927^*$
Consumo de alcohol	$F_{1,37}=8,009^{**}$	$F_{1,37}=17,195^{**}$	$F_{1,37}=6,837^*$
Autoestima	$F_{1,37}=0,106$	$F_{1,37}=0,012$	$F_{1,37}=2,661$
Sintomatología psicopatológica según <i>BSI</i>			
Somatización	$F_{1,37}=23,031^{**}$	$F_{1,37}=0,574$	$F_{1,37}=1,797$
Obsesión-compulsión	$F_{1,37}=20,625^{**}$	$F_{1,37}=1,973$	$F_{1,37}=0,522$
Sensibilidad interpersonal	$F_{1,37}=11,263^{**}$	$F_{1,37}=6,951^*$	$F_{1,37}=5,385^*$
Depresión	$F_{1,37}=31,626^{**}$	$F_{1,37}=5,841^*$	$F_{1,37}=8,143^{**}$
Ansiedad	$F_{1,37}=16,446^{**}$	$F_{1,37}=0,553$	$F_{1,37}=0,717$
Hostilidad	$F_{1,37}=1,091$	$F_{1,37}=1,724$	$F_{1,37}=3,536$
Ansiedad fóbica	$F_{1,37}=15,672^{**}$	$F_{1,37}=0,996$	$F_{1,37}=0,712$
Ideaación paranoide	$F_{1,37}=7,913^{**}$	$F_{1,37}=9,245^{**}$	$F_{1,37}=4,718^*$
Psicoticismo	$F_{1,37}=22,822^{**}$	$F_{1,37}=8,065^{**}$	$F_{1,37}=5,434^*$
<i>GSI</i>	$F_{1,37}=164,413^{**}$	$F_{1,37}=6,948^*$	$F_{1,37}=8,576^{**}$
Expresión de la Ira según <i>STAXI</i>			
Control externo	$F_{1,37}=12,814^{**}$	$F_{1,37}=2,542$	$F_{1,37}=4,921^*$
Control interno	$F_{1,37}=5,108^*$	$F_{1,37}=0,307$	$F_{1,37}=2,717$
Expresión externa	$F_{1,37}=3,018$	$F_{1,37}=2,567$	$F_{1,37}=0,022$
Expresión interna	$F_{1,37}=4,570^*$	$F_{1,37}=0,005$	$F_{1,37}=0,022$
<i>IEI</i>	$F_{1,37}=17,158^{**}$	$F_{1,37}=0,734$	$F_{1,37}=0,008$

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

En definitiva, se ha encontrado un gran número de diferencias estadísticamente significativas, lo que implica que existe una eficacia diferencial de la intervención a lo largo del tiempo, y que, como se verá más adelante, ésta difiere en algunos aspectos en función del programa aplicado.

Por otro lado, en las figuras 7.25 a 7.35 se pueden observar gráficamente los cambios logrados. Casi todos ellos, independientemente del programa al que se adjudiquen, se consideran mejoras con respecto a la medida pretratamiento. En el único caso en el que se produce un ligero empeoramiento es en la subescala de hostilidad del *BSI*, en el programa individual (de 0,86, pasa a 0,91) ($t=0,125$, n.s.)

Atendiendo a los cambios intergrupo, se puede decir que el programa individual consigue una reducción mayor en los síntomas postraumáticos de reexperimentación ($t=-2,386$; $p < 0,01$), y en los de ansiedad ($t=-12,217$; $p < 0,01$). Los restantes cambios significativos son atribuibles al efecto del programa grupal, cuyas diferencias resultan también estadísticamente significativas en todos los casos excepto en la escala de expresión externa de la ira y autoestima.

Figura 7.25. Evolución de los cambios pre-post en síntomas postraumáticos (programas B y C)

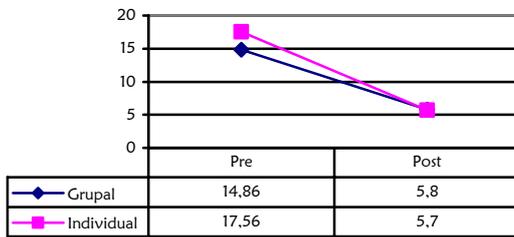


Figura 7.26. Evolución de los cambios pre-post en síntomas de reexperimentación (programas B y C)

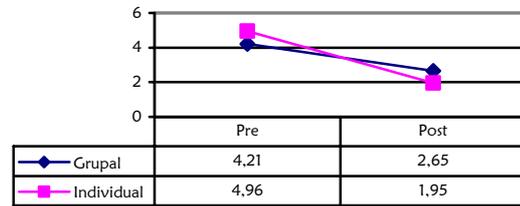


Figura 7.27. Evolución de los cambios pre-post en síntomas de evitación (programas B y C)

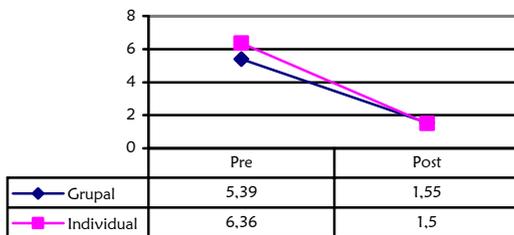


Figura 7.28. Evolución de los cambios pre-post en síntomas de hiperactivación (programas B y C)

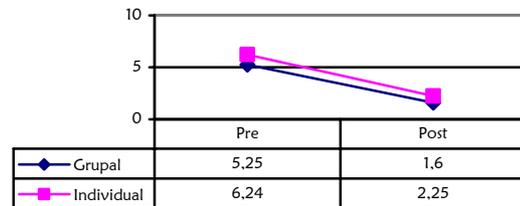


Figura 7.29. Evolución de los cambios pre-post en pensamientos postraumáticos (programas B y C)

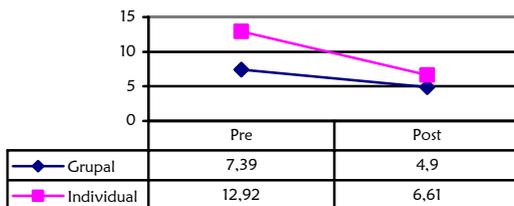


Figura 7.30. Evolución de los cambios pre-post en síntomas depresivos (programas B y C)

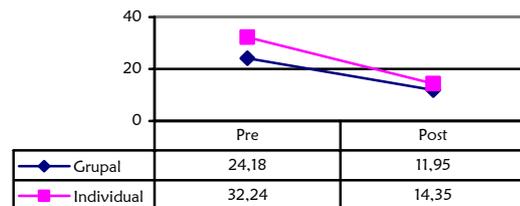


Figura 7.31. Evolución de los cambios pre-post en síntomas de ansiedad (programas B y C)

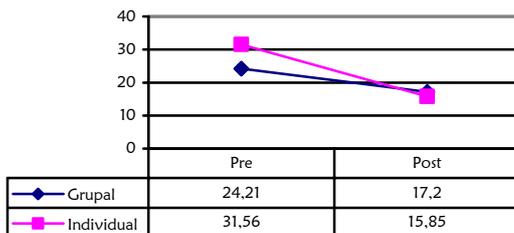


Figura 7.32. Evolución de los cambios pre-post en consumo de alcohol (programas B y C)

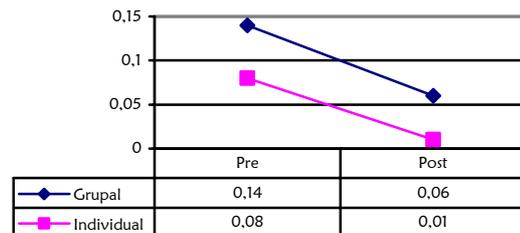


Figura 7.33. Evolución de los cambios pre-post en autoestima (programas B y C)

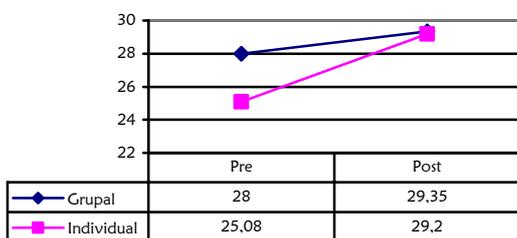


Figura 7.34. Evolución de los cambios pre-post en el CSI (programas B y C)

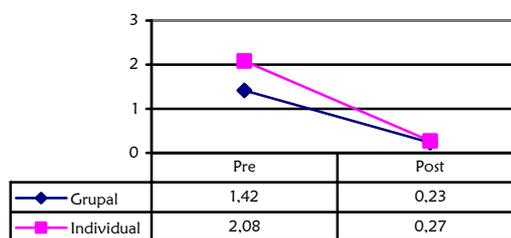
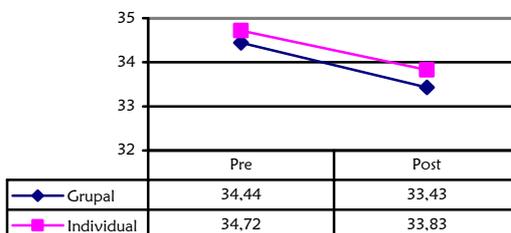


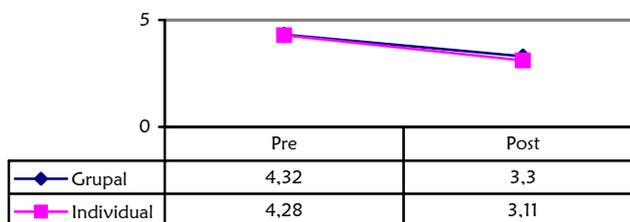
Figura 7.35. Evolución de los cambios pre-post en el IEI (programas B y C)



ii. Readaptación Psicosocial y Problemas de Funcionamiento en la Vida Cotidiana

Con respecto al funcionamiento en la vida cotidiana, se vieron mejoras en ambos programas. No obstante, las mayores diferencias fueron obtenidas por las mujeres asignadas al programa individual ($t=-1,147$; $p<0,01$) (véase figura 7.36).

Figura 7.36. Evolución de los cambios pre-post en la presencia de problemas de funcionamiento en la vida cotidiana (programas B y C)



Por otro lado, el resultado del ANOVA reveló también diferencias intrasujeto estadísticamente significativas en la presencia de problemas de funcionamiento ($F_{(1,34)}=13,278$; $p<0,01$), en el grado de afectación en la vida laboral o académica

($F_{(1,34)}=9,753$; $p<0,01$), y la relación de pareja ($F_{(1,34)}=15,303$; $p<0,01$). Estos datos se presentan en la tabla 7.53, donde pueden verse también los cambios intergrupo en el consumo de medicamentos más de una vez por semana ($F_{(1,34)}=8,117$; $p<0,01$), y la interacción estadísticamente significativa tiempo x programa, en el consumo de alcohol y/o drogas para hacer frente a los problemas derivados de la historia de violencia doméstica ($F_{(1,34)}=5,399$; $p<0,05$).

Tabla 7.53. Cambios pre-post en readaptación psicosocial y problemas de funcionamiento en la vida cotidiana comparando los programas B y C. (ANOVAs 2x2)

Variables	Contrastes		
	Intrasujeto	Intergrupo	Interacción tiempo x programa
Problemas de funcionamiento en la vida cotidiana	$F_{(1,34)}=13,278^{**}$	$F_{(1,34)}=1,577$	$F_{(1,34)}=0,014$
Consulta profesional de la salud	$F_{(1,34)}=0,353$	$F_{(1,34)}=0,411$	$F_{(1,34)}=3,882$
Toma medicación más de una vez por semana	$F_{(1,34)}=0,480$	$F_{(1,34)}=8,117^{**}$	$F_{(1,34)}=0,001$
Toma alcohol y/o drogas por estos problemas	$F_{(1,34)}=1,713$	$F_{(1,34)}=0,046$	$F_{(1,34)}=5,399^*$
Estos problemas han afectado a su vida laboral o académica	$F_{(1,34)}=9,753^{**}$	$F_{(1,34)}=3,882$	$F_{(1,34)}=0,030$
Estos problemas han afectado a sus relaciones sociales	$F_{(1,34)}=3,667$	$F_{(1,34)}=1,305$	$F_{(1,34)}=1,477$
Estos problemas han afectado a su relación de pareja	$F_{(1,34)}=15,303^{**}$	$F_{(1,34)}=0,352$	$F_{(1,34)}=0,325$
Estos problemas han afectado a otros aspectos importantes de su vida	$F_{(1,34)}=2,328$	$F_{(1,34)}=0,237$	$F_{(1,34)}=0,018$

* $p<0,05$

** $p<0,01$

Por otro lado, se llevó a cabo un análisis de proporciones relacionadas en las variables dicotómicas para los dos momentos de medida mediante una prueba χ^2 , en la que se consideró la prueba de McNemar para analizar la significación estadística de estos resultados.

Analizando los resultados entre los dos programas (cambios intergrupo), se comprobó que no existían diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables consideradas. Por el contrario, cuando se analizaron las diferencias intergrupo (pre-post en cada programa), se comprobó que solamente existían diferencias estadísticamente significativas en la percepción de apoyo social en el programa grupal. En la tabla 7.54 se pueden ver los datos relativos al pre y post en estas medidas.

Tabla 7.54. Percepción de la presencia de apoyo familiar y social pre-post comparando los programas B y C. Valor del estadístico χ^2 y significación estadística a partir de la prueba de McNemar.

Variables	Individual (n=25)			Grupal (n=28)		
	Pre	Post	χ^2	Pre	Post	χ^2
Apoyo familiar (%)	80	80	0	78,6	75	0,029
Apoyo social (%)	56	90	3,333	64,3	80	6,343*

* $p<0,05$

b. Cambios en los Programas B y C en los Seguimientos

i. Síntomas Postraumáticos y Asociados

Las diferencias intrasujeto observadas a lo largo de los seguimientos son estadísticamente significativas en todas las variables excepto en el consumo de alcohol. Además, resultan también estadísticamente significativos los cambios intergrupo en pensamientos postraumáticos, síntomas depresivos y autoestima, y la interacción resulta significativa también en el caso de los síntomas depresivos y el *GSI*. Véase la tabla 7.55, en la que se presentan estos resultados.

Tabla 7.55. Variables de sintomatología comparando los programas B y C (ANOVAs 2x6, pre-seguimientos)

Variables	Contrastes		
	Intrasujeto	Intergrupo	Interacción tiempo x programa
Sintomatología postraumática según <i>EGS</i>	$F_{(1,36)}=211,106^{**}$	$F_{(1,36)}=2,759$	$F_{(1,36)}=1,594$
Reexperimentación	$F_{(1,36)}=35,748^{**}$	$F_{(1,36)}=1,922$	$F_{(1,36)}=1,679$
Evitación	$F_{(1,36)}=68,292^{**}$	$F_{(1,36)}=1,458$	$F_{(1,36)}=1,133$
Hiperactivación	$F_{(1,36)}=126,649^{**}$	$F_{(1,36)}=1,718$	$F_{(1,36)}=3,545$
Pensamientos postraumáticos	$F_{(1,36)}=41,144^{**}$	$F_{(1,36)}=9,319^{**}$	$F_{(1,36)}=2,866$
Síntomas depresivos según <i>BDI</i>	$F_{(1,36)}=92,907^{**}$	$F_{(1,36)}=4,548^*$	$F_{(1,36)}=4,290^*$
Síntomas de ansiedad según <i>BAI</i>	$F_{(1,36)}=90,317^{**}$	$F_{(1,36)}=0,863$	$F_{(1,36)}=1,636$
Consumo de alcohol	$F_{(1,36)}=0,758$	$F_{(1,36)}=0,211$	$F_{(1,36)}=0,110$
Autoestima	$F_{(1,36)}=58,335^{**}$	$F_{(1,36)}=16,007^{**}$	$F_{(1,36)}=1,006$
<i>GSI</i>	$F_{(1,36)}=136,797^{**}$	$F_{(1,36)}=3,967$	$F_{(1,36)}=6,565^*$
<i>IEI</i>	$F_{(1,36)}=9,051^{**}$	$F_{(1,36)}=3,507$	$F_{(1,36)}=0,993$

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

La mejoría es visible a largo plazo en todas las variables. Comenzando por los síntomas postraumáticos, pueden observarse las figuras 7.37 a 7.41 que muestran gráficamente cuál fue la evolución seguida por la sintomatología general, así como la de los síntomas de reexperimentación, evitación, hiperactivación y pensamientos postraumáticos. Como puede apreciarse, la gravedad de todos estos síntomas fue disminuyendo de forma relativamente continua a medida que avanzaban los seguimientos. No obstante, se constataron repuntes, aun sin alcanzar el nivel de significación estadística, en el programa individual en el seguimiento a los seis meses de los síntomas generales, así como en reexperimentación, evitación e hiperactivación. Sin embargo, estas puntuaciones se redujeron en el seguimiento a los 12 meses hasta niveles iguales o inferiores a los que se habían logrado en el seguimiento a los tres meses.

Todas las puntuaciones alcanzadas al año de seguimiento fueron menores para las participantes en el programa grupal, con excepción de la sintomatología de hiperactivación, que fue ligeramente inferior tras la aplicación del programa individual.

La mejora de los pensamientos postraumáticos se vio a lo largo del tiempo en los dos programas. Si se observa la figura 7.41, puede comprobarse que esta reducción se produjo en proporciones similares en las participantes en ambos modelos de intervención. Sin embargo, en el programa individual, los niveles alcanzados fueron siempre mayores – representando una mayor gravedad- que en el programa grupal.

Finalmente, las tablas 7.56 a 7.60 muestran el análisis completo de comparaciones intrasujeto. Se comprobó que las diferencias entre el pretratamiento y todos los momentos de medida resultaban estadísticamente significativas en todas las variables citadas.

Figura 7.37. Evolución de los cambios pre-seguimiento en síntomas postraumáticos (programas B y C)

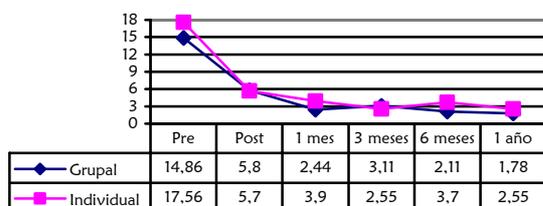


Tabla 7.56. Comparaciones múltiples pre-seguimiento: síntomas postraumáticos (programas B y C).

Comparaciones Intrasujeto	Contrastes y significación
Pre-Post	t=10,131**
Pre-seguimiento 1 mes	t=12,669**
Pre-seguimiento 3 meses	t=13,011**
Pre-seguimiento 6 meses	t=12,936**
Pre-seguimiento 12 meses	t=13,678**

**p<0,01

Figura 7.38. Evolución de los cambios pre-seguimiento en síntomas de reexperimentación (programas B y C)

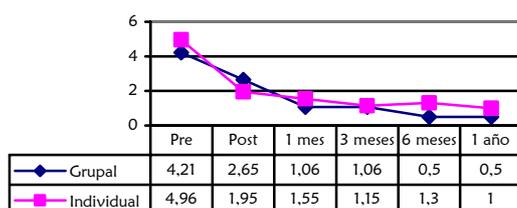


Tabla 7.57. Comparaciones múltiples pre-seguimiento: síntomas reexperimentación (programas B y C).

Comparaciones Intrasujeto	Contrastes y significación
Pre-Post	t=2,139**
Pre-seguimiento 1 mes	t=3,089**
Pre-seguimiento 3 meses	t=3,289**
Pre-seguimiento 6 meses	t=3,492**
Pre-seguimiento 12 meses	t=3,642**

**p<0,01

Figura 7.39. Evolución de los cambios pre-seguimiento en síntomas de evitación (programas B y C)

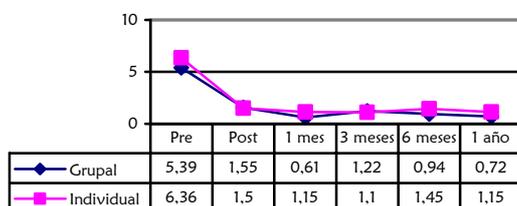


Figura 7.40. Evolución de los cambios pre-seguimiento en síntomas de hiperactivación (programas B y C)

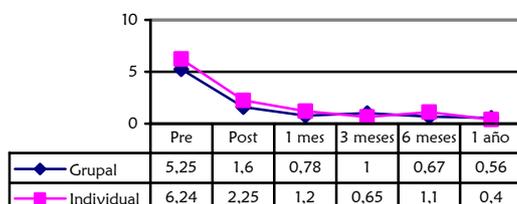
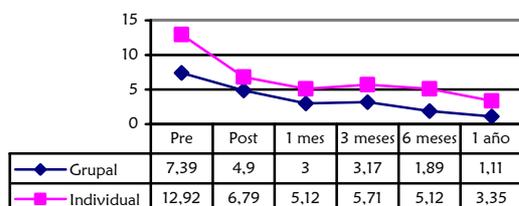


Figura 7.41. Evolución de los cambios pre-seguimiento en pensamientos postraumáticos (programas B y C)



En cuanto a la sintomatología asociada, los resultados obtenidos son, en proporción, muy similares. Tal y como puede observarse en las tablas 7.60 y 7.61 y las figuras 7.42 y 7.43, hay una reducción continua, constante y estadísticamente significativa de los síntomas depresivos y de ansiedad.

Tabla 7.58. Comparaciones múltiples pre-seguimiento: síntomas evitación (programas B y C).

Comparaciones Intrasujeto	Contrastes y significación
Pre-Post	t=4,283**
Pre-seguimiento 1 mes	t=4,875**
Pre-seguimiento 3 meses	t=4,594**
Pre-seguimiento 6 meses	t=4,558**
Pre-seguimiento 12 meses	t=4,819**

**p<0,01

Tabla 7.59. Comparaciones múltiples pre-seguimiento: síntomas hiperactivación (programas B y C).

Comparaciones Intrasujeto	Contrastes y significación
Pre-Post	t=3,708**
Pre-seguimiento 1 mes	t=4,706**
Pre-seguimiento 3 meses	t=4,869**
Pre-seguimiento 6 meses	t=4,811**
Pre-seguimiento 12 meses	t=5,217**

**p<0,01

Tabla 7.60. Comparaciones múltiples pre-seguimiento: pensamientos postraumáticos (programas B y C).

Comparaciones Intrasujeto	Contrastes y significación
Pre-Post	t=4,233**
Pre-seguimiento 1 mes	t=5,611**
Pre-seguimiento 3 meses	t=5,215**
Pre-seguimiento 6 meses	t=6,167**
Pre-seguimiento 12 meses	t=7,493**

**p<0,01

Figura 7.42. Evolución de los cambios pre-seguimiento en síntomas depresivos (programas B y C)

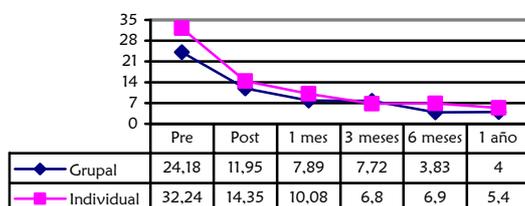


Tabla 7.61. Comparaciones múltiples pre-seguimiento: síntomas depresivos (programas B y C).

Comparaciones Intrasujeto	Contrastes y significación
Pre-Post	t=14,828**
Pre-seguimiento 1 mes	t=18,047**
Pre-seguimiento 3 meses	t=20,131**
Pre-seguimiento 6 meses	t=22,025**
Pre-seguimiento 12 meses	t=22,692**

**p<0,01

Figura 7.43. Evolución dos cambios pre-seguimiento en síntomas de ansiedad (programas B y C)

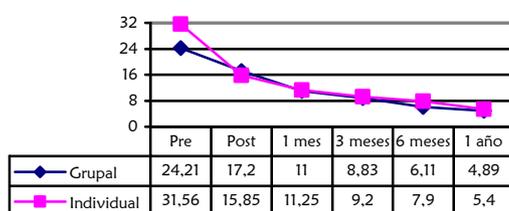


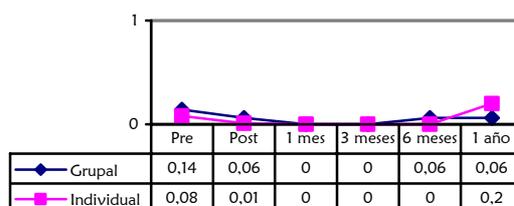
Tabla 7.62. Comparaciones múltiples pre-seguimiento: síntomas ansiedad (programas B y C)

Comparaciones Intrasujeto	Contrastes y significación
Pre-Post	t=11,631**
Pre-seguimiento 1 mes	t=16,597**
Pre-seguimiento 3 meses	t=18,706**
Pre-seguimiento 6 meses	t=20,717**
Pre-seguimiento 12 meses	t=22,578**

**p<0,01

Por el contrario, en el caso del consumo de alcohol, los cambios intrasujeto no fueron estadísticamente significativos en ningún momento de medida. Incluso, a pesar de la evolución positiva que se produce en los dos programas hasta el seguimiento a los seis meses. En el programa individual, hay un ligero agravamiento en el seguimiento al cabo del año, apenas perceptible en el rango de la escala (0-4 puntos). Estos resultados pueden verse en la figura 7.44. Nótese que se ha ampliado en ésta el eje de ordenadas para poder observar con mayor claridad la evolución de los síntomas en esta variable.

Figura 7.44. Evolución de los cambios pre-seguimiento en consumo del alcohol (programas B y C)



En el caso de la autoestima, se observa un aumento continuado desde el pretratamiento hasta el seguimiento a los doce meses en los dos programas (véase figura 7.45). Además, el análisis de las diferencias intrasujeto puso de manifiesto un nivel de significación estadística a partir del seguimiento al mes, que permaneció constante hasta el seguimiento a los doce meses (véase tabla 7.63). Tanto el programa individual como el grupal, mantienen la tendencia al aumento de la autoestima de forma constante.

Figura 7.45. Evolución de los cambios pre-seguimiento en autoestima (programas B y C)

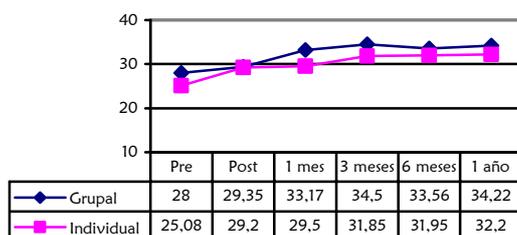


Tabla 7.63. Comparaciones múltiples pre-seguimiento: autoestima (programas B y C).

Comparaciones Intrasujeto	Contrastes y significación
Pre-Post	t=-2,675
Pre-seguimiento 1 mes	t=-4,575**
Pre-seguimiento 3 meses	t=-6,417**
Pre-seguimiento 6 meses	t=-5,994**
Pre-seguimiento 12 meses	t=-6,453**

**p<0,01

También, tal y como se hizo en la fase 1 del estudio, el análisis de la sintomatología psicopatológica, se realizó únicamente a partir del *GSI*. Como puede observarse en la figura 7.46, la disminución de la sintomatología fue relativamente constante desde la evaluación postratamiento hasta el último seguimiento. También del mismo modo que se observó en la fase 1, se vio un ligero repunte de la gravedad en la evaluación de seguimiento al mes en los dos programas. Sin embargo, con respecto a la evaluación pretratamiento, todas las diferencias resultaron estadísticamente significativas (véase tabla 7.63).

Figura 7.46. Evolución de los cambios pre-seguimiento en el *GSI* (programas B y C)

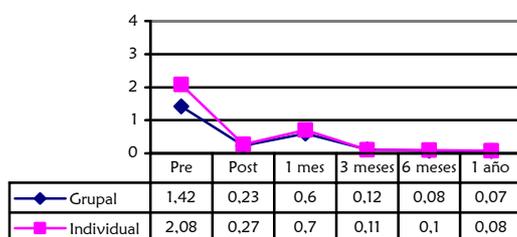


Tabla 7.64. Comparaciones múltiples pre-seguimientos: *GSI* (programas B y C).

Comparaciones Intrasujeto	Contrastes y significación
Pre-Post	t=1,447**
Pre-seguimiento 1 mes	t=1,037**
Pre-seguimiento 3 meses	t=1,572**
Pre-seguimiento 6 meses	t=1,595**
Pre-seguimiento 12 meses	t=1,610**

**p<0,01

Las comparaciones intrasujeto correspondientes al *IEI* resultaron estadísticamente significativas en todos los momentos de medida, pese a que la evolución a lo largo del paso del tiempo fue relativamente estable en los dos programas de intervención (véanse la figura 7.47 y la tabla 7.65).

Figura 7.47 Evolución de los cambios pre-seguimiento en el *IEI* (programas B y C)

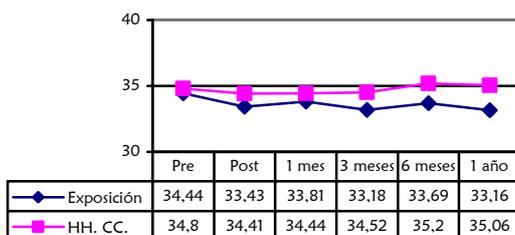


Tabla 7.65. Comparaciones múltiples pre-seguimiento: *IEI* (programas B y C).

Comparaciones Intrasujeto	Contrastes y significación
Pre-Post	t=1,447**
Pre-seguimiento 1 mes	t=1,037**
Pre-seguimiento 3 meses	t=1,572**
Pre-seguimiento 6 meses	t=1,595**
Pre-seguimiento 12 meses	t=1,610**

**p<0,01

ii. Readaptación Psicosocial y Problemas de Funcionamiento en la Vida Cotidiana

El análisis de los cambios ocurridos en torno a la readaptación de las víctimas y su funcionamiento en la vida cotidiana puso también de manifiesto diferencias a lo largo de la intervención. Como puede observarse en la tabla 7.66, las diferencias intrasujeto resultaron estadísticamente significativas en todas las áreas problemas en la vida cotidiana, excepto en el consumo de medicación más de una vez por semana. En este caso, sí resultó estadísticamente significativa la diferencia intergrupo, es decir, la reducción del consumo de medicación fue estadísticamente diferente entre las participantes en ambos programas, siendo menor el uso de medicación entre las participantes en el programa individual.

Tabla 7.66. Cambios pre-seguimientos en readaptación psicosocial comparando los programas B y C (ANOVA 2x6)

Variables	Contrastes		
	Intrasujeto	Intergrupo	Interacción tiempo x programa
Problemas de funcionamiento en la vida cotidiana	F _(1,36) =31,515**	F _(1,36) =0,021	F _(1,36) =0,052
Consulta profesional de la salud	F _(1,36) =74,735**	F _(1,36) =0,943	F _(1,36) =0,850
Toma medicación más de una vez por semana	F _(1,36) =1,340	F _(1,36) =5,076*	F _(1,36) =0,148
Toma alcohol y/o drogas por estos problemas	F _(1,36) =5,067*	F _(1,36) =0,386	F _(1,36) =0,750
Estos problemas han afectado a su vida laboral o académica	F _(1,36) =27,673**	F _(1,36) =0,011	F _(1,36) =2,744
Estos problemas han afectado a sus relaciones sociales	F _(1,36) =17,120**	F _(1,36) =2,228	F _(1,36) =0,022
Estos problemas han afectado a su relación de pareja	F _(1,36) =14,151**	F _(1,36) =1,887	F _(1,36) =2,456
Estos problemas han afectado a otros aspectos importantes de su vida	F _(1,36) =11,025**	F _(1,36) =0,696	F _(1,36) =0,415

*p<0,05

**p<0,01

Más adelante, la figura 7.48 muestra la evolución del índice para la evaluación de la presencia de problemas de funcionamiento en la vida cotidiana, desde el pretratamiento y a lo largo de los seguimientos de este variable para los dos programas. La medida del cambio es relativamente proporcional en ambos, especialmente en el postratamiento y seguimientos al mes y tres meses (de ahí, la ausencia de diferencias intergrupo estadísticamente significativas). La mayor diferencia de puntuaciones se produce, sin embargo, en el seguimiento a los seis meses (M=1,61; DT=1,68, en el programa grupal, frente a M=2,3; DT=2,19, en el programa individual). En el último seguimiento, la puntuación más baja se observa en el programa individual. Comparando cada una de estas medidas con la puntuación pretratamiento, se observa que se producen diferencias estadísticamente significativas en todos los momentos de medida, excepto en el post. Además, el nivel de significación aumenta a medida que avanzan los seguimientos (véase tabla 7.67).

Figura 7.48 Evolución de los cambios pre-seguimiento en funcionamiento cotidiano (programas B y C)

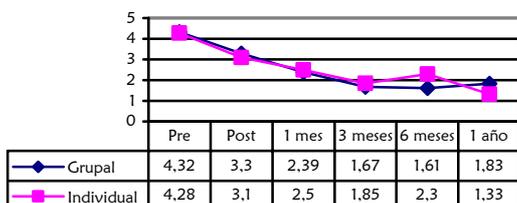


Tabla 7.67. Comparaciones múltiples pre-seguimiento: funcionamiento cotidiano (programas B y C).

Comparaciones Intrasujeto	Contrastes y significación
Pre-Post	t=1,000
Pre-seguimiento 1 mes	t=1,500*
Pre-seguimiento 3 meses	t=2,694**
Pre-seguimiento 6 meses	t=2,389**
Pre-seguimiento 12 meses	t=2,611**

*p<0,05 **p<0,01

Las conclusiones que se extraen de estos resultados son muy similares a las señaladas en la fase 1. De hecho, se puede decir que tras la intervención, las participantes mantienen un funcionamiento cotidiano normalizado. Las puntuaciones en esta variable en el seguimiento son bajas (por debajo de representar problemas en dos áreas). Al igual que en la fase previa, en este momento, se analizó cuál podía ser el área más afectada y se comprobó que, de nuevo, eran las relaciones familiares y/o de pareja, hecho esperable dado el contenido del estudio. No obstante el ANOVA realizado con estas puntuaciones, determinó la presencia de diferencias intrasujeto en otras áreas.

Las restantes variables de readaptación, en concreto, presencia de apoyo familiar y social se analizan en su evolución cualitativa, esto es, atendiendo a los cambios que se han producido a lo largo del tiempo y teniendo en cuenta la dirección de los mismos. Los resultados se presentan en la tabla 7.68.

Tabla 7.68. Análisis de contingencias pre-seguimientos para las variables cualitativas de readaptación psicosocial (programas B y C).

		Pret.	Postratamiento		Seguimiento 1 mes		Seguimiento 3 meses		Seguimiento 6 meses		Seguimiento 12 meses	
			Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
			Apoyo familiar	Individual	Sí	75%	25%	68,7%	31,3%	87,5%	12,5%	87,5%
No	75%	25%			75%	25%	100%	-	100%	-	75%	25%
Grupal	Sí	86,7%		13,3%	100%	-	100%	-	100%	-	91,7%	8,3%
	No	40%		60%	60%	40%	40%	60%	100%	-	80%	20%
Apoyo social	Individual	Sí	100%	-	100%	-	100%	-	100%	-	100%	-
		No	75%	25%	50%	50%	75%	25%	100%	-	100%	-
	Grupal	Sí	92,9%	7,1%	100%	-	75%	25%	100%	-	100%	-
		No	50%	50%	83,3%	16,7%	66,7%	33,3%	83,3%	16,7%	100%	-

Nota: las casillas que aparecen sombreadas representan la significación estadística intrasujeto ($p < 0,05$). Por otro lado, para las variables que son constantes en las evaluaciones postratamiento y seguimiento, no se calcula ningún estadístico de contraste.

En el programa individual sólo se encontraron diferencias intrasujeto estadísticamente significativas en la percepción de apoyo social en el seguimiento de un mes. No obstante, en el resto de seguimientos, esta variable alcanzó resultados altamente satisfactorios ya que todas las mujeres afirmaban contar con apoyo social al finalizar el último seguimiento.

En el programa grupal también resultaban estadísticamente significativas las diferencias en la percepción de apoyo familiar en el postratamiento y seguimientos al mes y tres meses, y el apoyo social en el postratamiento. En cualquier caso y, a pesar de no ser estadísticamente significativas las diferencias en la percepción de apoyo familiar en el programa individual, se constata una mejoría, y las mujeres cuentan con una sensación subjetiva de apoyo familiar superior a la del pretratamiento.

2.2.2.2. Determinación de las Diferencias en Función del Tipo de Intervención (Programas B y C)

a. Diferencias entre los Programas B y C en el Postratamiento

Se pretende analizar las diferencias intergrupo, esto es, determinar en qué momento se puede constatar una eficacia diferencial en la aplicación de los dos programas de intervención. Para ello se llevó a cabo un ANCOVA en el que se incluyeron como covariables las medidas iniciales (pretratamiento) de cada variable considerada. En la tabla 7.69 se presentan estos resultados. A pesar de que se había visto anteriormente que las diferencias intergrupo sólo resultaban estadísticamente significativas en el caso de los pensamientos postraumáticos, los síntomas depresivos y el nivel de autoestima, este análisis de covarianza se realiza globalmente, es decir, incluyendo todas las variables.

Tabla 7.69. Significación estadística de las diferencias entre los dos grupos (programas B y C) en el postratamiento con relación a la sintomatología (variables cuantitativas) controlando el efecto de la medida pretratamiento.

VARIABLES	F _(g)
Sintomatología postraumática según <i>EGS</i>	F _(1,36) =2,322
Reexperimentación	F _(1,36) =6,253**
Evitación	F _(1,36) =1,158
Hiperactivación	F _(1,36) =0,653
Pensamientos postraumáticos	F _(1,36) =13,954**
Síntomas depresivos según <i>BDI</i>	F _(1,36) =3,335*
Síntomas de ansiedad según <i>BAI</i> ^a	F _(1,36) =5,915**
Consumo de alcohol ^a	F _(1,36) =1,112
Autoestima	F _(1,36) =1,386
<i>GSI</i>	F _(1,36) =7,546**
<i>IEI</i>	F _(1,36) =5,653**

^a No se cumple el supuesto de homogeneidad de las varianzas.

*p<0,05

**p<0,01

De nuevo puede afirmarse que las diferencias entre los dos grupos en el post están mediatizadas de alguna manera por el efecto de la medida pretratamiento. Tal y como puede observarse, este análisis reveló que las diferencias eran estadísticamente significativas en el caso de los síntomas de reexperimentación, los pensamientos postraumáticos, síntomas depresivos y de ansiedad, síntomas psicopatológicos, y expresión de la ira. Esto significa que la eficacia de cada programa en el postratamiento es significativamente diferente en las variables mencionadas. En concreto, el programa individual produce cambios mayores en cuanto a los síntomas de reexperimentación y ansiedad, mientras que el programa grupal, los produce mayores en los pensamientos postraumáticos, síntomas depresivos, síntomas psicopatológicos en general, y expresión de la ira.

Por el contrario, al considerar la medida de autoestima en el pretratamiento, no se ha conseguido mantener el grado de significación estadística que mostraba el ANOVA. Puede afirmarse que en este caso la relación entre el tipo de programa de intervención y las puntuaciones posteriores puede ser artificial; se puede añadir también, que la eficacia de los programas no presenta diferencias estadísticamente significativas en la mejora de la autoestima.

Con respecto a la interacción tiempo x programa, se vio anteriormente que esto solamente se producía en el tratamiento de los síntomas depresivos y psicopatológicos. Puede decirse que en estos dos casos, el efecto de cada programa es independiente, no hay una relación entre ellos, y que la sintomatología mejora en gran medida por la combinación de la intervención y el paso del tiempo.

b. Diferencias entre los Programas B y C Durante los Seguimientos

Todos los cambios analizados, desde el seguimiento al cabo de un mes, hasta el que se llevó a cabo a los doce meses, se presentan de manera conjunta en la tabla 7.70. De este modo puede observarse claramente cuál fue la evolución de los cambios a lo largo de todos los momentos de medida.

Tabla 7.70. Significación estadística de las diferencias en sintomatología entre los dos grupos (programas B y C) en los seguimientos, controlando el efecto de la medida pretratamiento

Variables	Seg. 1 mes	Seg. 3 meses	Seg. 6 meses	Seg. 12 meses
	F _(g)	F _(g)	F _(g)	F _(g)
Sintomatología postraumática según <i>EGS</i>	F _(1,36) =3,622*	F _(1,36) =0,762	F _(1,36) =4,339*	F _(1,36) =0,786
Reexperimentación	F _(1,36) =0,985	F _(1,36) =1,109	F _(1,36) =5,915**	F _(1,36) =2,254
Evitación	F _(1,36) =2,074	F _(1,36) =9,389**	F _(1,36) =8,637**	F _(1,36) =0,576
Hiperactivación	F _(1,36) =0,919	F _(1,36) =2,510	F _(1,36) =0,284	F _(1,36) =0,290
Pensamientos postraumáticos	F _(1,36) =4,060*	F _(1,36) =1,587	F _(1,36) =8,973**	F _(1,36) =1,673
Síntomas depresivos según <i>BDI</i>	F _(1,36) =3,695*	F _(1,36) =3,164	F _(1,36) =2,600	F _(1,36) =1,128
Síntomas de ansiedad según <i>BAI</i>	F _(1,36) =1,821	F _(1,36) =1,023	F _(1,36) =0,558	F _(1,36) =0,064
Consumo de alcohol	a	a	F _(1,36) =0,542	F _(1,36) =0,261
Autoestima	F _(1,36) =7,072**	F _(1,36) =4,158*	F _(1,36) =1,071	F _(1,36) =1,099
<i>CSI</i>	F _(1,36) =10,095**	F _(1,36) =11,156	F _(1,36) =0,428	F _(1,36) =0,500
<i>IEI</i>	F _(1,36) =7,952	F _(1,36) =4,252*	F _(1,36) =1,163	F _(1,36) =2,819

*p<0,05

**p<0,01

^a No se calcula el estadístico puesto que la puntuación es nula para el consumo de alcohol en los dos programas.

Con respecto al análisis de los cambios en el seguimiento al mes, se observa que se acentúan las diferencias intergrupo en la mejora de la sintomatología postraumática general, en los síntomas depresivos, de ansiedad, en la autoestima, en la sintomatología psicopatológica y en la expresión de la ira. Comparando ambos programas, puede decirse que la mejoras en todas las variables son significativamente mayores en el programa grupal.

Por otro lado, teniendo en cuenta las restantes evaluaciones de seguimiento, se constata que a largo plazo (en el seguimiento a los doce meses), no existen diferencias significativas en ninguna de las variables consideradas⁴². Es decir, ninguno de los dos programas analizados en esta fase resulta de mayor eficacia para el tratamiento de la sintomatología postraumática y asociada de las mujeres víctimas de violencia doméstica.

En el seguimiento a los tres meses solamente resultan significativas las diferencias en los síntomas de evitación, nivel de autoestima e *IEI*. Esta diferencia sólo se mantiene estadísticamente significativa en el seguimiento a los seis meses para los síntomas de

⁴² Pese a que los cambios se producen de forma diferencial en los dos tratamientos y resultan significativos en alguna medida en cada seguimiento, se puede decir que a largo plazo no existen diferencias estadísticamente significativas entre ellos.

evitación, aunque en este caso se añade la mejora significativa de la sintomatología postraumática general, síntomas de reexperimentación y pensamientos postraumáticos. Sin embargo, la eficacia de los programas no parece diferenciarse de forma estadísticamente significativa en el tratamiento de ninguna variable cuando se realiza el último seguimiento a los doce meses.

En resumen, puede decirse que las mujeres mejoran notablemente a lo largo del tiempo; sin embargo, atendiendo a los resultados del último seguimiento, parece que es indiferente el tipo de formato en que se aplique el programa, puesto que no existe ninguna diferencia en el nivel de mejoría alcanzado.

No obstante, se analizaron dos a dos todos los momentos de medida (excluida la medida pretratamiento) en aquellas variables, cuyos cambios habían resultado estadísticamente significativos (véase la tabla 7.71).

Tabla 7.71. Significación estadística de las diferencias entre los programa B y C a lo largo de los seguimientos

Variables	Significación estadística
Pensamientos postraumáticos	
Post-seguimiento 1 mes	**
Post-seguimiento 3 meses	**
Post-seguimiento 6 meses	**
Post-seguimiento 12 meses	*
Seguimiento 1 mes-seguimiento 3 meses	**
Seguimiento 1 mes-seguimiento 6 meses	**
Seguimiento 1 mes-seguimiento 12 meses	*
Seguimiento 3 meses-seguimiento 6 meses	**
Seguimiento 3 meses-seguimiento 12 meses	*
Seguimiento 6 meses-seguimiento 12 meses	**
Síntomas depresivos según <i>BDI</i>	
Post-seguimiento 1 mes	*
Post-seguimiento 3 meses	n.s.
Post-seguimiento 6 meses	n.s.
Post-seguimiento 12 meses	n.s.
Seguimiento 1 mes-seguimiento 3 meses	*
Seguimiento 1 mes-seguimiento 6 meses	n.s.
Seguimiento 1 mes-seguimiento 12 meses	n.s.
Seguimiento 3 meses-seguimiento 6 meses	**
Seguimiento 3 meses-seguimiento 12 meses	*
Seguimiento 6 meses-seguimiento 12 meses	**
Autoestima	
Post-seguimiento 1 mes	**
Post-seguimiento 3 meses	*
Post-seguimiento 6 meses	n.s.
Post-seguimiento 12 meses	n.s.
Seguimiento 1 mes-seguimiento 3 meses	**
Seguimiento 1 mes-seguimiento 6 meses	**
Seguimiento 1 mes-seguimiento 12 meses	n.s.
Seguimiento 3 meses-seguimiento 6 meses	**
Seguimiento 3 meses-seguimiento 12 meses	*
Seguimiento 6 meses-seguimiento 12 meses	**

*p<0,05

**p<0,01

n.s: no significativa

Se comprobó que, para los pensamientos postraumáticos, todas las diferencias entre los programas resultaron estadísticamente significativas. Las mejoras más importantes pueden atribuirse al efecto de la intervención en formato grupal. En este caso, el efecto de cada intervención transcurrió de un modo totalmente independiente, ya que el tratamiento fue el único responsable de la mejora; de hecho, no se aprecia significación estadística en la interacción tiempo x programa.

En el caso de los síntomas depresivos y la autoestima, se constataron diferencias estadísticamente significativas en algunos momentos. Sin embargo, quizá lo más relevante resulta la mención de los cambios intergrupo estadísticamente significativos al finalizar la intervención, esto es, en las evaluaciones de seguimiento a los seis y doce meses. También la intervención individual fue más eficaz en el tratamiento de estos síntomas.

Finalmente, en el caso de los síntomas depresivos y en la sintomatología psicopatológica (*GS*), también la interacción tiempo x programa resulta estadísticamente significativa. Se puede decir, entonces, que tanto la intervención, como el paso del tiempo son responsables para mejorar estos síntomas en las víctimas de violencia doméstica.

c. Diferencias entre los Programas B y C lo Largo del Tiempo en Funcionamiento en la Vida Cotidiana

A continuación se muestran los datos relativos al control de la medida preratamiento en la presencia de problemas de funcionamiento en la vida cotidiana.

Se había visto anteriormente, que el índice de problemas de funcionamiento en la vida cotidiana no mostraba cambios intergrupo estadísticamente significativos. Tampoco al incluir el control de la medida pre en un ANCOVA se constatan diferencias estadísticamente significativas a lo largo de la intervención, por lo que se puede concluir que no hay diferencias en la eficacia de los dos programas cuando se trata de intervenir en el proceso de readaptación de las víctimas a su vida cotidiana. La tabla 7.72 muestra estos datos.

Tabla 7.72. Significación estadística de las diferencias entre los programa B y C pre- seguimientos a controlando el efecto de la medida preratamiento.

Momentos de Medida	F _(g)
Postratamiento	F _(1,37) =0,03
Seguimiento 1 mes	F _(1,37) =0,197
Seguimiento 3 meses	F _(1,37) =0,285
Seguimiento 6 meses	F _(1,37) =1,832
Seguimiento 12 meses	F _(1,37) =0,092

*p<0,05

**p<0,01

2.2.2.3. Análisis de la Adherencia a los Programas B y C

El porcentaje de mujeres que concluyeron cada programa se presenta en la tabla 7.73. El número de abandonos de la intervención es ligeramente mayor en el programa grupal. Sin embargo, la diferencia entre el grupal e individual no resulta estadísticamente significativa.

Tabla 7.73. Adherencia al tratamiento (programas B y C): porcentaje de participación y abandonos

	Individual (n=25)	Grupal (n=28)	χ^2_{gr}
Abandonos	20%	28,6%	$\chi^2_1=0,524$
Participación completa en el programa	80%	71,4%	

Por otro lado, se tuvo en cuenta el número de sesiones a las que habían asistido las mujeres antes de abandonar el tratamiento, y se encontró que, en el programa grupal, todos los abandonos se habían producido en las tres primeras sesiones, mientras que en el programa individual, un 20% de mujeres lo abandonó en la cuarta sesión (véase tabla 7.74). No obstante, esto no representó diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 7.74. Sesión en la que se produjo el abandono de la intervención (programas B y C)

	Individual (n=25)	Grupal (n=28)	χ^2_{gr}
Primera sesión	40%	37,5%	$\chi^2_2=1,945$
Segunda sesión	20%	37,5%	
Tercera sesión	20%	25%	
Cuarta sesión	20%	-	

En este punto, procedería analizar la adherencia al tratamiento en función del número de sesiones a las que asistieron las participantes. Como se señaló en la fase 1, el 80% de las participantes en el programa grupal asistió a las ocho sesiones, mientras que el 20%, asistió a siete. De forma lógica y esperable, en el programa individual se encontró que todas las mujeres que completaron el tratamiento habían asistido todas las sesiones. Estos datos sí marcan una diferencia estadísticamente significativa, señalando como mayor la adherencia a este último programa (véase tabla 7.75).

Tabla 7.75. Número de sesiones a las que asistieron las mujeres que completaron la intervención (programas B y C)

	Individual (n=25)	Grupal (n=28)	χ^2_{gr}
Siete sesiones	-	20%	$\chi^2_1=6,118^*$
Ocho sesiones	100%	80%	

*p<0,05

Finalmente, se analizó también la realización de las tareas para casa como otro índice de análisis de la adherencia al tratamiento. Se incluyó en este análisis a todas las mujeres, independientemente de que hubieran completado o no el programa. En la tabla 7.76 se muestra la media de porcentajes y desviaciones típicas de cada uno de ellos. Estos valores fueron mayores en el programa individual aunque la diferencia no resultó estadísticamente significativa.

Tabla 7.76. Porcentaje de realización de las tareas para casa (programas B y C)

	M (DT)	F _(gl)
Individual	95,90% (10,94)	F _(1,52) =3,267
Grupal	89,24% (12,31)	

2.2.2.4. Análisis de la Significación Clínica de los Programas B y C

a. Síntomas Postraumáticos

En la tabla 7.77 se presentan los datos relativos a la categorización de la sintomatología postraumática. Los resultados encontrados son muy satisfactorios, ya que la presencia de SEPT desaparece totalmente a partir del seguimiento al mes, en los dos programas. En el caso concreto del programa individual, la desaparición de esta categoría, se produce ya en el postratamiento; es decir, tras la intervención, ninguna mujer presenta SEPT. Se puede hablar en estos casos, de un 100% de *recuperación*.

Tabla 7.77. Distribución de las participantes en los programas B y C según categorización de los síntomas postraumáticos en cada momento de medida (SEPT versus síntomas aislados)

	Programa de intervención	Categorización síntomas (SEPT)	χ^2_{gl}
Pretratamiento	A. Individual	64%	$\chi^2_1=6,691^*$
	B. Grupal	28,6%	
	<i>Muestra Global</i>	58,5%	
Postratamiento	A. Individual	-	$\chi^2_1=3,243$
	B. Grupal	15%	
	<i>Muestra Global</i>	7,5%	
Seguimiento 1 mes ^a	A. Individual	0%	a
	B. Grupal	0%	
	<i>Muestra Global</i>	0%	
Seguimiento 3 meses	A. Individual	0%	a
	B. Grupal	0%	
	<i>Muestra Global</i>	0%	
Seguimiento 6 meses	A. Individual	0%	a
	B. Grupal	0%	
	<i>Muestra Global</i>	0%	
Seguimiento 12 meses	A. Individual	0%	a
	B. Grupal	0%	
	<i>Muestra Global</i>	0%	

^aNo se calculará ningún estadístico porque los resultados son constantes en estas evaluaciones de seguimiento.

*p<0,05.

Por otro lado, se analizó cuál era la significación clínica atendiendo a los cambios producidos en cada categoría, esto es, tomando como referencia la evaluación pre, y determinando el porcentaje de recuperación, mejoría y mantenimiento. Estos resultados pueden verse en la tabla 7.78. Nótese que estos son idénticos en los dos programas, con excepción de los cambios postratamiento. Se puede decir que al finalizar la intervención se produce un 100% de mejoría y recuperación (ninguna mujer presenta SEPT). Tampoco se produce agravamiento alguno en las evaluaciones de seguimiento.

Tabla 7.78. Evolución cualitativa de las participantes en el estudio en síntomas postraumáticos (programas B y C).

		Postratamiento		1 mes		3 meses		6 meses		12 meses	
		SEPT	No SEPT	SEPT	No SEPT	SEPT	No SEPT	SEPT	No SEPT	SEPT	No SEPT
Individual	SEPT	-.a	100% ^b	-.a	100% ^b	-.a	100% ^b	-.a	100% ^b	-.a	100% ^b
	No SEPT	-.c	100% ^d	-.c	100% ^d	-.c	100% ^d	-.c	100% ^d	-.c	100% ^d
Grupal	SEPT	50% ^a	50% ^b	-.a	100% ^b	-.a	100% ^b	-.a	100% ^b	-.a	100% ^b
	No SEPT	-.c	100% ^d	-.c	100% ^d	-.c	100% ^d	-.c	100% ^d	-.c	100% ^d

^a Porcentaje de mujeres que, teniendo SEPT en el pretratamiento, mantienen esa sintomatología en las evaluaciones sucesivas.

^b Porcentaje de mujeres que, teniendo SEPT en el pretratamiento, no presentan sintomatología en las evaluaciones sucesivas → participantes *mejoradas y recuperadas*.

^c Porcentaje de empeoramientos.

^d Porcentaje de mujeres que, sin tener SEPT en el pretratamiento, continúan presentando ausencia de diagnóstico.

b. Sintomatología Asociada

Al igual que en la fase 1, para determinar la significación clínica de la intervención se establecen los puntos de corte de 18 en el caso de la sintomatología depresiva (según las características del *BDI*) y 19, en el caso de los síntomas de ansiedad (según el *BAI*). En el primer caso, se considera como ausencia de depresión una puntuación por debajo de 18 puntos en cada evaluación postratamiento y seguimiento; en los síntomas de ansiedad, una puntuación inferior a 19 puntos, indica, asimismo, ausencia de ansiedad.

La significación clínica de los síntomas de depresión se muestra en la tabla 7.79. En general, se observa una disminución constante y mantenida que termina con la desaparición de la categorización de los síntomas de depresión a partir del seguimiento a los seis meses. En ningún caso se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los programas.

Atendiendo a los datos de aplicación del programa individual, se constató que del 84% inicial al que se le aplicaba la categoría de “presencia de depresión”, solamente el 40% presentaba la misma caracterización en el postratamiento. Este porcentaje se redujo progresivamente a la mitad en el seguimiento al mes (20%) y a los tres meses (10%).

En el programa grupal, la evolución es similar, a pesar de que existe un pequeño repunte de la sintomatología en el seguimiento a los tres meses (se duplica el porcentaje de mujeres, de 5,6% de pasa a 11,1%). Posteriormente, este porcentaje se reduce de forma radical, y tampoco a ninguna mujer se le puede aplicar la etiqueta de sintomatología depresiva.

Tabla 7.79. Distribución de las participantes en los programas B y C según categorización de los síntomas depresivos en cada momento de medida ($BDI > 18$)

	Programa de intervención	Presencia problemas de depresión	χ^2_{gl}
Pretratamiento	A. Individual	84%	$\chi^2_1=1,859$
	B. Grupal	67,9%	
	<i>Muestra Global</i>	75,5%	
Postratamiento	A. Individual	40%	$\chi^2_1=1,905$
	B. Grupal	20%	
	<i>Muestra Global</i>	30%	
Seguimiento 1 mes	A. Individual	20%	$\chi^2_1=1,730$
	B. Grupal	5,6%	
	<i>Muestra Global</i>	13,2%	
Seguimiento 3 meses	A. Individual	10%	$\chi^2_1=0,012$
	B. Grupal	11,1%	
	<i>Muestra Global</i>	10,5%	
Seguimiento 6 meses	A. Individual	0%	a
	B. Grupal	0%	
	<i>Muestra Global</i>	0%	
Seguimiento 12 meses	A. Individual	0%	a
	B. Grupal	0%	
	<i>Muestra Global</i>	0%	

^a No se calcula ningún estadístico porque los resultados son constantes en estas evaluaciones de seguimiento.

Se realizó también un análisis de contingencias para comprobar la significación clínica considerando únicamente el porcentaje de mujeres que en la evaluación pretratamiento presentaban problemas de depresión (véase tabla 7.80).

Tabla 7.80. Evolución cualitativa de las participantes en el estudio en síntomas depresivos (programas B y C).

		Postratamiento		1 mes		3 meses		6 meses		12 meses	
		Dep.	Ausencia Dep.	Dep.	Ausencia Dep.	Dep.	Ausencia Dep.	Dep.	Ausencia Dep.	Dep.	Ausencia Dep.
Individual	Dep.	44,4% ^a	55,6% ^b	22,2% ^a	86,7% ^b	11,1% ^a	88,9% ^b	- ^a	100% ^b	- ^a	100% ^b
	Ausencia Dep.	- ^c	100% ^d	- ^c	100% ^d	- ^c	100% ^d	- ^c	100% ^d	- ^c	100% ^d
Grupal	Dep.	30,8% ^a	69,2% ^b	9,1% ^a	90,9% ^b	9,1% ^a	90,9% ^b	- ^a	100% ^b	- ^a	100% ^b
	Ausencia Dep.	- ^c	100% ^d	- ^c	100% ^d	- ^c	100% ^d	- ^c	100% ^d	- ^c	100% ^d

^a Porcentaje de mujeres que, presentando problemas de depresión en el pretratamiento, mantienen esa sintomatología en las evaluaciones sucesivas.

^b Porcentaje de mujeres que, presentando problemas de depresión en el pretratamiento, no presentan sintomatología en las evaluaciones sucesivas → participantes *mejoradas* y *recuperadas*.

^c Porcentaje de empeoramientos.

^d Porcentaje de mujeres que, sin presentar problemas de depresión en el pretratamiento, continúan presentando ausencia de diagnóstico.

En el programa individual, se ve claramente la evolución positiva y clínicamente significativa de la mejoría. Del 84% que presentaba problemas de depresión en el pretratamiento, el 55,5%, no los presenta en el postratamiento. Este porcentaje se convierte en 86,7% en el seguimiento al cabo de un mes, y 88,9% en el seguimiento a los tres meses. A partir de los seis meses de seguimiento, el porcentaje de mujeres con problemas de depresión es nulo. Se comprueba entonces que, el 100% son mujeres *mejoradas y recuperadas*. No se observa, tampoco en este caso, ningún agravamiento.

Atendiendo al análisis de los síntomas de ansiedad (véase tabla 7.81), se vieron de nuevo, claramente las mejoras obtenidas por ambos programas de tratamiento. En efecto, aun sin presentar diferencias estadísticamente significativas, las mejoras en la presencia de sintomatología de ansiedad fueron reduciéndose de forma constante y continua. En el programa individual, se mantuvo un ligero porcentaje de sintomatología hasta el seguimiento a los seis meses; en ningún caso se produjo un agravamiento. La presencia de problemas de ansiedad se redujo a la mitad en el postratamiento (un 40% presentaba este tipo de problemas). En el seguimiento al cabo de un mes, sólo un 25% presentaba problemas, y este porcentaje se redujo al 10% en los seguimientos a los tres y seis meses.

Tabla 7.81. Distribución de las participantes en los programas B y C según categorización de los síntomas de ansiedad en cada momento de medida ($BA/>19$)

	Programa de intervención	Presencia problemas de ansiedad	$\chi^2_{(g)}$
Pretratamiento	A. Individual	80%	$\chi^2_1=1,607$
	B. Grupal	64,3%	
	<i>Muestra Global</i>	<i>71,7%</i>	
Postratamiento	A. Individual	40%	$\chi^2_1=0,440$
	B. Grupal	30%	
	<i>Muestra Global</i>	<i>35%</i>	
Seguimiento 1 mes	A. Individual	25%	$\chi^2_1=0,396$
	B. Grupal	16,7%	
	<i>Muestra Global</i>	<i>21,1%</i>	
Seguimiento 3 meses	A. Individual	10%	$\chi^2_1=0,012$
	B. Grupal	11,1%	
	<i>Muestra Global</i>	<i>10,5%</i>	
Seguimiento 6 meses	A. Individual	10%	$\chi^2_1=1,900$
	B. Grupal	0%	
	<i>Muestra Global</i>	<i>5,3%</i>	
Seguimiento 12 meses	A. Individual	0%	a
	B. Grupal	0%	
	<i>Muestra Global</i>	<i>0%</i>	

^a No se calcula ningún estadístico porque los resultados son nulos en este seguimiento.

En el programa grupal, también hubo una reducción paulatina. Del 64,3% que en el pretratamiento presentaba problemas de ansiedad, se llegó a un 30% en el post, un 16,7% en el seguimiento al cabo de un mes, y un 11,1% en el seguimiento a los tres meses.

Ninguna mujer presentaba problemas de ansiedad en los seguimientos a los seis y doce meses.

Tras el último seguimiento, ninguna mujer presentaba problemas de ansiedad. El análisis de contingencias mostró un 100% de mujeres *recuperadas* en este último seguimiento. Puede decirse que la mejoría clínica es significativa con respecto al pretratamiento independientemente del programa que se aplique (véase tabla 7.82).

En esta segunda fase del estudio, se puede afirmar de nuevo que los dos programas son clínicamente eficaces. Tanto en sintomatología postraumática como asociada (síntomas depresivos y de ansiedad), los cambios en la gravedad son notables y la mayoría de las participantes reducen de forma radical la presencia de síntomas de patología. Esto va acompañado de la mejora también evidente de la readaptación psicosocial y el funcionamiento en la vida cotidiana.

Tabla 7.82. Evolución cualitativa de las participantes en el estudio en síntomas de ansiedad (programas B y C).

		Postratamiento		1 mes		3 meses		6 meses		12 meses	
		Ans.	Ausencia Ans.	Ans.	Ausencia Ans.						
Individual	Ans.	50% ^a	50% ^b	31,3% ^a	68,8% ^b	12,5% ^a	87,5% ^b	12,5% ^a	87,5% ^b	- ^a	100% ^b
	Ausencia Ans.	16,7% ^c	83,3% ^d	- ^c	100% ^d	- ^c	100% ^d	- ^c	100% ^d	- ^c	100% ^d
Grupal	Ans.	42,9% ^a	57,1% ^b	25% ^a	75% ^b	16,7% ^a	83,3% ^b	- ^a	100% ^b	- ^a	100% ^b
	Ausencia Ans.	- ^c	100% ^d	- ^c	100% ^d						

^a Porcentaje de mujeres que, presentando problemas de ansiedad en el pretratamiento, mantienen esa sintomatología en las evaluaciones sucesivas.

^b Porcentaje de mujeres que, presentando problemas de ansiedad en el pretratamiento, no presentan sintomatología en las evaluaciones sucesivas → participantes *mejoradas* y *recuperadas*.

^c Porcentaje de empeoramientos.

^d Porcentaje de mujeres que, sin presentar problemas de ansiedad en el pretratamiento, continúan presentando ausencia de diagnóstico.

2.2.2.5. Análisis del Tamaño del Efecto de los Programas B y C

Se analizó de forma diferencial el tamaño del efecto alcanzado por cada uno de los programas, utilizando para ello la medida pretratamiento y cada una de las medidas de las evaluaciones posteriores. Se empleó el programa estadístico *G*POWER* y la categorización que Faul y Elderfer (1992) proponen para el análisis de los resultados obtenidos por el mismo: tamaño del efecto pequeño <0,5, mediano >0,5 y <0,8, y grande >0,8.

Tal y como puede observarse en la tabla 7.83, los tamaños del efecto alcanzados son, en su mayoría grandes, para todas las variables, momentos de medida, e

indistintamente, en función del tipo de programa. Así pues, y en general, estos datos resultan altamente satisfactorios.

La eficacia de los programas en el tratamiento de síntomas y pensamientos postraumáticos, síntomas depresivos, de ansiedad, psicopatológicos y autoestima es alta. No en vano, todas estas variables obtienen tamaños del efecto altos en prácticamente todos los momentos de medida (a excepción de la evaluación post en pensamientos postraumáticos, síntomas de ansiedad y autoestima en el programa de tratamiento grupal).

Los menores tamaños se vieron en general en el consumo de alcohol; siempre fueron pequeños o medianos. Además, no puede olvidarse que hubo ligeros agravamientos en el seguimiento a los seis meses en el programa grupal y al año en el individual. En estos dos casos, el tamaño del efecto fue siempre pequeño.

Tabla 7.83. Tamaño del efecto alcanzado por los programas B y C en cada momento de medida.

	Programa	Síntomas postraum.	Pens. postraum.	Síntomas depresivos	Síntomas ansiedad	Consumo alcohol	Autoestima	Síntomas psicossom.	Expresión de la ira
Postrat.	A. Individual	2,55 ^c	1,30 ^c	1,55 ^c	1,51 ^c	0,42 ^a	1,10 ^c	3,62 ^c	0,55 ^b
	B. Grupal	1,47 ^c	0,41 ^a	0,87 ^c	0,48 ^a	0,22 ^a	0,33 ^a	2,58 ^c	0,67 ^b
Seg. 1 mes	A. Individual	3,15 ^c	1,55 ^c	2,03 ^c	1,98 ^c	0,59 ^b	1,20 ^c	1,84 ^{c*}	0,15 ^a
	B. Grupal	2,77 ^c	1,01 ^c	0,87 ^c	1,13 ^c	0,48 ^a	1,65 ^c	1,41 ^{c*}	0,53 ^b
Seg. 3 meses	A. Individual	3,35 ^c	1,45 ^c	2,82 ^c	2,24 ^c	0,59 ^b	2,20 ^c	4,28 ^c	0,09 ^a
	B. Grupal	2,33 ^c	0,82 ^{c*}	1,63 ^c	1,29 ^c	0,48 ^a	1,87 ^c	3,09 ^c	0,85 ^c
Seg. 6 meses	A. Individual	2,94 ^{c*}	1,66 ^c	2,77 ^{c*}	2,33 ^c	0,59 ^b	2,10 ^c	4,30 ^c	0,13 ^a
	B. Grupal	2,68 ^c	1,25 ^c	2,29 ^c	2,10 ^c	0,19 ^{a*}	1,47 ^{c*}	3,52 ^c	0,65 ^b
Seg. 12 meses	A. Individual	3,29 ^c	1,99 ^c	3 ^c	3,01 ^c	0,20 ^{a*}	1,72 ^c	4,44 ^c	0,34 ^a
	B. Grupal	2,74 ^c	1,29 ^c	2,27 ^{c*}	2,26 ^c	0,19 ^a	1,61 ^c	3,55 ^c	0,95 ^c

^a Tamaño del efecto pequeño

^b Tamaño del efecto mediano

^c Tamaño del efecto grande

* Se da un empeoramiento de la sintomatología con respecto a la medida inmediatamente anterior.

En general, en todos los momentos de medida, el tamaño del efecto es similar en las dos intervenciones. Analizando los datos del seguimiento a los 12 meses, solamente hay diferencias en la categorización de este tamaño del efecto en la expresión de la ira, que es pequeño en el programa individual y grande en el grupal.

2.2.2.6. Análisis de la Satisfacción con los Programas B y C

Para completar el estudio de la eficacia diferencial de los dos programas de intervención descritos en esta segunda fase de la investigación, resta sólo analizar la satisfacción de las mujeres con el tratamiento. Siguiendo la recomendación de Kazdin (1999), empleada también en la fase 1, se analiza en este momento el impacto de la intervención en las mujeres a través de una evaluación cuantitativa y cualitativa. Los resultados apuntan a un nivel de satisfacción alto en los dos programas.

a. *Evaluación Cuantitativa de los Programas B y C*

El programa de tratamiento grupal ya fue analizado y descrito en la primera fase. En este apartado se incluyen también los resultados encontrados para facilitar la comparación con la satisfacción con el programa de tratamiento individual. En la tabla 7.84 se encuentran las puntuaciones que, *ítem a ítem* corresponden a cada programa.

En general, todas las participantes mostraron su satisfacción con el tipo de servicio prestado. De hecho, se alcanzaron niveles de satisfacción muy altos en los dos programas (en el programa individual, $M=31$; $DT=0,97$, y en el programa grupal, $M=30,2$; $DT=1,47$, teniendo como máxima puntuación 32 puntos). Del mismo modo, la satisfacción con cada uno de los *ítems* de la escala empleada, fueron también altos. En concreto, hubo un acuerdo absoluto de todas las participantes con la idea de recomendar el programa en el que habían participado a otra mujer que pudiera necesitarlo (véase *ítem 4*, incluido en la tabla 7.84), y puntuaciones muy similares en ambos programas para el resto de los *ítems*.

Tabla 7.84. Satisfacción de las participantes con el tratamiento (programas B y C)

	Individual	Grupal	F _(gl)
1. ¿Cómo calificarías la calidad del servicio que has recibido?	3,90 (0,3)	3,85 (0,36)	F _(1,38) =0,218
2. ¿Has encontrado la clase de servicio que buscabas?	3,65 (0,48)	3,45 (0,51)	F _(1,38) =1,600
3. ¿En qué medida nuestro programa ha satisfecho tus necesidades?	3,75 (0,44)	3,55 (0,51)	F _(1,38) =1,747
4. Si una amiga necesitara una ayuda similar, ¿le recomendarías nuestro programa?	4 (0)	4 (0)	-
5. ¿En qué medida estás satisfecha con el tipo de ayuda recibida?	3,9 (0,31)	3,9 (0,31)	F _(1,38) =0
6. ¿Crees que los servicios que has recibido te van a ayudar a hacer frente más eficazmente a tus problemas?	3,9 (0,31)	3,65 (0,49)	F _(1,38) =3,740
7. En conjunto, ¿en qué medida estás satisfecha con el servicio que has recibido?	3,95 (0,22)	3,80 (0,41)	F _(1,38) =2,060
8. Si tuvieras que buscar ayuda otra vez, ¿volverías a nuestro programa?	3,95 (0,22)	4 (0)	F _(1,38) =1
<i>Puntuación Global</i>	<i>31 (0,97)</i>	<i>30,2 (1,54)</i>	F _(1,38) =3,848

De forma anecdótica, pueden señalarse como las más bajas las puntuaciones que obtenidas a través del *ítem 2* (*¿has encontrado la clase de servicio que buscabas?*), ($M=3,65$; $DT=0,48$, en el programa individual, y $M=3,45$; $DT=0,51$, en el programa grupal). Se consideran las más bajas por su comparación con el resto de puntuaciones; sin

embargo, en ambos casos, el rango de respuesta fue entre 3 y 4, que corresponde a *sí, en general*, y *sí, totalmente*.

Finalmente, aunque parece que la satisfacción con el tratamiento es mayor en el caso del programa individual, la diferencia con el grupal no resulta estadísticamente significativa. Tampoco existen diferencias estadísticamente significativas en el análisis *ítem a ítem* de cada programa, por lo que puede decirse que, tanto en un caso como en otro, la satisfacción fue alta y sin diferencias en el caso de los programas individual y grupal.

b. Evaluación Cualitativa de los Programas B y C

Los resultados de la evaluación cualitativa fueron muy similares a los obtenidos en la fase 1. Se hace aquí mención, por un lado, a la satisfacción subjetiva con el programa individual (ya que el grupal fue ya analizado en la fase 1) y, por otro, a la comparación entre ambos.

En el programa individual, las técnicas que se señalaron como más eficaces fueron respiración (91,5%), planificación e incremento de la realización de actividades gratificantes (88,5%), solución de problemas (76,8%) y técnicas para la mejora de la autoestima (66,7%). Todas las mujeres señalaron el entrenamiento en exposición como una herramienta útil, para la mejora de sus síntomas y malestar.

También en este caso, una gran parte de las participantes (100% del programa individual y 97,5% del de exposición) pensaron que la utilización de las técnicas les serían útiles en el futuro. Por otro lado, resaltaron como aspectos positivos la realización del programa en grupo (únicamente en el programa grupal), la relación terapéutica, la realización de las tareas para casa, la duración de las sesiones, la disponibilidad de horario de tratamiento (únicamente en el programa individual).

No hubo rechazo de ninguna técnica. El planteamiento del entrenamiento en exposición no resultó fácil. Sin embargo, y como se ha mencionado, su valoración final fue altamente satisfactoria. Al principio, la mayor parte de las quejas de las participantes vinieron por su negativa y sentimiento de desgana a escribir un acontecimiento detallado de su historia de violencia doméstica.

Finalmente, también en ambos programas, el aprendizaje de la reestructuración cognitiva fue el más costoso. Esta técnica fue valorada positivamente por el 56,8% de las participantes en el programa individual y el 48,6% del programa grupal. No se encontraron diferencias significativas en ninguna de estas medidas.

2.2.3. Resumen y Conclusiones de la Fase 2 del Estudio

En esta segunda fase se han descrito los resultados para el análisis de la eficacia de dos programas de intervención que, con idéntico contenido, variaban en el formato de aplicación. Así se establecieron el programa B, cuyo formato era grupal, y el programa C, en un formato individual.

Al igual que en la fase 1, esta segunda fase de la investigación indica que ambas intervenciones son eficaces: se reducen los niveles de malestar y sintomatología psicológica de forma clínica y estadísticamente significativa, se constatan tamaños del efecto grandes para un buen número de variables en todos los momentos de medida, y se comprueba la satisfacción de las participantes con el programa. Por otro lado, la adherencia al tratamiento también se valora de forma satisfactoria.

La homogeneidad de los grupos fue completa para las variables sociodemográficas y características e historia de violencia doméstica. Sin embargo, sí que los grupos presentaron diferencias significativas en cuanto a la sintomatología postraumática y asociada. En general, las mujeres asignadas a la condición experimental individual, presentaban mayor malestar psicológico, referido a un mayor número de casos de SEPT, un mayor cumplimiento de los criterios de reexperimentación y evitación, mayor gravedad de pensamientos postraumáticos distorsionados, síntomas depresivos y de ansiedad más altos, un menor nivel de autoestima y sintomatología psicopatológica más elevada. Por ello, resultó de gran importancia controlar estas medidas en los análisis posteriores, -especialmente, al analizar los cambios intergrupo- puesto que a simple vista, los resultados podrían resultar engañosos si no se tenía en cuenta el punto de análisis inicial.

Se analizaron los cambios producidos de forma diferencial por cada programa, esto es, los resultados que hacen referencia a las diferencias intergrupo. Como se mencionó anteriormente, se puede decir que el programa B consigue:

- Mejoras a corto plazo en todas las variables. Atendiendo a los resultados en el postratamiento se constata la significación estadística en todas las variables excepto en la expresión externa de la ira y el nivel de autoestima.
- A largo plazo, también se producen mejoras en todas las variables psicológicas. Si se consideran los datos del seguimiento a los doce meses se puede decir que hay una reducción continua y constante, que alcanza niveles de sintomatología mínimos al finalizar la intervención.

- Mejora también la readaptación psicosocial de las víctimas a su vida cotidiana. Tanto en el número de áreas afectadas, como en la valoración del apoyo familiar y social, las mejoras son significativas.

El programa C, el que se desarrollaba en formato individual, también obtiene numerosas mejoras. En primer lugar, por la reducción de la sintomatología postraumática y asociada, a corto y largo plazo; en segundo lugar por las mejoras significativas referentes al nivel de readaptación psicosocial y funcionamiento cotidiano: la presencia de apoyo familiar y social percibidos es alta.

Sin embargo, las puntuaciones obtenidas por las mujeres que participaron en el programa en formato grupal indicaban una mejoría mayor que la de las mujeres asignadas al programa C en cuanto a síntomas de hiperactivación, depresivos, autoestima, sintomatología psicopatológica y pensamientos postraumáticos. Las diferencias, además, fueron estadísticamente significativas en las dos últimas variables mencionadas.

Por otro lado, los dos programas obtuvieron tamaños del efecto grandes para la mayoría de las variables. La significación clínica alcanzada, resultó altamente satisfactoria en los dos programas, llegando a una ausencia de problemas postraumáticos, depresivos y de ansiedad en el seguimiento a los doce meses. Estos cambios se produjeron a la vez en ambos programas con respecto a los síntomas postraumáticos y de depresión (en el seguimiento al mes, y a los seis meses, respectivamente). Por el contrario, la reducción de la sintomatología de ansiedad fue previa en las mujeres asignadas al programa grupal, puesto que la ausencia total en el programa individual no se produjo hasta el último seguimiento.

La adherencia al tratamiento fue muy buena. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los programas en cuanto al número de abandonos, la sesión en la que se produjo el abandono, o el porcentaje de realización de tareas para casa. De forma lógica y esperable, las diferencias sí resultaron estadísticamente significativas al analizar el número de sesiones a las que acudieron las mujeres que completaron la intervención. La intervención individual facilita la adherencia total puesto que existe la posibilidad de cambiar la fecha establecida para cada sesión en función de la demanda de la participante. Por ello, este tipo de tratamiento no se conciben faltas de asistencia a las sesiones; la única categorización posible que se produzca un abandono, o bien, que la participante complete todas las sesiones. Así pues, parece que el nivel mayor de adherencia se debe a las características propias del programa.

Este hecho fue valorado satisfactoriamente por las mujeres que participaron en el programa C. En otros aspectos, la satisfacción también fue alta, sin diferencias estadísticamente significativas entre los programas. Todos los *ítems* del *Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento* de Larsen *et al.* (1979), fueron puntuados por encima de 3,65 en el caso del programa individual, y de 3,45 en el programa grupal (recuérdese que el rango oscilaba entre 1 y 4 puntos). Todas las participantes recomendarían la intervención a otra persona que la necesitara, y mostraron un acuerdo casi total en la idea de volver al mismo programa en el caso de necesitarlo (M=3,95; DT=0,22, en el programa individual, y, M=4, en el programa grupal).

Puede concluirse, en general, que los dos programas de intervención son eficaces en la reducción de la sintomatología psicológica y en la readaptación psicosocial de las víctimas de violencia doméstica. Aunque no se puede hablar de una hegemonía total de uno de los programas sobre el otro en la recuperación total de las víctimas, sí se puede afirmar que los mayores cambios se obtienen con la intervención grupal. Este formato cuenta, además, con la ventaja de constituir un tipo de intervención que economiza tiempo, recursos personales y materiales, además de incrementar su efecto por los beneficios de la interacción social.

3. Contraste de Hipótesis

3.1. Hipótesis 1

Si los programas de intervención son eficaces en el tratamiento del malestar clínico y psicosocial de las mujeres víctimas de violencia doméstica, entonces:

H_{1.1}. Se producirá una mejoría significativa en cuanto a:

H_{1.1.i}. Sintomatología postraumática

Se confirma:

- ✓ El nivel de gravedad de la sintomatología postraumática en el postratamiento es significativamente menor que en el pretratamiento, independientemente del programa aplicado.

H_{1.1.ii}. Sintomatología asociada

Se confirma:

- ✓ El nivel de gravedad de la sintomatología asociada en el postratamiento es significativamente menor que en el pretratamiento, independientemente del programa aplicado.

H_{1.1.iii}. Readaptación de las víctimas a su medio y funcionamiento en su vida cotidiana

Se confirma:

- ✓ La presencia de problemas de funcionamiento en la vida cotidiana en el postratamiento es significativamente menor que en el pretratamiento, independientemente del programa aplicado.

H_{1.2}. Se producirá un mantenimiento de la mejoría clínica y psicosocial tras el tratamiento y durante los seguimientos al mes, tres, seis y doce meses.

Se confirma:

- ✓ Las mejoras alcanzadas en sintomatología clínica y variables psicosociales mantienen su significación estadística durante los seguimientos citados.

3.2. Hipótesis 2

Si existen diferencias significativas en función de los componentes del programa (habilidades de comunicación *versus* exposición), entonces:

H_{2.1}. Existirán diferencias significativas en la mejora de los síntomas clínicos y psicosociales en el postratamiento y seguimientos.

Se confirma parcialmente:

- ✓ En el postratamiento existen diferencias estadísticamente significativas en la eficacia de los programas grupales de habilidades de comunicación y exposición en las variables de reexperimentación, hiperactivación, síntomas depresivos, síntomas de ansiedad, consumo de alcohol, síntomas psicopatológicos y expresión de la ira.

- El programa de habilidades de comunicación es más eficaz en el tratamiento de los síntomas de reexperimentación.
- El programa de exposición es significativamente más eficaz en el tratamiento de los síntomas de hiperactivación, depresivos, de ansiedad, en la reducción del consumo de alcohol, en síntomas psicopatológicos y expresión de la ira.
- ✓ En el seguimiento al mes, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en los síntomas postraumáticos en general, síntomas de evitación, síntomas depresivos, psicopatológicos y expresión de la ira.
 - El programa de exposición es más eficaz que el de habilidades de comunicación en el tratamiento de dichas variables.
- ✓ En el seguimiento a los tres y seis meses, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en los síntomas de evitación y la expresión de la ira.
 - El programa de exposición es más eficaz que el de habilidades de comunicación en el tratamiento ambas variables.
- ✓ En el seguimiento a los doce meses sólo existen diferencias estadísticamente significativas en el tratamiento de la expresión de la ira.
 - El programa de exposición es más eficaz que el de habilidades de comunicación en el tratamiento de esta variable.

H_{2.2}. Existirán diferencias significativas entre los dos programas en cuanto al grado de adherencia al tratamiento y satisfacción con el mismo.

No se confirma:

- × Ambos programas no muestran diferencias estadísticamente significativas en el grado de adherencia y nivel de satisfacción de las participantes.

3.3. Hipótesis 3

Si existen diferencias significativas en función del formato de aplicación (grupal *versus* individual), entonces:

H_{3.1}. Existirán diferencias significativas entre los programas en función de la mejora de los síntomas clínicos y psicosociales en el postratamiento y seguimientos.

Se confirma parcialmente:

- ✓ En el postratamiento existen diferencias estadísticamente significativas en la eficacia de los programas individual y grupal en el postratamiento en las variables de reexperimentación, pensamientos postraumáticos, síntomas depresivos, de ansiedad, psicopatológicos y expresión de la ira.
 - El programa individual es más eficaz en el tratamiento de los síntomas de reexperimentación y ansiedad.
 - El programa grupal es más eficaz en el tratamiento de los pensamientos postraumáticos, síntomas depresivos, psicopatológicos y expresión de la ira.
- ✓ En el seguimiento al mes, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología postraumática general, los síntomas depresivos, de ansiedad, el nivel de autoestima y la sintomatología psicopatológica.
 - El programa grupal es más eficaz que el individual en el tratamiento de las variables citadas.
- ✓ En el seguimiento a los tres meses, las diferencias estadísticamente significativas se ven en los síntomas de evitación, autoestima y expresión de la ira.
 - El programa individual es más eficaz en el tratamiento de los síntomas de evitación.
 - El programa grupal resulta de mayor eficacia en la mejora de la autoestima y la expresión de la ira.
- ✓ En el seguimiento a los seis meses, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en los síntomas postraumáticos, reexperimentación y evitación, así como pensamientos postraumáticos.
 - El programa grupal es más eficaz que el individual en el tratamiento de las variables citadas.
- × En el seguimiento a los doce meses no existen diferencias estadísticamente significativas entre el programa individual y grupal.

H_{3.2}. Existirán diferencias significativas en el grado de adherencia al tratamiento y satisfacción con el mismo.

Se confirma parcialmente:

- × No existen diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de participación, abandonos, sesión en la que se produjo el abandono, o porcentaje de realización de tareas para casa.
- ✓ Existen diferencias estadísticamente significativas en el número de sesiones a las que asistieron las mujeres que completaron la intervención.
 - La adherencia fue mayor en el programa individual, debido a la posibilidad de ajustar el horario de las sesiones a la disponibilidad de cada participante.

VIII. Discusión

Quiero ser una persona más decidida, confiar más en mí misma, ser una persona fuerte (emocionalmente), no derrumbarme ante cualquier decepción, tomar mis decisiones sin darle tantas vueltas, expresar mis sentimientos sin miedos, no tener miedo al fracaso, feliz, libre. Ser yo misma. (Matud et al., 2004; p. 53).

Este es el testimonio de una víctima de violencia doméstica tras participar en un programa de atención psicológica. Matud *et al.* (2004) recogen, en sus propias palabras, algunas de las experiencias de mujeres maltratadas que, más allá de teorías psicológicas o sociales, de normas legales o ayudas sociales, reflejan a la mujer que ha sido víctima de maltrato: sus miedos, sus deseos, su esperanza, sus experiencias, sus sentimientos, su angustia y su liberación.

La violencia doméstica ha sido objeto de investigación durante los últimos años. Los estudios sociológicos, sociales, médicos, jurídicos y, también, psicológicos, son abundantes. Todos, con la pretendida intención de analizar en profundidad este fenómeno; con el deseo de responder a los interrogantes sobre su origen, mantenimiento, e impacto; con el fin de mejorar la situación individual de las víctimas directas, y la global, de la sociedad. Hoy en día, el camino está abierto, se saben ya muchas cosas y los cimientos firmes contribuyen a que la investigación avance.

Desde aquí partía este estudio: desde la base firme del estudio multidisciplinar de la violencia doméstica como una manifestación más de la conducta violenta de los individuos. Y tras esta investigación lo que se consigue es aportar un pequeño grano de arena en la

montaña de estudios sobre intervenciones terapéuticas, tratamientos y análisis de la eficacia de programas psicológicos para víctimas de violencia doméstica.

En este capítulo se presentan las conclusiones de esta investigación. Los apartados siguientes hacen referencia, en primer lugar, a consideraciones generales acerca del tema, para centrarse posteriormente en la metodología, participantes, eficacia de la intervención, y consideraciones prácticas, incluyendo en este último, algunas limitaciones del estudio, y directrices para futuras investigaciones.

1. Consideraciones Generales acerca del Tema

Mujer y violencia doméstica son dos de los conceptos clave de este estudio. Uniendo ambos, puede decirse que la mujer que ha vivido violencia doméstica, ha estado expuesta a un periodo crónico de agresiones físicas, sexuales y/o descalificaciones psicológicas. O en el mejor de los casos, ha sufrido episodios aislados antes de pedir ayuda o ponerle fin.

En algún momento se ha hablado de que existe un perfil definitorio para las mujeres que sufren violencia doméstica. Es decir, hay determinadas características psicológicas que *parecen* estar presentes en las mujeres que sufren maltrato, y que podrían ser identificadas *antes de sufrirlo*: una baja autoestima, predisposición a la depresión, conductas de sumisión y dependencia, desesperanza, tendencia al masoquismo y a establecer relaciones asimétricas con el otro sexo, aceptando a menudo reglas patriarcales en la relación, bajo nivel cultural, historia múltiple de malos tratos, consumo de sustancias, etc. De ser cierto este patrón, la investigación podría determinar que éstos son factores de riesgo, y se podría afirmar que ciertas mujeres están *marcadas* para ser víctimas.

Sin embargo, todas estas ideas no son absolutamente verdaderas. De hecho, hay otros estudios que afirman que no se puede identificar un perfil consistente de personalidad para mujeres maltratadas, y tampoco se puede asegurar que las mujeres con ciertos rasgos de personalidad sean más propensas a sufrir violencia doméstica. Así lo confirma, en parte, este estudio: baste recordar que sólo un 18% de las participantes ha sufrido otras historias de violencia doméstica, y el nivel de gravedad de sintomatología psicológica es más un producto y una consecuencia de las agresiones, que la causa misma del maltrato.

Por otro lado, la descripción de las características sociodemográficas de la muestra de este estudio sí coincide con la de investigaciones previas. En concreto, Echeburúa (2004) describe un perfil de víctima consistente en mujeres de mediana edad, con hijos, aisladas socialmente a consecuencia de su situación, que tardan entre 5 y 10 años en buscar ayuda o

denunciar debido a la precariedad económica y/o la dependencia emocional. La muestra participante en este trabajo coincide, en parte, con estas características: una edad media de 40 años, un alto porcentaje de mujeres que tienen hijos (83%), un 55% que no trabaja fuera del hogar, y un 38,5% que no cuenta con independencia económica. Las mujeres que sufren violencia lo hacen durante un periodo largo ($M=12,15$ años; $DT=11,51$), aunque algunas habían pedido ayuda previamente (a través de denuncias judiciales, atención médica, psicológica o social), y por ello no puede determinarse exactamente el tiempo transcurrido entre el inicio de la violencia doméstica y la primera vez que piden ayuda.

Podría decirse, quizá, que en algún punto la investigación ha confundido dos aspectos. Por un lado, que muchas características de personalidad no son *causa*, sino *consecuencia* de la vivencia de la violencia doméstica; por otro, que algunas conductas que se juzgan poco adaptativas o no deseadas, han sido desarrolladas por las víctimas para hacer frente a la situación que les ha tocado vivir. No es de extrañar que, el sometimiento a una situación de violencia continua durante un período relativamente largo e importante, dañe el *self*, y aparezcan pensamientos de culpa y desesperanza, síntomas de tristeza e indefensión, hiperactivación o hipervigilancia, incluso, que se den conductas de consumo de sustancias, más como estrategia que pretende eliminar el malestar generado, que como causa propiciatoria para ser mujer maltratada.

Es evidente que el tratamiento es necesario para devolver a las víctimas de violencia doméstica un estado de salud física, emocional y psicosocial normalizado. La atención médica se centra en la detección y tratamiento de las lesiones físicas tras la agresión; la atención social y jurídica, en la puesta en marcha de recursos que solventen los problemas legales (e.g. trámites de separación, tramitación de denuncias, inserción o reinserción laboral, educación o apoyo de los hijos, etc); finalmente, las intervenciones psicológicas desarrolladas hasta el momento están muy centradas en el tratamiento de los cuadros clínicos más habituales en este tipo de víctimas, a saber, TEPT, depresión y/o variables asociadas: baja autoestima, problemas de ansiedad, dificultades de adaptación a la vida cotidiana, síntomas de culpa, pensamientos distorsionados, dificultades de comunicación o falta de asertividad.

La clave de la atención psicológica está en la estandarización de la intervención, respondiendo con ello a las demandas más básicas de las víctimas y a las directrices de la APA para el desarrollo de tratamientos eficaces (Chambless *et al.*, 1998; Labrador, Echeburúa y Becoña, 2003). Por otro lado, desde un paradigma psicosocial, también se han establecido bases teóricas y modelos de intervención (e.g. Sáenz y Duque, 1998).

Esta Tesis se desarrollaba con un doble objetivo. En primer lugar, el diseño de un programa de intervención psicológica estandarizado y manualizado, que, recogiendo las aportaciones anteriores, se centre más en síntomas clínicos y psicosociales que en cuadros diagnósticos. En segundo lugar, la pretensión de determinar la eficacia de la intervención teniendo en cuenta un análisis de los componentes, y el formato de aplicación.

2. Metodología

Los estudios de tratamiento con víctimas de violencia doméstica suelen contar con una muestra de mujeres a las que se aplica la intervención seleccionada, además de ser evaluadas antes y después del tratamiento, y en algún momento posterior como medida de seguimiento de su evolución.

Otros estudios establecen además la comparación con un grupo de control, es decir, con un grupo de mujeres que también realizan una evaluación pre, y otra posterior, sin que entre ellas medie tratamiento alguno. Esta medida presenta evidentes problemas éticos. Ante el incremento de la violencia doméstica y la gravedad de los problemas derivados, parece poco comprometido no ofrecer el tratamiento a mujeres que lo demandan y lo necesitan. Por ese motivo, otros estudios, optan por considerar un grupo de control al que, tras la segunda evaluación, también se le aplica el tratamiento. Con ello se consigue un *pseudo* grupo de control –con los beneficios que reporta comparar la eficacia de la intervención frente a la ausencia de tratamiento-, a la vez que se consigue que todas las participantes reciban éste aunque sea en una modalidad postergada.

Este es el modelo que siguen algunos de los estudios que se han señalado aquí como más relevantes (e.g. Kubany *et al.*, 2004; Rincón, 2003). Ambos han encontrado que la gravedad de los síntomas no remite con el paso del tiempo; por el contrario, en algunos casos se agrava. Coincide, además, con las conclusiones del estudio piloto descrito como paso previo a la investigación que se presenta en esta Tesis Doctoral.

Así pues, en este caso no se ha utilizado de nuevo un grupo de control. Por dos motivos obvios: 1) por un compromiso ético, y 2) porque ya se ha comprobado que el tratamiento es necesario, y la ausencia del mismo retrasa la mejoría y cronifica el malestar.

En este marco metodológico también es preciso mencionar que el desarrollo de este trabajo se estableció en dos fases debido a la necesidad de la búsqueda de una intervención adecuada para las necesidades de las víctimas. Las conclusiones de la eficacia de la comparación de los dos tratamientos iniciales (fase 1: habilidades de comunicación *versus*

exposición), fueron el punto de partida de la eficacia comparada de la fase 2 (formato individual *versus* formato grupal). Se trató, por tanto, de dos estudios experimentales encadenados. Esto implica un mayor control metodológico, porque se hace un reparto aleatorizado de las mujeres a las condiciones de tratamiento, y el planteamiento de la segunda fase depende de los resultados de la primera. En cualquier caso, no puede olvidarse que el desarrollo definitivo de esta intervención estuvo cimentado en las conclusiones derivadas de la aplicación del estudio piloto, algo que también supone un punto fuerte entre los aspectos metodológicos de este trabajo.

Otro factor muy importante es el tamaño de la muestra: es relativamente amplio, especialmente cuando se trata de una población a la que el acceso es difícil, bien por su frecuente negativa inicial a demandar ayuda, bien por la frecuencia con la que se producen abandonos. Sin embargo, el número de 78 participantes se encuentra por encima de la muestra utilizada por dos de los estudios citados anteriormente (recuérdese que, de los más relevantes, el de Echeburúa *et al.*, 1996, contaba con 62 mujeres; el de Kubany *et al.*, 2004, con 125, y el de Rincón, 2003, con 33). También constituye una ventaja metodológica el seguimiento realizado hasta 12 meses tras finalizar el programa. Comparar y analizar los datos con este período, permite extraer conclusiones más estables en cuanto a la eficacia y efectividad, así como aumentar la validez externa de la investigación.

Con respecto a la selección y captación de las participantes, los criterios de inclusión y exclusión en el estudio no eran demasiado exigentes con la presencia de un malestar psicológico grave; al contrario, ni siquiera implicaban una clasificación adicional de síntomas, sino que solamente se establecía como necesario al menos un síntoma postraumático, y no sufrir TEPT. Esta salvedad se estableció por un doble motivo: 1) porque ya existían investigaciones probadas experimentalmente sobre la eficacia del tratamiento en víctimas de violencia doméstica con TEPT, y 2) porque se contaba con la ventaja de poder derivar a las mujeres que sí tuvieran TEPT a un recurso específico de ayuda, coordinado también por la UCM.

Por otro lado, en la presentación de los resultados se han tenido en cuenta las mujeres que participaron en la intervención y completaron el proceso de evaluación postratamiento y seguimientos; es decir, no se han incluido aquellas mujeres que abandonaron el tratamiento de forma prematura.

Esto significa que, a diferencia de otros estudios, no se ha llevado a cabo un análisis de datos por intención. Este recurso es un medio de análisis muy conservador, esto es, si la intervención muestra datos positivos de la eficacia, el hecho de haber considerado un

análisis por intención, magnifica estos resultados, ya que supone que las mejoras se habrán producido aún en el caso de incluir los datos de mujeres que no han mejorado (han mantenido la gravedad de la sintomatología pretratamiento).

En esta investigación, a pesar de haberse desarrollado un análisis previo por intención, se decidió omitirlo puesto que su planteamiento no supone ninguna ventaja metodológica; realmente, sólo incide en el impacto de los resultados. Dado que el estudio se centraba en el análisis diferencial de la intervención, y no se encontraron cambios muy marcados, se prefirió presentar los resultados de la intervención en las mujeres que sí la concluían, mostrando así, la eficacia centrada en casos reales, algo que permite también hablar de la efectividad de la intervención.

3. Participantes

Todas las participantes en el estudio fueron mujeres residentes en la Comunidad de Madrid, mayores de edad, que habían sufrido una historia de violencia doméstica y habían presentado una demanda de ayuda de tipo psicológico, social y/o jurídico. Además, presentaban malestar clínicamente significativo y dificultades psicosociales para el funcionamiento en su vida cotidiana.

En el tratamiento de los síntomas se planteaba la necesidad de tratar a las mujeres que no presentaban TEPT. Sin embargo, en numerosas ocasiones se ha reiterado la necesidad de describir los síntomas postraumáticos. En el fondo, resulta mucho más ajustado a la realidad hablar de los síntomas concretos, que de amplios criterios, puesto que están mucho más relacionados con el carácter ideográfico de la intervención psicológica, y no está del todo reñido con la aplicación de tratamientos estandarizados.

En este estudio participaron 78 mujeres, aunque fueron evaluadas 116. Este proceso de evaluación había llevado a derivar a 19 a otro tipo de intervención específica para víctimas con TEPT puesto que todas ellas presentaban sintomatología suficiente para configurar dicho diagnóstico. Las 19 restantes, no incluidas en el estudio fueron mujeres que, por una u otra razón, rechazaron participar en el tratamiento.

3.1. Características Sociodemográficas

La muestra participante en este estudio estuvo compuesta por 78 mujeres, con una edad media de 40 años, pertenecientes en su mayoría a la clase media, la mitad, separadas o en trámites para estarlo, trabajadoras fuera del hogar en un 45%, con un nivel de estudios

medio y, la mayoría con hijos. Presentaban amplia variabilidad en las características sociodemográficas definitorias (edad, clase social, estado civil, ocupación laboral, nivel educativo y presencia de hijos). En este estudio, se incluyó a todas las mujeres independientemente del estado civil en el que se encontraran e, independientemente de su convivencia o no con el agresor. El reparto aleatorio de las mujeres en los distintos programas permitió controlar la homogeneidad de la distribución, y todos los grupos presentaron una variabilidad semejante.

3.2. Características de la Historia de Violencia Doméstica

La violencia doméstica no suele ser un episodio aislado. Al contrario, es un proceso largo, cronificado. Con cierta variabilidad, en este estudio se ha comprobado que ocupa una media de 12,15 años de la vida de pareja. En muchos casos, coincide, además, con años fundamentales en la vida de las mujeres (e.g. en los años centrales de la vida, en el inicio y consolidación de la relación de pareja, o en el inicio y mantenimiento de la familia, etc.). No en vano, el rango de duración oscila entre 1 y 42 años, el 42% refiere que en el último mes ha sufrido a diario algún episodio de violencia y el 46% de las que han pedido ayuda y participan en este programa lo hacen cuando se encuentran en el peor momento. Es decir, casi el 50% de la muestra convive con situaciones violentas todos los días y se encuentra en el peor momento de su vida.

La violencia psicológica es la más frecuente: el 93,6% la ha sufrido de forma aislada o en combinación con otros tipos (física y/o sexual). También parece que la sexual es la menos frecuente dentro del modelo de violencia doméstica. Ninguna mujer participante en este estudio la ha sufrido de forma aislada y, sólo el 9% la ha sufrido junto con violencia física o psicológica.

El 60% ha denunciado a su agresor al menos una vez. Incluso, de este porcentaje, el 21,3% ha puesto más de tres denuncias. Además, el 55% ha tenido que salir de su hogar, buscando refugio en casa de amigos o familiares (65%), centros de acogida (28%), o en un nuevo domicilio (6,7%). Casi un 49% no vuelve a su hogar tras esta salida, y el 51,2% vuelve tras un tiempo breve (unos días antes de regresar de nuevo al hogar). Por otro lado, los recursos económicos son escasos. El 38%, no tiene, siquiera, independencia económica de su agresor.

De la muestra participante, sólo el 18% ha vivido una historia de violencia doméstica previa a la que le lleva a buscar ayuda en este programa. Un 24,4% también reconoce que no es ella la única que ha sufrido violencia en su familia, ya que otros

miembros también han sido víctimas (por el mismo agresor –generalmente en el caso de los hijos-, o en otra historia diferente).

Finalmente, en cuanto a la necesidad de atención especializada por este problema, un 29,5% ha recibido asistencia médica, y un 28,2%, atención psicológica o psiquiátrica. El 47,4% está tomando medicación a causa de esta situación, siendo los antidepresivos (45,9%) y los ansiolíticos (40,5%), los fármacos que se utilizan más frecuentemente.

3.3. Sintomatología

Ya se dijo que los criterios de inclusión y exclusión en el estudio solamente establecían como necesario la presencia de, al menos, un síntoma postraumático, y no sufrir TEPT. Sin embargo, sí se constató que la configuración de los síntomas postraumáticos podía adoptar diferentes formas. Basándose en la descripción que Hickling y Blanchard (1992) hacen del SEPT, se encontró que la mitad de la muestra presentaba sintomatología suficiente para este diagnóstico, y el 50% restante, sintomatología aislada que no configuraba ningún cuadro concreto. La caracterización del SEPT (basada en la descripción DSM) incluye, por un lado, el cumplimiento del criterio de reexperimentación, y por otro, el criterio de evitación o el de hiperactivación, pero no ambos. Si la descripción del TEPT precisa una revisión, la configuración del SEPT puede ayudar a constatar fenomenológicamente la presencia, gravedad e intensidad de los síntomas.

La descripción de los trastornos ayudaría a mejorar la calidad de las intervenciones terapéuticas. Parece que la reexperimentación es el criterio más relevante del TEPT (Echeburúa, 2002). Es, además, el que resulta indispensable para el diagnóstico de un SEPT. Implica intrusión y presencia repetida de imágenes, pensamientos, conversaciones asociadas a un suceso traumático, en forma de pesadillas o *flashbacks* sin que la persona pueda hacer nada por evitarlo. La clave no sólo radica en su presencia, sino en el elevado malestar psicológico que producen.

Las víctimas de violencia doméstica reviven una y otra vez las agresiones generadas por su pareja, tienen un recuerdo muy desagradable que, a veces, se presenta en forma de pesadillas, de imágenes recurrentes o pensamientos esporádicos, que acuden a la mente sin ser llamados (los *flashbacks*). En este estudio se ha comprobado que el 65,4% de la muestra cumplía la sintomatología para el diagnóstico de este criterio, y que, si bien las pesadillas y *flashbacks* no son los síntomas más habituales (sólo 15,4% y el 10,3%, respectivamente, lo cumplen), sí que lo es el malestar psicológico (más de la mitad, el 53,8% lo cumple) o la presencia de recuerdos intrusivos (45%).

El segundo criterio postraumático más frecuente es el de hiperactivación (55%). Éste incluye dificultades de concentración, respuesta de sobresalto exagerada, hipervigilancia excesiva, problemas de sueño (insomnio), reacciones de rabia y enfado exageradas. En este estudio se ha visto que el 78% presenta síntomas de ira o irritabilidad a consecuencia de la violencia doméstica. También más de la mitad presenta problemas de insomnio.

El criterio de evitación lo cumple casi un 40%. Esto implica que dos quintas partes de la muestra tienen tres o más de los siguientes síntomas: evitación de pensamientos y/o sentimientos asociados al suceso, evitación de actividades, lugares o situaciones que puedan recordar los episodios de violencia, amnesia, desinterés por actividades, sentimientos de enajenación o despersonalización, anestesia afectiva y sensación de futuro desolador. Este fue el criterio que se encontró con menor frecuencia, y de hecho, el *ítem* más frecuente sólo lo cumplía el 38,5% (desinterés por actividades). Además, hay algunos síntomas como la amnesia o la sensación de futuro desolador, cuyo cumplimiento era muy reducido (5,1% y 16,7%, respectivamente).

Parece pues, que los casos de SEPT, se dan más por la combinación de los criterios de reexperimentación e hiperactivación. McMillen *et al.* (2000) encuentran que los síntomas de evitación suelen ser los menos frecuentes en estos casos. Sin embargo, tal y como está definido actualmente el TEPT según el DSM-IV (APA, 1995), el criterio de evitación incluye muchos síntomas que podrían solaparse con otros trastornos especialmente con la depresión (e.g. sensación de futuro desolador, distanciamiento afectivo...).

Por otro lado, este estudio también contó con la descripción de la gravedad de pensamientos postraumáticos que, sin estar definidos por el DSM, aparecen tras un acontecimiento traumático. Estas ideas distorsionadas hacen referencia, frecuentemente, a síntomas de culpa y responsabilidad ante los hechos acaecidos, autovaloración personal negativa o pérdida de contacto con la realidad. En este caso, a pesar de su relativa gravedad en el rango de la escala, merecieron atención terapéutica.

Los síntomas que aparecen asociados frecuentemente son los depresivos, de ansiedad, psicopatológicos en general, así como sentimientos de baja autoestima, consumo de alcohol, o problemas con la expresión de la ira. Las mujeres evaluadas presentaban una media de intensidad grave en los síntomas depresivos, y moderada-grave, en ansiedad. Casi el 50% ha tenido ideación o tentativa suicida. Por otro lado, la gravedad de la sintomatología psicopatológica es media-baja, al igual que el nivel de autoestima. El consumo de alcohol es muy bajo (sólo un 2,7% presenta problemas de este tipo), y en cuanto a la expresión de la ira, el nivel de gravedad es alto, superior al de la población

normal. Sin embargo, es más grave la expresión y control internos (sentimientos de ira *hacia dentro*), que la expresión y control externos.

Finalmente, las mujeres que participan en la investigación presentan también problemas de adaptación en su ámbito de vida cotidiano. Casi un 85% afirma que la violencia ha afectado a su relación de familia y de pareja (algo esperable puesto que el medio donde se desarrolla la violencia es la familia, y el agresor, la pareja), pero también ha afectado en otros aspectos importantes de su vida puesto que el 73,1% ha tenido que consultar a algún profesional de la salud, y el 70,5% afirma que ha interferido en sus relaciones sociales.

4. Eficacia de la Intervención

Se puede decir que, a nivel general, la intervención propuesta para víctimas de violencia doméstica resulta eficaz en la reducción del malestar psicológico. Así se constató en el estudio piloto previo, donde se observó también que la intervención era más eficaz que el mero paso del tiempo, y que resultaba indispensable el tratamiento de síntomas –más que de cuadros psicopatológicos-, así como la inclusión de medidas de adaptación social y funcionamiento cotidiano, que permitan determinar el efecto del tratamiento en la vida cotidiana de las participantes, y proporcionar así información acerca de la significación clínica de los efectos del tratamiento.

En esta investigación se ha descrito la muestra y su sintomatología, y el programa de intervención desarrollado. Con estos elementos se comprueba que la primera hipótesis, relativa a la eficacia de la intervención en los síntomas clínicos y psicosociales se confirma en su totalidad: los síntomas postraumáticos, la sintomatología asociada y las variables psicosociales presentan una mejoría evidente en el postratamiento. Además, estos cambios se mantienen de modo general en los seguimientos. Parece que el diseño de la intervención puede responder a las demandas iniciales de las víctimas de violencia doméstica. Sin embargo, ¿hasta qué punto se puede afirmar que el tratamiento resulta eficaz? Y sobre todo, tras las dos fases de estudio, ¿resulta alguno de los programas probados más eficaz que los otros? Porque, se ha dicho en repetidas ocasiones que cualquier intervención es más eficaz que el no tratamiento, es decir, siempre es mejor es algo que nada, pero tampoco tiene sentido el esfuerzo por implementar intervenciones que se sabe que no obtendrán un beneficio significativo (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000).

4.1. Eficacia Comparada de la Intervención Grupal: Habilidades de Comunicación versus Exposición

En esta fase se comparó la eficacia de dos programas idénticos en sus componentes y técnicas, que variaban en una de ellas: mientras que el programa llamado A incluía un entrenamiento en habilidades de comunicación, el programa B sustituía esta técnica por exposición. La primera conclusión que se extrae de esta aplicación es que ambos programas son significativamente eficaces, las mujeres mejoran, reducen la gravedad e intensidad de sus síntomas, muestran un nivel de funcionamiento cotidiano mucho más adaptado a la normalidad, y los índices de significación clínica y tamaño del efecto de la intervención son altamente satisfactorios. Además, las participantes están satisfechas en gran medida con la atención que han recibido.

Veamos estos cambios en los dos momentos, a corto y a largo plazo, según las evaluaciones del postratamiento y seguimientos que se han realizado. A corto plazo, las mujeres participantes en los dos programas mejoran de forma estadísticamente significativa en su nivel de sintomatología postraumática, de reexperimentación, evitación e hiperactivación, en los síntomas depresivos, de ansiedad, psicopatológicos, en la expresión de la ira, y en la presencia de problemas de funcionamiento en la vida cotidiana. Por el contrario, no se constata significación estadística en la mejora de la autoestima, el consumo de alcohol o la presencia de pensamientos postraumáticos, a pesar de que los niveles de gravedad son menores en todas las variables comparándolos con los que se daban antes de iniciar la intervención.

Sin embargo, a largo plazo -analizando las diferencias pre-seguimiento 12 meses-, hay cambios que indican una mejoría estadísticamente significativa en todas las variables (psicológicas y psicosociales) excepto en la expresión de la ira. Es decir, todas las mujeres que participan en la primera fase del estudio, consolidan e incrementan la mejoría de los síntomas. De hecho, algunos cambios resultan estadísticamente significativos sólo en los seguimientos y no en la evaluación postratamiento. Esto hace pensar en un posible efecto positivo del aprendizaje, algo propio de la intervención cognitivo-conductual, que supone que los efectos de las técnicas empleadas, el aprendizaje de las nuevas conductas y estrategias de afrontamiento se ven incrementados con su práctica por el paso del tiempo (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000).

Por otro lado, la relevancia clínica de un fenómeno va más allá de cálculos aritméticos, y está determinada por el juicio clínico. En este caso, además, la significación clínica depende de la magnitud y cualidad de las diferencias en la gravedad de un

problema. Se puede decir que en esta fase del estudio se consigue alcanzar también una mejoría clínica significativa. En aquellas variables en las que se puede establecer un punto de corte para discriminar la presencia de un cuadro o su ausencia –concretamente, categorización de síntomas postraumáticos, depresivos y de ansiedad-, la reducción es casi total. Al finalizar la fase 1, solamente un 2,8% de las participantes que completan la intervención presenta SEPT, problemas de depresión o de ansiedad⁴³. Este porcentaje de patología corresponde a mujeres que iniciaban la intervención presentando estos mismos problemas. Es decir, son mujeres que no han empeorado, sino que han mantenido su malestar y síntomas. Utilizando la terminología de Jacobson *et al.* (1999), sería mujeres *no recuperadas*. Sin embargo, atendiendo a la disminución de la intensidad de la sintomatología, se puede concluir que son *mejoradas* aunque *no recuperadas*, puesto que la gravedad es menor. Esto constituye una ventaja y un aspecto sumamente positivo: si bien queda un mínimo porcentaje de patología, aún en el peor de los casos, los programas siempre consiguen algo de mejora.

Las mujeres que participan en esta fase están muy satisfechas con el servicio que reciben. Una puntuación media superior a 30 en el *Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento* (Larsen *et al.*, 1979) indica un nivel de satisfacción alto. Además, el grado de acuerdo entre ellas es también elevado dado que hay una variabilidad muy pequeña en las puntuaciones. Esta puntuación global es, asimismo, consistente con cada uno de los *ítems* que incluye la escala. Todas las puntuaciones se encuentran por encima de 3,4 puntos en una escala de 1-4. Nótese, como ejemplo, que todas las mujeres recomendarían el programa a una amiga y volverían al mismo si necesitaran ayuda de nuevo. La gran mayoría, además, califica de *excelente* el servicio recibido, y considera de utilidad lo que ha aprendido.

Finalmente, los tamaños del efecto alcanzados con la intervención indican una eficacia sumamente positiva. Conseguir un tamaño del efecto grande en el tratamiento de la mayoría de las variables consideradas –a excepción del consumo de alcohol en ambos programas, y de la autoestima y expresión de la ira en el programa de habilidades de comunicación-, es muy importante. No hay que olvidar que esta medida corresponde a la magnitud de la asociación entre la variable independiente (el programa de intervención), y

⁴³ A pesar de que el porcentaje de patología clínica es el mismo para las tres variables, no son las mismas mujeres las que lo cumplen. Este porcentaje se encuentra solamente en el programa de habilidades de comunicación. No se menciona en este momento puesto que el análisis diferenciado se presenta más adelante.

cada una de las variables dependientes sobre las que se ha intervenido. Por otro lado, estos resultados constituyen un elemento aún más alentador si se interpretan en combinación con el impacto de la significación clínica visto con anterioridad. El hecho de conseguir un tamaño del efecto grande, y resultar el cambio en dichas variables clínicamente significativo, permite hablar de efectividad en la intervención. Así pues, se ha hablado de la eficacia de la intervención en la fase 1, y puede afirmarse también, que existe un grado importante de efectividad, al menos, en el tratamiento de la sintomatología postraumática, síntomas depresivos y de ansiedad, ya que la intervención resulta estadística y clínicamente significativa.

Ahora bien, ¿es un programa más eficaz que el otro? ¿Sobre qué variables muestra su mayor eficacia el tratamiento? Es necesario analizar la eficacia comparada de ambos programas.

A corto plazo, es decir, si se compara el efecto de la intervención justo tras la última sesión, los resultados indican que existen numerosas diferencias entre los dos programas. En concreto, en síntomas de reexperimentación, hiperactivación, pensamientos postraumáticos, síntomas depresivos, síntomas de ansiedad, consumo de alcohol, *GSI*, *IEI*, y problemas de funcionamiento cotidiano. El programa que incluye el entrenamiento en habilidades de comunicación resulta más eficaz para el tratamiento de los síntomas de reexperimentación y el consumo de alcohol; el programa de exposición es más eficaz para el resto de la sintomatología psicológica y psicosocial mencionada. En cambio, sobre el conjunto de sintomatología postraumática, los síntomas de evitación o la autoestima, ambos programas no presentan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a su eficacia.

A medida que pasan los seguimientos se reduce el número de diferencias intergrupo, es decir, las diferencias de eficacia entre los programas. Al llegar al último seguimiento, al año, los dos programas resultan igualmente eficaces en el tratamiento de todas las variables, excepto en la expresión de la ira, donde el programa de exposición presenta una eficacia significativamente mayor ($p < 0,01$) comparada con el programa de habilidades de comunicación.

Atendiendo exclusivamente a la significación estadística, las víctimas de violencia doméstica obtienen los mismos beneficios terapéuticos con cualquiera de las dos intervenciones propuestas, excepto en el tratamiento de la expresión de la ira, donde resulta más eficaz el programa que incluye exposición.

Este fenómeno puede deberse a que la reducción de las puntuaciones a lo largo del tratamiento es muy marcada en todas las variables. Es decir, los cambios pre-seguimiento 12 meses son muy grandes. Sin embargo, la variabilidad entre un programa y otro se reduce más atendiendo sólo al seguimiento a los doce meses.

No es este el caso de la expresión de la ira. A lo largo del tiempo la reducción es mucho menor que en el resto de variables (de hecho, no es estadísticamente significativa), por lo que resulta más sencillo, probable y esperable que los cambios resulten estadísticamente significativos al comparar los dos programas en el seguimiento a los doce meses.

Por otro lado, la significación clínica es uno de los elementos que se tienen que tener en cuenta en un estudio de eficacia como este. Atendiendo a los resultados que se han presentado en el capítulo anterior, en este caso resulta, claramente, más eficaz el programa B (el que incluía entrenamiento en exposición). Con este programa se consigue una mejora clínica y total de la sintomatología postraumática, depresiva y de ansiedad.

Suele establecerse que cuando un programa obtiene cambios clínica y estadísticamente significativos en el tratamiento de una variable, puede rechazarse la hipótesis nula, aceptar la hipótesis de trabajo y concluir que la intervención es eficaz (Sanz, 2001). Sin embargo, cuando solamente resultan significativos los cambios a nivel clínico, la investigación hipotetiza que el tamaño de la muestra puede no ser suficientemente amplio. Este hecho podría comprobarse utilizando muestras mayores. Sin embargo, también se ha afirmado que la ausencia de la prueba de eficacia no es la prueba de la ausencia de eficacia, con lo cual, podría haber otros factores involucrados que no se han considerado.

En cuanto a la satisfacción de las participantes y la adherencia al tratamiento, no existe ninguna diferencia entre programas. Se podría haber esperado un mayor porcentaje en el número de abandonos en el programa de exposición puesto que se entiende ésta como una técnica más aversiva y que provoca un mayor rechazo. Sin embargo, dado que no se produjo abandono alguno en ninguno de los dos programas después de la cuarta sesión, no se pueden atribuir estos a un efecto negativo de las técnicas. Puede deberse más a factores externos (e.g. búsqueda de empleo, cambio de domicilio, cambio de horario...) o variables personales (e.g. dificultades para la participación en el grupo, anticipación de las técnicas), comunes a ambos programas.

En resumen, la intervención terapéutica en esta fase del estudio ha resultado satisfactoria, y la posibilidad de llevarla a cabo en grupo ha supuesto dos importantes

ventajas: 1) economía de tiempo y esfuerzo por parte del terapeuta, y 2) un efecto beneficioso para las víctimas al favorecer el apoyo mutuo y el intercambio de experiencias y relaciones.

A pesar de que los resultados en la eficacia a largo plazo son similares para los dos programas (solamente son diferentes en la mejoría de la expresión de la ira), se puede afirmar que, en términos generales, el programa con exposición es más eficaz que el de habilidades de comunicación. No en vano, éste último es sólo mejor que el de exposición en la mejora de los síntomas de hiperactivación en el postratamiento, mientras que el programa con exposición presenta numerosas ventajas sobre el anterior en todos los momentos de medida:

- En el postratamiento, en los síntomas de hiperactivación, síntomas depresivos, psicopatológicos, expresión de la ira y reducción del consumo de alcohol.
- En el seguimiento al mes, en los síntomas postraumáticos en general, los síntomas de evitación, depresivos, psicopatológicos, y en la expresión de la ira.
- En el seguimiento a los tres y seis meses, en los síntomas de evitación y en la expresión de la ira.
- En el seguimiento a los doce meses, en la expresión de la ira.

Por otro lado, puede resultar sumamente interesante determinar, además, si es posible mantener o aumentar los cambios conseguidos como consecuencia de una variación en el formato de aplicación del programa (individual en lugar de grupal).

4.2 Eficacia Comparada del Formato de Aplicación de la Intervención: Grupal versus Individual

Ésta se planteaba como un paso más en la determinación de la intervención más eficaz para las víctimas de violencia doméstica. Si bien la literatura recoge modelos de intervención eficaces, las aportaciones se han hecho, tanto en formato individual como en formato grupal. En esta segunda fase, se comparó el programa de tratamiento que incluía exposición en ambos formatos. En el individual participaron 28 mujeres, y en el grupal 25. De esta forma, el tamaño total de la muestra de esta fase (53 mujeres) fue el mismo que el de la fase 1.

Todas las mujeres mejoraron en la gravedad de la sintomatología psicológica y psicosocial. A corto plazo los cambios y mejoras en todas las variables resultaron

estadísticamente significativos ($p < 0,01$). También se produjeron mejoras a largo plazo: los cambios se mantuvieron con una significación estadística idéntica ($p < 0,01$) en todas las variables excepto en la expresión de la ira (*IE*).

El resultado final es muy similar al alcanzado en la fase anterior al comparar los cambios intrasujeto; es decir, la intervención resulta eficaz al tratar toda la sintomatología clínica y psicosocial de las mujeres, excepto los problemas derivados del manejo y expresión de la ira.

Por otro lado, son también muy importantes los cambios en la significación clínica en cuanto a sintomatología postraumática, depresiva y de ansiedad. Al finalizar la intervención ninguna mujer presentaba síntomas de gravedad que se pudieran considerar problemáticos. Concretamente, en los síntomas postraumáticos, las mejoras se ven casi de forma inmediata: en el postratamiento, solamente un 7,5% de las mujeres participantes presentan sintomatología suficiente para el diagnóstico de SEPT. A partir del seguimiento al mes, ninguna mujer en ningún grupo presenta siquiera sintomatología suficiente para el SEPT.

Por otro lado, hay una reducción paulatina y significativa de los síntomas depresivos hasta alcanzar la desaparición completa a los seis meses de seguimiento. En el caso de los problemas de ansiedad, también se observa una reducción paulatina y continua, pudiendo decir que en el seguimiento a los doce meses, ninguna mujer presenta sintomatología de gravedad superior al punto de corte propuesto para determinar la presencia de problemas de ansiedad.

Por otro lado, los tamaños del efecto de la intervención son también grandes en la mayor parte de las variables –excepto en el consumo de alcohol, cuyo tamaño del efecto es siempre mediano o pequeño, o en el tratamiento de la expresión de la ira, que sólo consigue un tamaño del efecto grande comparando las medidas pre-seguimiento 3 y 12 meses en el programa grupal-.

Se acepta por tanto, la hipótesis de trabajo que postulaba que se encontrarían diferencias significativas en el tratamiento del malestar asociado a la violencia doméstica. Se vuelve a presentar en esta fase, por un lado, la confluencia de significación clínica y estadística en la valoración del cambio alcanzado en síntomas postraumáticos, depresivos y de ansiedad. Asimismo, también se encuentran tamaños del efecto grandes en dichas variables con significación clínica.

Finalmente, en cuanto a la satisfacción con la intervención, los resultados son, igualmente, alentadores. La puntuación media de 30,6 muestra una satisfacción alta con el servicio proporcionado y con los resultados obtenidos.

A pesar de estos resultados que evidencian la eficacia de la intervención, de nuevo hay que analizar pormenorizadamente cuáles son las diferencias entre los programas. Al igual que se hizo en la primera fase, se analizan estas conclusiones en dos momentos, teniendo en cuenta un nivel de eficacia a corto plazo (en el postratamiento) y a largo plazo (durante los seguimientos).

¿Qué sucede con las mujeres que participan en el programa individual? Indudablemente, los resultados apuntaban una mejora significativa en todas las variables, sin embargo, comparando estos datos con la versión en formato grupal, se observa una situación similar a la analizada en la fase 1. Atendiendo a los cambios pre-postratamiento se encuentran diferencias significativas entre ambos programas en el tratamiento de los síntomas de reexperimentación ($p < 0,01$) y pensamientos postraumáticos ($p < 0,01$), en los síntomas depresivos ($p < 0,05$) y en los de ansiedad ($p < 0,01$), en la mejora de los síntomas psicopatológicos (*GSI*, $p < 0,01$), y en la expresión de la ira (*IEI*, $p < 0,01$). Las participantes en el programa individual sólo obtienen una mejoría mayor que las del grupal en los síntomas de reexperimentación y en los síntomas de ansiedad. En las restantes variables, las mejoras son mayores en el formato grupal.

Puede decirse que, globalmente, resulta más eficaz este programa grupal. En el seguimiento al mes, los cambios estadísticamente significativos son atribuibles al efecto de este programa; concretamente, en la mejora de la sintomatología postraumática general, los síntomas depresivos, de ansiedad, el nivel de autoestima y síntomas psicopatológicos. En el seguimiento a los tres meses, es más eficaz en la mejora de la autoestima y la expresión de la ira (aunque el individual es más eficaz para los síntomas de evitación); en el seguimiento a los seis meses, en la sintomatología postraumática general, los síntomas de reexperimentación, evitación, así como pensamientos postraumáticos. A los doce meses de seguimiento, no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos programas; es decir, ambos consiguen una eficacia similar en la mejora del malestar postraumático, asociado y psicosocial de las víctimas de violencia doméstica.

En cuanto a la significación clínica, solamente hay diferencias significativas en la disminución de los síntomas para el SEPT en el postratamiento. A lo largo de los seguimientos, no hay diferencias en el efecto de un programa sobre el otro, ni tampoco se

detectan en el tratamiento de los síntomas de ansiedad o depresión. Así pues, a nivel de significación clínica, los dos programas evaluados obtienen mejoras similares.

Tampoco hay diferencias en la adherencia. Es cierto que en el capítulo de resultados se señaló que existía una diferencia estadística en el número de sesiones a las que habían acudido en cada programa. Realmente, esta variable puede carecer de interés en el análisis del programa individual, puesto que por su misma concepción y carácter ideográfico, es imposible que las mujeres no asistan a todas las sesiones. En la terapia individual solamente se concibe la participación completa en las sesiones, o el abandono –que ha sido reseñado en el apartado correspondiente, y no daba lugar a diferencias con el programa grupal-. Cuando una mujer no asistía a una sesión del programa individual, bien ella, o bien la terapeuta, se ponían en contacto para reanudar la intervención en otro momento. Lógicamente, esa sesión no se saltaba, sino que se retomaba en el siguiente encuentro. El abandono de la intervención se consideraba en el caso de dos sesiones programadas sin que se pudiera contactar con la participante (ausencias injustificadas o falta de respuesta para continuar el tratamiento), o por su negativa expresa y manifiesta a continuar asistiendo al programa.

Por ello, este último índice no se considera representativo de la adherencia, y sí los otros, correspondientes al porcentaje de abandonos, al número de sesiones a las que acudieron las mujeres que completaron la intervención, y el porcentaje de tareas para casa realizadas.

El análisis del tamaño del efecto de la intervención revela, asimismo, que hay pocas diferencias entre los programas. Éstas se encuentran en algunos momentos y algunas variables, como en la significación en el postratamiento en los síntomas postraumáticos, los síntomas de ansiedad o la mejora de la autoestima. El programa individual obtiene tamaños del efecto más grandes en los tres casos. También hay diferencias en la expresión de la ira en todos los seguimientos, donde también el programa individual recibe una categorización del tamaño del efecto mayor.

Podría resultar contradictorio este hallazgo con los resultados descritos previamente. Sin embargo, lo único que puede aquí afirmarse es que la magnitud de la correlación entre el programa individual y dichas variables en los momentos de medida concretos es más fuerte que la que se establece entre el programa grupal y los mismos momentos. Pero el criterio clínico y el estadístico, resulta de suficiente fuerza como para extraer conclusiones acerca de la eficacia de uno de los dos programas.

Finalmente, tampoco hay diferencias en el nivel de satisfacción cuantitativa y cualitativa. Con respecto a la primera, la valoración global, y la que se puede realizar *ítem* a *ítem* fue muy similar en ambos grupos, incluso idéntica en la posibilidad de recomendar el programa a una amiga, o en la medida de satisfacción con la atención recibida. Asimismo, la valoración de la adquisición y aprendizaje de técnicas, el contenido y desarrollo del programa, factores negativos y positivos, no obtuvieron una valoración diferente entre los programas.

Dadas las similitudes en el nivel de eficacia de la intervención individual y grupal, parece que el formato no es una variable determinante para obtener cambios. Sin embargo, en términos de eficiencia, sí puede decirse que la intervención grupal presenta mayor número de ventajas. Por ello, la elección entre uno u otro puede radicar en la disponibilidad de tiempo, de espacios, o de participantes, sin olvidar que las ventajas terapéuticas se encuentran más en el contenido del programa que en su formato de aplicación.

5. Consideraciones Finales

Tras este recorrido descriptivo y analítico, ¿qué conclusiones generales y prácticas pueden extraerse de esta investigación? Se puede decir, en primer lugar, que las víctimas de violencia doméstica, cuando presentan malestar psicológico, se benefician notablemente de la intervención; el malestar, el deterioro clínico, psicosocial, no se cura espontáneamente. En este caso, el tiempo *no* cura todo, y la terapia psicológica es un elemento probadamente eficaz. Lo es también, la intervención que se ha descrito en este trabajo. El abordaje de la ansiedad, los síntomas depresivos, la autoestima, o la presencia de distorsiones cognitivas postraumáticas implican mejoras en el nivel de salud y de funcionamiento psicosocial.

El diseño de esta intervención resulta útil. Las técnicas incluidas responden al tratamiento de las necesidades de las víctimas. Por otro lado, su brevedad y su bajo coste, hacen de él un programa, no sólo eficaz, sino también eficiente. Y la posibilidad de contar con una descripción del tratamiento estandarizado permite ser replicado, y también constituye una importante ventaja.

En este sentido, esta intervención coincide en numerosos aspectos con la de Rincón (2003). Ambas pretenden ser intervenciones que cumplan los requisitos actuales de la psicología clínica: eficacia, eficiencia y efectividad, es decir, que se alcancen los objetivos

terapéuticos no sólo en condiciones óptimas, sino también en la práctica clínica habitual, con mayores beneficios y menores costes que otras alternativas terapéuticas (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000).

Podría decirse que los tres programas evaluados en esta investigación obtienen cambios similares. Esta investigación contaba con haber revisado previamente técnicas e intervenciones. No se partía de cero, no se puede obviar que el estudio de la violencia doméstica y su tratamiento en las víctimas es un terreno abonado que ha ido consiguiendo sus frutos. Sin embargo, si el clínico tuviera que tomar la decisión de cuál de los tres evaluados es el mejor programa, ¿con cuál se quedaría? A corto plazo, presentan diferencias en la eficacia, y el tratamiento grupal con entrenamiento en exposición, (el programa B) consigue mayores mejoras. También a largo plazo, en las comparaciones de contenido y formato este programa es ligeramente mejor.

Por otro lado, el análisis de la significación clínica, también indica que este programa puede obtener mayores mejoras. Así pues, a pesar de la similitud entre los tres, el programa grupal con exposición es más efectivo.

Finalmente, atendiendo a su eficiencia, los programas grupales resultan de primera elección. Si bien el coste material y personal es reducido en todos ellos, en el programa grupal, es todavía menor, puesto que en el mismo tiempo se atiende a más mujeres, y la interacción grupal, el intercambio de experiencias, también tiene su repercusión en el nivel de recuperación y salud perseguido.

5.1. Limitaciones del Estudio

Si se analizan estos resultados en comparación con otros previos, los cambios obtenidos en este trabajo no resultan tan marcados. Por ejemplo, Echeburúa *et al.* (1996), Kubany *et al.* (2004) o Rincón (2003), encuentran cambios más llamativos. Esto resulta algo esperable si se tiene en cuenta que, en este trabajo, el nivel de patología de las mujeres al iniciar la intervención era más leve que el que presentaban las participantes en esos estudios. No debe olvidarse que la muestra participante era subclínica en cuanto a sintomatología postraumática se refiere, y los tres estudios anteriores, estaban diseñados para mujeres que presentaban TEPT. En esta investigación se ha podido producir un *efecto techo* que hace aun más difícil la consecución de reducciones significativas en la sintomatología, es decir, la mejora puede llegar hasta un punto a partir del cual resulta mucho más difícil la disminución por los bajos niveles de sintomatología.

Como una limitación del estudio, habría que mencionar el tratamiento de la expresión de la ira. Es ésta una variable ciertamente ambigua, cuyos cambios han sido los menos significativos en todo momento. Si bien las mujeres víctimas de violencia doméstica presentan problemas con la ira, tienen facilidad para enfadarse o se encuentran irritadas con frecuencia, este programa la ha tratado siempre de un modo indirecto: a) a través del manejo de la ansiedad y control de la activación, responsable de las explosiones de ira; b) a través del entrenamiento en habilidades de comunicación, para el tratamiento de la agresión o sumisión verbal. Probablemente la ira dirigida hacia dentro y hacia fuera necesita un tratamiento más profundo, puesto que en este caso tampoco se desea eliminar por completo. La capacidad para enfadarse es necesaria, a veces indispensable para lograr una adaptación adecuada al medio.

Ocurre algo similar con la autoestima. Las puntuaciones finales revelan un nivel de autoestima medio-alto –excepto entre las mujeres asignadas al tratamiento grupal con habilidades de comunicación, que se mantenían en la media propuesta por Ward (1977)-. En este caso, se pensó que podría ser el propio instrumento, la EAR (Rosenberg, 1965), el responsable de las dificultades para mostrar los cambios. Éste, está altamente extendido y se ha utilizado en multitud de estudios. El hecho de que sea breve, contribuye a que se considere un instrumento de fácil aplicación. Sin embargo, la redacción de sus *ítems* no es del todo clara. Especialmente el *ítem 5*, en el que se plantea una negación cuya respuesta negativa (“en desacuerdo”) supone un nivel de autoestima mayor (“creo que no tengo motivos para sentirme orgullosa de mí”). En función de lo analizado en el estudio, se tiende a pensar que muchas participantes no leían el “no”, que una doble negación es confusa como medio de evaluación, y, por otro lado, que el término “orgullosa” es también problemático (muchas participantes no distinguían entre las expresiones de “ser orgullosa” y “estar o sentirse orgullosas de sí mismas”).

Aunque se ha comprobado que este *ítem* presenta algunos problemas, -en conjunto parece que la EAR mejoraría eliminándolo-, la investigación no es del todo concluyente (Arinero *et al.*, 2004). Sería necesario replicar estos estudios únicamente en víctimas de violencia doméstica, y analizar si esta escala puede cumplir un modelo de dos factores (autoestima positiva y negativa), ya que el análisis factorial sin forzar un número determinado de factores así lo pone de manifiesto. Por ello, las conclusiones de esta intervención en la mejora de la autoestima, se toman con cautela.

Finalmente, la adherencia ha sido buena, similar a la de estudios previos (e.g. Rincón, 2003), a pesar de que se ha registrado un porcentaje de abandonos importante

(algo menos de un 25% de la muestra total no concluye la intervención). En muchos casos este efecto es probable que se produzca por las situaciones que están viviendo las mujeres. Dejar de convivir con la pareja, iniciar trámites judiciales, cambiar de domicilio, comenzar a trabajar, cambiar el horario para atender a los hijos, etc., son fuentes de estrés que impiden en muchos casos participar siguiendo el curso de la intervención iniciada. Éstas, también pueden influir, incluso, en que las mejoras no sean tan rápidas. No en vano, Echeburúa (2002) plantea que las mujeres que se ven envueltas en litigios tardan más tiempo en mejorar de sus síntomas puesto que la situación judicial tiende a mantenerlos. A largo plazo, sin embargo, estas mujeres tendrían un mayor grado de adaptación a la vida cotidiana.

5.2. Directrices Futuras

Resultaría ideal poder proporcionar a las participantes el programa de tratamiento en el momento óptimo para su aprovechamiento. Es decir, cuando no existieran impedimentos sociales o personales para llevar a cabo la intervención. Dado que los tres programas obtienen mejoras significativas y son eficaces, no debería existir ningún problema en continuar con la intervención individual en aquellos casos en los que una mujer no pueda continuar en el formato grupal. Al fin y al cabo, las mejoras en la sintomatología serían importantes aunque se pierda el efecto beneficioso de la interacción en grupo.

Dado que esto no resulta fácil en términos generales, y aún más en el ámbito de la investigación, también es necesario apostar por el fomento del entrenamiento de las técnicas para que se aprendan y puedan ponerse en práctica en cualquier situación. El seguimiento de los cambios hasta un año tras la intervención, permite ir ajustando esta adquisición a lo largo de los encuentros. Es ésta una línea de acción a mantener en el futuro.

En la parte teórica de este trabajo se indicó que un requisito importante en este tipo de estudios era analizar la eficacia de la intervención teniendo en cuenta la situación individual de cada mujer. Como segunda línea de acción, cabe plantearse la conveniencia de tratar conjuntamente a mujeres que conviven con el maltratador y que por consiguiente continúan expuestas a la situación de maltrato, y a aquellas otras que lo han abandonado o que se encuentran en trámites de hacerlo, siguiendo de forma individual los cambios. Sólo así será posible determinar hasta qué punto, una situación social inestable continúa manteniendo el malestar generado por la violencia.

De hecho, estos grupos de mujeres podrían estar enfrentándose a situaciones diferentes, que podrían aconsejar, como señalan Kubany *et al.* (2003) intervenciones más ajustadas a las necesidades de cada una de ellas. Estos autores indican que en el caso de las mujeres que aún conviven con el maltratador, sería recomendable que el tratamiento incluyera información sobre medidas de seguridad, haciendo especial énfasis en los módulos de toma de decisiones. Igualmente, cuando las mujeres están haciendo frente a los trámites y posibles litigios que conlleva la ruptura, resultaría muy útil dar una mayor importancia al entrenamiento en solución de problemas. Se trataría, en definitiva, de proporcionar a las participantes el tratamiento más adecuado para el momento en el que se encuentran, así como de establecer el momento de intervención óptimo para maximizar los resultados.

También entre los retos futuros resultaría óptimo que se centraran los esfuerzos terapéuticos en intervenciones multidisciplinarias. Entre los retos que se señalaban al finalizar el estudio piloto, se mencionaba el planteamiento de la OMS sobre la salud, no sólo como ausencia de enfermedad, sino como el logro y mantenimiento de *calidad de vida*. Este paradigma multidisciplinar está adquiriendo cada vez mayor importancia en el campo de la investigación y la práctica clínica, y en la mayoría de las ocasiones responde a un planteamiento biopsicosocial.

En esta investigación se ha partido de un esquema psicosocial. Quizá la fórmula idónea sería la de plantear una intervención con diferentes módulos. Esto supondría aumentar el número de sesiones, de forma que las intervenciones psicológica, social, jurídica y médica estuvieran cubiertas. Con respecto a este programa, esto supondría ampliar el número de sesiones. No supone un problema ya que la recomendación terapéutica establece entre dos y tres meses como duración óptima de las intervenciones (Lundy y Grossman, 2001), y conllevaría también la participación de diferentes profesionales que podrían trabajar de forma conjunta en el logro de una atención integral.

Tras estas conclusiones puede decirse que el tratamiento de síntomas y malestar derivados de la vivencia de violencia doméstica podría estar relativamente definido. Al fin y al cabo, se sabe cuáles son los elementos que funcionan, y cuáles son menos útiles. Sin embargo, -y también sin lugar a dudas-, resultaría mucho más alentador que la intervención no fuera necesaria. Es seguro que el fin de las alteraciones psicológicas y el malestar de las víctimas vendría determinado por la desaparición de la violencia y de las situaciones estresantes a las que se ven sometidas tantas mujeres. Si no hay violencia, no hay malestar; si no hay malestar, la intervención resulta innecesaria.

Pero, que desaparezca la violencia doméstica de nuestro mundo no es, ni mucho menos, una tarea exclusivamente psicológica. La concienciación social, la educación y el respeto de los Derechos Humanos desempeñan un papel primordial. Una vez más, el esfuerzo compartido de diferentes disciplinas y profesionales es la clave para lograr una sociedad más justa, más igualitaria, más pacífica; en definitiva, una sociedad mejor para todos. Educación, prevención e intervención serán aspectos prioritarios en esta tarea en la que todas las sociedades e individuos están, *a priori* y en teoría, muy de acuerdo.

Referencias

- Aguilar, R. J. y Nightingale, N. N. (1994). The impact of specific battering experiences on the self-esteem of abused women. *Journal of Family Violence, 9*, 35-45.
- Alexander, R. W; Bradkey, L. A; Alarcón, G. S; Alexander, M. T; Aaron, L. A; Alberts, K. R; Martín, M. Y. y Stewart, K. E. (1998). Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia: association with outpatient health care utilisation and pain medication usage. *Arthritis Care and Research, 11* (2), 102-115.
- Alberdi, I. y Matas, N. (2002). *Informe de Malos Tratos en España*. Colección "Estudios Sociales", vol. 10. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Álvarez, A. (1999). *Manual de Ayuda para Mujeres Maltratadas*. Madrid: Ayuntamiento de Rivas-Vaciamadrid. Concejalía de la Mujer.
- APA (1999). *Resolution on Male Violence Against Women*. Disponible en: <http://www.apa.org/pi/wpo/maleviol.html>
- APA (1995). *DSM-IV Breviario. Criterios Diagnósticos*. Barcelona: Masson (orig. 1994).
- Aragón, N; Bragado, C. y Carrasco, I. (2000). Fiabilidad y estructura factorial del *Inventario Breve de Síntomas (BSI)* en adultos. *Psicología Conductual, 8* (1), 19-32.
- Área de Género del PNUD de El Salvador (2004). *La Equidad de Género en El Salvador*. San Salvador: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- Arinero, M. (2002). *Intervención Psicológica en Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica*. Proyecto DEA. Universidad Complutense de Madrid
- Arinero, M. y Crespo, M. (2004). Evaluación de la eficacia de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para mujeres víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto. *Psicología Conductual, 12* (2), 233-249.
- Arinero, M; Crespo, M; López, J; Martínez, I. y Gómez, M. M. (2004, abril). *Analysis of Rosenberg Self-esteem Scale: reliability and validity of items*. Comunicación presentada en el VII European Conference on Psychological Assessment. Málaga.
- Arnow, B. A. y Constantino, M. J. (2003). Effectiveness of psychotherapy and combination treatment for chronic depression. *Journal of Clinical Psychology, 59*, 893-905.
- Asociación de Mujeres Juristas *Themis* (2000). *La Respuesta Penal a la Violencia contra la Mujer*. Madrid: Consejo de la Mujer de la Comunidad Autónoma de Madrid.
- Asociación de Mujeres Juristas *Themis* (2005). *La Violencia Familiar en el Ámbito Judicial*. Disponible en: <http://www.mujeresjuristasthemis.org/documentos/Penal/index.htm>.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: a Social Cognitive Theory*. Englewoodcliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A; Ross, D. y Ross, S. A. (1963). Imitation of film-mediated aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 66*, 3-11.
- Bandura, A, y Walters, R. (1963). *Social Learning and Personality Development*. New York: Holt, Rinehart & Winston, Inc.
- Barea, C. (1997). *Violencia en la Adolescencia. Causas y Posibles Enfoques Terapéuticos*. Ponencia de la II Jornada contra les Agressions Sexuals. Barcelona, 25 de noviembre de 1997.
- Beck, A.T; Brown, G; Epstein, N. y Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897.
- Beck, A. T; Rush, A. J; Shaw, B. F. y Emery, G. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Desclée de Brower (orig. 1979).
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (1990). *The Beck Anxiety Inventory*. Austin, TX: The Psychological Corporation.
- Becoña, E. (1999). Técnicas de solución de problemas. En Labrador, F. J; Cruzado,

- J. A. y Muñoz, M. (eds.) *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta* (pp. 710-743). Madrid: Pirámide
- Berkowitz, L. (1965). The concept of aggressive drive: some additional considerations. En L. Berkowitz (ed.) *Advances in Experimental Social Psychology. Vol.2*. Nueva York: Academic Press.
- Berns, S. B; Jacobson, N. S. y Gottman, J. M. (1999). Demand-withdraw interaction in couples with a violent husband. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67* (5), 666-674.
- Berstein, E. M. y Putnam, F. W. (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Diseases, 174*, 727-734.
- Blanchard, E. B.; Hickling, E. J; Barton, K. A; Taylor, A. E; Loos, W. R. y Jones-Alexander, J. (1996). One-year prospective follow-up of motor vehicle accident victims. *Behavior Research and Therapy, 34* (10), 775-786.
- Blanco, A. y Díaz, D. (2004). Bienestar social y trauma psicosocial: una visión alternativa al trastorno de estrés postraumático. *Clínica y Salud, 15*, 3, 227-252.
- Bonino, L. (1997). *Micromachismos: la Violencia Invisible en la Pareja*. Ponencia de las Primeras Jornadas sobre Violencia de Género en la Sociedad Actual. Consellería de Bienestar Social. Dirección General de la Mujer.
- Boulet, J. y Boss, M. W. (1991). Reliability and validity of the *Brief Symptom Inventory*. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3*, 433-437.
- Bragado, C; Bersabé, R. y Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema, 11* (4), 939-956.
- 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; Dalgleish, T. y Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review, 103* (4), 670-686.
- Briere, J. (1995). *Trauma Symptom Inventory Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Briere, J. y Elliot, D. M. (1997). Psychological assessment of interpersonal victimization effects in adults and children. *Psychotherapy, 34* (4), 353-364.
- Brockner, J. (1979). The effects of self-esteem, success-failure, and self-consciousness on task performance. *Journal of Personality and Social Psychology, 37*, 1732-1741.
- Brown, J. B; Lent, B; Brett, P. J; Sas, G. y Pederson, L. L. (1996). Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice. *Family Medicine, 28* (6), 422-428.
- Brown, J. B; Lent, B; Schmidt, G. y Sas, G. (2000). Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. *Journal of Family Practice, 49* (10), 896-903.
- Browne, A. (1993). Violence against women by male partners. *American Psychologist, 48*, 1077-1087.
- Burger, J. M. (1985). Desire for control and achievement-related behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology, 48*, 1520-1533.
- Bustelo, M. (2004). *La Evaluación de las Políticas de Género en España*. Madrid: Los Libros de la Catarata.
- Butcher, J. N; Dahlstrom, W. G; Graham, J. R; Tellegen, A. y Kaemmer, B. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2). Manual for Administration and Scoring*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Campbell, J; Miller, P; Cardwell, M. M. y Belknap, R. A. (1994). Relationship

- status of battered women over time. *Journal of Family Violence*, 9, 99-111.
- Campbell, J; Kub, J. E. y Rose, L. (1996). Depression in battered women. *Journal of the American Medical Women's Association*, 51 (3), 106-110.
- Camps, V. (2001). Prólogo a *Mi Marido me Pega lo Normal* (M. Lorente, ed.). Barcelona: Ares y Mares.
- Cantor, N. y Kihlstrom, J. F. (1987). Social intelligence: the cognitive basis of personality (tech. report no. 60). Ann Arbor, MI: University of Michigan.
- Carver, C. S, Blaney, P. H. y Scheier, M. F. (1979). Reassertion and giving up: the interactive role of self-directed attention and outcome expectancy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1859-1870.
- Carver, C. S. y Scheier, M. F. (1983). A control theory of normal behavior and implications for problems in self-management. En P. C. Kendall (ed.) *Advances in Cognitive Behavioral Research and Therapy* (vol. 2). Nueva York: Academic Press.
- Cascardi, M. y O'Leary, K. (1992). Depressive symptomatology, self-esteem, and self-blame y battered women. *Journal of Family Violence*, 7, 249-259.
- Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia (2000). *Violencia Contra la Mujer (Situación Actual Mundial)*. Valencia: Generalitat Valenciana, Fundación Valenciana de Estudios Avanzados: Serie Documentos 2.
- Chambless, D. I; Baker, M. J; Baucom, D. H; Beutler, L. E; Calhoun, K. S; Crits-Christoph, P; Daiuto, A; deRubeis, R; Detweiler, J; Haga, D. A. F; Johnson, S. B; McCurry, S; Mueser, K. T; Pope, K. S; Sanderson, W. c; Shoham, V; Stickle, T; Williams, D. A. y Woody, S. R. (1998). An update on empirically validated therapies II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16. Disponible en: http://pantheon.yale.edu/~tat22/est_docs/ValidatedTx.pdf.
- Chambless, D. L. y Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Chard, K. M. (2000). *Cognitive Processing Therapy for Sexual Abuse: an Outcome Study*. Manuscrito no publicado, Universidad de Kentucky.
- Clements, C. M. y Sawhney, D. K. (2000). Coping with domestic violence: control attributions, dysphoria and hopelessness. *Journal of Traumatic Stress*, 13 (2), 219-240.
- Cokker, A. L; Smith, P. H; Bethea, L; King, M. R. y McKeown, R. E. (2000). Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of Family Medicine*, 9, 451-457.
- Colaizzi, P. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it. En R. S. Valle y M. King (eds.). *Existential-phenomenological Alternatives for Psychology* (pp. 48-71). Nueva Cork: Oxford University Press.
- Colegio Oficial de Psicólogos de España (2004). *Ética y Deontología para Psicólogos*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de España.
- Cox, J. W. y Stoltenberg, C. (1991). Evaluation of a treatment program for battered wives. *Journal of Family Violence*, 6 (4), 395-413.
- Crandall, R. (1973). The measurement of self-esteem and related constructs. En J. P. Robinson y P.R. Shaver (eds.) *Measures of Psychological Attitudes*. Institute of Social Research, University of Michigan, Ann Arbor, pp. 45-67.
- Crespo, M; Gómez, M. M; Arinero, M. y López, J. (2004, agosto). *Desing and Validation of an Inventory for the Assessment and Diagnosis of Post-Traumatic Stress Disorder: Preliminary Findings*. Poster presentado en el XXVIII International Congress of Psychology. Pekín (China).
- Crespo, M; Gómez, M. M; Arinero, M. y López, J. (2004, septiembre). *Sintomatología Postraumática en Víctimas de Acontecimientos Traumáticos de Corta Duración vs. Acontecimientos Crónicos*. Ponencia presentada en el V Congreso

- Internacional de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (S.E.A.S.). Benidorm (Alicante).
- Cruz, J. M. (1997). Los factores posibilitadores y las expresiones de la violencia en los noventa. *Estudios Centroamericanos (ECA)*, 588, 977-992.
- Curbow, B. y Somerfield, M. (1991). Use of Rosenberg Self-Esteem Scale with Adult Cancer Patients. *Journal Of Psycosocial Oncology*, 9 (2),113-131.
- Defensor del Pueblo (1998). *Informes, Estudios y Documentos. La Violencia Doméstica contra las Mujeres*. Madrid: Defensor del Pueblo.
- Delgado, J. (1972). *Control Físico de la Mente. Hacia una Sociedad Psicocivilizada*. Madrid: Espasa-Calpe
- Delgado, J. (2001). *La violencia doméstica. Tratamiento Jurídico: problemas penales y procesales; jurisdicción civil*. Madrid: Colex.
- Departamento de Salud y Servicios Humanos (1993). *Depression in Primary Care*. Rockville, MD: AHCPH reports No. 03-0550.
- Derogatis, L.R. (1977). *The SCL-90 Manual I: Scoring Administration and Procedures for the SCL-90*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. y Melisaratos, N. (1983). The *Brief Symptom Inventory: an introduction report*. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- Derogatis, L. R. y Spencer, P. M. (1982). *The Brief Symptom Inventory (BSI). Administration, Scoring and Procedures Manual-I*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometric Research Unit.
- Dirección General de la Mujer (2001). *Memoria sobre las Actuaciones de Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres 1996-2000*. Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.
- Dollard, J. y Miller, N. E (1977). *Personalidad y Psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Domènech, M. e Íñiguez, L. (2002). La construcción social de la violencia. *Athenea Digital*, 2. Disponible en <http://www.bib.uab.es/pub/athenea/15788646n2a7.pdf>.
- Dutton-Douglas, M. (1992). Treating battered women in the aftermath stage. *Psychotherapy in Independent Practice*, 10, 93-98.
- Dutton, M. A. (1997). Critique of the “Battered Woman Syndrome” Model. *Violence Against Women* (recursos on-line). Disponible en: <http://www.umn.edu/finaldocuments/vawnet.bws.htm>.
- D'Zurilla, T. J. y Golembiewski, M. R. (1971). Problem-solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Echeburúa, E. (2002). Nuevas Perspectivas en el Tratamiento del Estrés Postraumático. *Curso Internacional de Trastorno de Estrés Postraumático*. Madrid, 31 de mayo-2 de junio de 2002.
- Echeburúa, E. (2004). Violencia Contra la Mujer: ¿Por qué se Produce y Cómo se Puede Prevenir?. *XX Cursos de Verano de la Universidad de Cantabria*. Castro Urdiales (Cantabria), 9 de julio de 2004.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1995). Trastorno de estrés postraumático. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (eds.) *Manual de Psicopatología* (vol. 2). Madrid: McGraw-Hill.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de Violencia Familiar*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Echeburúa, E., Corral, P. y 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, Sarasua, B. y Zubizarreta, B. (1997a). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 7-19.
- Echeburúa, E; Corral, P; Amor, P. J; Sarasua, B. y Zubizarreta, B. (1997b). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno

- de Estrés Postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 503-526.
- Echeburúa, E; Corral, P. y 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. y Zubizarreta, I. (1996). 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.
- Ellis, A. (1975). *How to Live with a Neurotic*. Nueva York: Crown Publishers.
- Ellsberg, M; Caldera, T; Herrera, A; Winkvist, A. y Kullgren, G. (1999). Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women. *American Psychologist*, 54 (1), 30-36.
- Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *JAMA*, 252, 1905-1907.
- Faul, F. y Erdelfer, E (1992). *GPOWER: A Priori, Post-hoc and Compromise Power for MS-DOS (programa informático)*. Bonn: Bonn University, Dep. de Psicología.
- Feltz, D. L. y Landers, D. M. (1983). The effects of mental practice on motor skill learning and performance: a meta-analysis. *Journal of Sport Psychology*, 5, 25-57.
- Feuerlein, K. D. et al. (1976). Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete (KFA): eine empirische analyse. *Archives of Psychiatric Nervenkr*, 222, 139-195.
- Feuerlein, W. et al. (1979). *MALT: Münchner Alkoholismus Test. Manual*. Beltz Test: Weinheim.
- Foa, E. B. (1995). *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Foa, E. B; Tolin, D. F; Ehlers, A; Clark, D. M; Orsillo, S. M. (1999) The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): development and validation. *Psychological Assessment*, 11 (3), 303-314.
- Fogarty C. T. y Brown J. B. (2002). Screening for abuse in Spanish-speaking women. *Journal of American Board Family Practice*, 15, 101-111.
- Fonseca, F. J., Pérula, L. A. y Martínez, J. (1993). Detección del alcoholismo en una población general a través de la aplicación del test CAGE. *Atención Primaria*, 11, 393-399.
- Freud, S. (1976). *Más allá del Principio del Placer*. Buenos Aires: Amorrortu Editores (orig. 1920).
- Freud, S. (1980). *El Yo y el Ello*. Madrid: Alianza Editorial (orig. 1923).
- Freud, S. (1986). *Los Textos Fundamentales del Psicoanálisis*. Barcelona: Altaya.
- Freud, S. (1998). *El Malestar en la Cultura*. Madrid: Alianza Editorial (orig. 1930).
- Fromm, E. (1997). *Anatomía de la Destructividad Humana*. Méjico: Siglo XXI.
- Fundación Mujeres (2006). *Informe sobre Violencia de Género contra las Mujeres en España. Tasas y Tendencias 1999 / 2003*. Disponible en: http://www.redfeminista.org/nueva/uploads/Informe_Fundacion_Mujeres.pdf.
- Gaborit, M. (1998). El género pesa más que una arroba. *Estudios Centroamericanos (ECA)*, 597-598, 679-685.
- Gillis, M. M; Haaga, D. A. F. y Ford, G. T. (1995). Normative values for the *Beck Anxiety Inventory*, *Fear Questionnaire*, *Penn State Worry Questionnaire*, and *Social Phobia and Anxiety Inventory*. *Psychological Assessment*, 17, 450-455.
- Girard, R. (2002). *Veo caer a Satán como el Relámpago*. Barcelona: Anagrama.
- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14 (2), 99-132.
- Gollwitzer, P. M. y Wicklund, R. A. (1985). The pursuit of self-defining goals. En J. Kuhl y J. Beckman (eds.), *Action Control: From Cognition to Behavior*. Nueva York: Springer-Verlag.

- González, L. A. y Villacorta, C. E. (1998). Aproximación teórica a la violencia. *Estudios Centromericanos (ECA)*, 599, 803-825.
- Graham, D.L. y Rawling, E.L (1991). Bonding with abusive dating partners: dynamics of Stockholm syndrome. En B. Levy (ed.) *Dating Violence, Women in Danger*. Seattle, WA: Seal Press.
- Jensen, L. A. (2000). The cycle of domestic violence and the barriers to treatment. *The Nurse Practitioner*, 25(5), 26-29.
- Hacker, F. (1973). *Agresión*. Barcelona: Grijalbo.
- Hamby, S. L. (1996). The dominance scale: preliminary psychometric properties. *Violence and Victims*, 11, 199-212.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 53-62.
- Harter, S. (1978). Effectancy motivation reconsidered: toward a developmental model. *Human Development*, 21, 34-64.
- Harter, S. (1983). The development of the self-system. En E. M. Hetherington (ed.) *Handbook of Child Psychology (vol. 4)*. Nueva York: Wiley.
- Heise, L. (1994). *Violence Against Women: the Hidden Health Burden*. Washington DC: The World Bank.
- Hickling, E. J. y Blanchard, E. B. (1992). Post-traumatic stress disorder and motor vehicle accidents. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 283-304.
- Hinojal, S. (2002). Propuesta de actuación para la defensa de las víctimas de violencia doméstica. *Boletín del Ilustre Colegio de Abogados de Madrid*, 21 (3), 117-144.
- Horowitz, M. D; Wilner, N. y Álvarez, W. (1979). Impacts of Events Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Hovens, J. E; Van der Ploeg, H. M; Bramsen, I; Klaarenbeek, M. T. A; Schreuder, J. N. y Rivero, V. V. (1994). The development of the Self-rating Inventory for Posttraumatic Stress Disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 172-183.
- Hudson, W. W. y McIntosh, S. (1981). Index of spouse abuse. *Journal of Marriage and the Family*, 43, 873-888.
- Hughes, M. J. y Jones, L.I. (2000) Women, domestic violence and posttraumatic stress disorder (PTSD). *Family Therapy*, 27 (3), 125-139.
- Hurley, D. J. y Jaffe, P. (1990). Children's observations of violence II: clinical implications for children's mental health professional. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 471-476.
- Instituto de la Mujer (2001a). II Plan Integral contra la Violencia Doméstica 2001-2004. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Instituto de la Mujer (2001b). *Women in Figures*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Instituto de la Mujer (2006). *Mujeres en Cifras*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Disponible en: <http://www.mtas.es/mujer/MCIFRAS/P RINCIPA2.HTM>.
- Instituto de Opinión Pública (IUDOP, 1999). *Normas Culturales y Actitudes sobre la Violencia. Estudio ACTIVA*. San Salvador: UCA editores.
- Jacobson, N.S; Roberts, L.J; Berns, S.B. y McGlinchey, J.B. (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.
- Jaffe, P, Wolfe, D; Wilson, S. y Zark, L. (1986). Similarities in behavioral and social maladjustment among child victims and witnesses to family violence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 142-146.
- Jensen, L. A. (2000). The cycle of domestic violence and the barriers to treatment. *The Nurse Practitioner*, 25 (5), 26-29.
- Jordan, B. K; Schlenger, W. E; Hough, R. L; Kulka, R. A; Weiss, D. S. y Fairbank, J. A. (1991). Lifetime and current prevalence of specific psychiatric disorders among Vietnam veterans and

- controls. *Archives of General Psychiatry*, 48, 207-215.
- JRS (Servicio Jesuita a Refugiados, 2002). *Refugiadas*. Madrid: Libroslibres.
- Kazdin, A. E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 332-339.
- Kelly, L. (2001). Violencia doméstica. *Informació Psicológica* (75), 9-15.
- Kendler, S. K; Kessler, R.C; Neale, M.C; Heath, A.C. y Eaves, L. J. (1992). The prediction of major depression in women: toward an integrated etiologic model. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1139-1148.
- Kernis, M.H; Grannemann, B.D. y Mathis, L.C. (1991). Stability of Self-Esteem as a Moderator of the Relation between Level of Self-esteem and Depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 (1), 80-84.
- Kilpatrick, D. G; Resnick, H. S; Saunders, B. E. y Best, C. L. (1989). *The National Women's Study PTSD Module*. Instrumento no publicado. Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Koss, M. P; Goodman, L. A; Browne, A; Fitzgerald, L; Keita, G. P. y Russo, N. P. (1995). *No save haven. Male violence against women at home, at work, and in the community*. Washington: APA.
- Krohne, H. W. y Laux, L. (1982). *Achievement, Stress and Anxiety*. Washington, DC: Hemisphere Publishing Corporation.
- Kubany, E. S; Hill, E. E. y Owens, J. A. (2003). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD: preliminary findings. *Journal of Traumatic Stress*, 16 (1), 81-91.
- Kubany, E. S; Hill, E. E; Owens, J. A; Ianne-Spencer, C; McCaig, M. A. y Tremayne, K. J. (2004). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (1), 3-18.
- Kurtz, D. y Stark, E. (1988). Not so benign neglect: the medical response to battering. En P. Yllo y M. Bograd (eds.) *Feminist Perspectives on Wife Abuse*. California: Sage.
- Labrador, F. J. y Alonso, E. (2005/2006). Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: un programa de intervención breve y específico. *Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 76/77, 47-65.
- Labrador, F. J; Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la Elección de Tratamientos Psicológicos Efectivos. Hacia una Nueva Psicología Clínica*. Madrid: Dykinson Psicología.
- Labrador, F. J; de la Puente, M. L. y Crespo, M. (1999). Técnicas de control de la activación: relajación y respiración. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (eds.) *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta* (pp. 317-365). Madrid: Pirámide.
- Labrador, F. J. y Rincón, P. P. (2002). Trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: evaluación de un programa de intervención. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22 (122), 906-932.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (1971). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Labor.
- Larsen, D; Attkinson, C; Hargreaves, W. y Nguyen, T. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.
- Leserman, J; Drossman, D. A. y Hu, J. B. (1998). Selected symptoms associated with sexual and physical abuse history among female patients with gastrointestinal disorders: the impact on subsequent health care visits. *Psychological Medicine*, 28, 417-425.
- Levendosky, A. A. y Graham-Bermann, S. A. (2001). Parenting in battered women: the effects of domestic violence on women and their children. *Journal of Family Violence*, 16, (2), 171-192.

- Linton, S. J. (2000). A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine*, 25 (2), 1148-1156.
- López, J. (2005). *Entrenamiento en Manejo del Estrés en Cuidadores de Familiares Mayores Dependientes: Desarrollo y Evaluación de la Eficacia de un Programa*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- López, P. (2002). La violencia de pareja y la respuesta institucional desde la Dirección General de la Mujer. *Boletín del Ilustre Colegio de Abogados de Madrid*, 21 (3), 149-167.
- Lorente, M. (2001). *Mi Marido me Pega lo Normal*. Barcelona: Ares y Mares.
- Lorenz, K. (1952). The past twelve years in the comparative study of behavior. En C. H. Schiller (Ed.) *Instinctive Behavior*. Nueva York: Intenational University Press.
- Lorenz, K. (1969). Innate bases of learning. En K. H. Pibram (Ed.) *On the Biology of Learning*. Nueva York: Harcourt, Brace & World.
- Lorenz, K. (1971). *Sobre la Agresión: el Pretendido Mal*. Méjico: Siglo XXI
- Lubek, I. (1979). A brief social psychological analysis of research on agression in social psychology. En A. Buss (ed.) *Psychology in Social Context*. New York: Plenum.
- Lundy, M. y Grossman, S. (2001). Clinical research and practice with battered women: what we know, what need to know. *Trauma, Violence and Abuse*, 2 (2), 120-141.
- Lynch, S. M. y Graham-Berman, P. (2000). Woman abuse and self-affirmation: influences on women's self-esteem. *Violence against Women*, 6 (2), 178-197.
- Mahoney, M. J. y Gabriel, T. J. (1987). Psychotherapy and the cognitive science: an evolving alliance. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 1.
- Mancoske, R. J; Standifer, D. y Cauley, C. (1994). The effectiveness of brief counseling services for battered women. *Research on Social Work Practice*, 4 (1), 53-63.
- Markus, H. R. y Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41, 954-969.
- Martín-Baró, I. (1976). *Problemas de Psicología Social en América Latina*. San Salvador: UCA editores.
- Martín-Baró, I. (1986). *Acción e Ideología*. San Salvador: UCA editores.
- Martín-Baró, I. (1988). *Sistema, Grupo y Poder: Psicología Social desde Centroamérica. (Vol. 2)*. San Salvador: UCA Editores.
- Martín-Baró, I. (1998). *Psicología de la Liberación*. Madrid: Trotta.
- Martín-Baró, I. (2003). *Poder, Ideología y Violencia*. Madrid: Trotta.
- Martínez, J. (2000). Asumiendo cambios, desajustes y reajustes. *Sal Terrae*, 88/11(1040), 859-868.
- Martínez, M. V. y Fernández, O. (2005). *Malos Tratos: Detección Precoz y Asistencia en Atención Primaria*. Barcelona: Ars Medica.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Matud, M. P; Aguilera, L; Gutiérrez, A. B; Medina, L; Moraza, O; Padilla, M. V. y Crespo, A. B. (2004). *El Maltrato a la Mujer en el Municipio de Santa Cruz de Tenerife: Características Generales e Intervención Psicológica*. Santa Cruz de Tenerife: Centro Municipal de la Mujer, Ayuntamiento de Tenerife. Disponible en: http://www.santacruzdetenerife.es/NR/rdonlyres/CDA15477-EEEC-4554-9D6F-7EBEFB2CDE66/2046/maltrato_mujer.pdf.
- Matud, M. P; Gutiérrez, A. B, y Padilla, M. V. (2004). Intervención psicológica con mujeres maltratadas por su pareja. *Papeles del Psicólogo*, 88, 1-9.
- McMillen, J. C., North, C. S. y Smith, E. M. (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.
- McNamara, J. R., Erti, M. y Neufeld, J. (1998). Problem-solving in relation to abuse by

- a partner. *Psychological Reports*, 83, 943-946.
- Miguel-Tobal, J. J.; Casado, M. I.; Cano-Vindel, A. y Spielberger, C. D. (1997). El estudio de la ira en los trastornos cardiovasculares mediante el empleo del *Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo -STAXI-*. *Ansiedad y Estrés*, 3 (1), 5-20.
- Miguel-Tobal, J. J.; Casado, M. I.; Cano-Vindel, A. y Spielberger, C. D. (2001). *STAXI-2: Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo*. Madrid: TEA.
- Millon, T. (1994). *Manual for the MCMI-III*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Millon, T. (1999). MCMI-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon II. Manual. Madrid: TEA.
- Miller, N. (1941). The frustration-aggression hypothesis. *Psychological Review*, 48, 337-342.
- Milgram, S. (1980). *Obediencia a la Autoridad*. Bilbao: DDB.
- Ministerio del Interior (1978). *Constitución Española*. Madrid: Ministerio del Interior. Disponible en: <http://www.mir.es/derecho/constit.htm>
- Monnier, J ; Briggs, E. C ; Davis, J. L. y Ezzell, C. E. (2001). Group treatment for domestic violence victims with posttraumatic stress disorder and depression. En L. VandeCreek y T.L. Jackson (Eds.), *Innovations in Clinical Practice: A Sourcebook* (Vol. 19, pp.113-128). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Montero, A. (2001). Síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica: una propuesta teórica. *Clínica y Salud*, 12 (1), 5-31.
- Moreno, F. (1999). La violencia en la pareja. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 5 (4-5), 245-258.
- Moreno, F. (2004). Reflexiones sobre el trauma psicológico y la violencia política: de las guerras centroamericanas de los 80 al 11 de marzo de 2004. *Clínica y Salud*, 15 (3), 253-271.
- Moreno, J. (2002). Prevención y protección frente a actos de violencia doméstica en el ordenamiento penal. *Boletín del Ilustre Colegio de Abogados de Madrid*, 21 (3), 11-36.
- Moreno-Jiménez, B. (1997). Evaluación cognitiva de la personalidad. En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (eds.) *Manual de Evaluación Psicológica* (pp. 851-880). Barcelona: Siglo XXI.
- Morse, B. J. (1995) Beyond the Conflict Tactics Scale: assessing gender differences in partner violence. *Violence and Victims*, 10, 251-272.
- Muñoz, A. (2004). *La Agresión*. Disponible en: <http://www.cepvi.com/articulos/agresion.htm>.
- Muñoz, J. (1990). El papel de las normas en la definición de la agresión. *Boletín de Psicología*, 26, 33-51.
- Murphy, C. M. y O'Leary, K. D. (1989). Psychological aggression predicts physical aggression in early marriage. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 579-582.
- Navarro, M. E. (2001). *Adaptación Española del BDI-II en Población Universitaria*. Proyecto D.E.A. Universidad Complutense de Madrid.
- Nogueiras, B; Arechederra, A. y Bonino, L. (2001). *La atención Sociosanitaria ante la Violencia contra las Mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- O'Leary, K. D. (1999). Psychological abuse: a variable deserving critical attention in domestic violence. *Violence and Victims*, 14 (1), 3-23.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000). *Violence Against Women*. Fact Sheet, 239. Disponible en: <http://who.int/inf-fs/en/fact239.html>.
- Organización de Naciones Unidas (ONU, 1993). *Conferencia Mundial de Derechos Humanos*.
- Organización de Naciones Unidas (2000). *Informe del Comité Especial Plenario del vigésimo tercer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General*. Suplemento 3 (A/S-23/10/Rev.1). Disponible en:

- <http://www.onu.org/temas/mujer/Beijing5/decbeijing5.Pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1999). *Violencia contra las Mujeres. Programa Mujer, Salud y Desarrollo*. Washington, DC: Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
- Pardo, A. y Ruiz, M. A. (2002). *SPSS 11. Guía para el Análisis de Datos*. Madrid: McGraw Hill.
- Parish, J. (1996). Trend analysis: expert testimony on battering and its effects in criminal cases. En Departamento de Justicia, Servicios Humanos y de Salud de EE.UU. *The Validity and Use of Evidence Concerning Battering and its Effects in Criminal Trials: Report Responding to Section 40507 of the Violence against Women*.
- Pastor, A; Navarro, E; Tomás, J.M; y Oliver, A. (1997). Efecto de método en escalas de personalidad: la escala de autoestima de Rosenberg. *Psicológica* (18), 269-283.
- Pérez, L. (2000). Del Miedo a la Denuncia. *OeNeGe*, octubre. Disponible en: <http://www.nodo50.org/mujeresred/violencia-oenege.html>
- Piersma, H. L; Boes, J. L. y Reaume, W. M. (1994). Unidimensionality of the *Brief Symptom Inventory* (BSI) in adult and adolescent inpatients. *Journal of Personality Assessment*, 63, 338-344.
- Piotrowski, K. J. (1999). *Assessing the Reliability of the Beck Anxiety Inventory Scores*. Disponible en: <http://www.taphealth.com/bai.php>
- Pulgar, B. (2004). *Víctimas del Terrorismo (1968-2004)*. Madrid: Dykinson.
- Punukollu, M. (2003). Domestic violence: screening made practical. *The Journal of Family Practice*, 52 (7), 537-543.
- Raper, M. (2002). Prólogo a *Refugiadas* (JRS, ed.). Madrid: Libroslibres.
- RAE (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid: Real Academia Española.
- Resick, P. A; Schnicke, M. K. (1996). *Cognitive Processing Therapy for Rape Victims*. Newbury Park: Sage Publications.
- Rincón, P. P. (2001). *Trastorno de Estrés Postraumático en Víctimas de Maltrato Doméstico: Evaluación de un Programa de Intervención*. Proyecto DEA. Universidad Complutense de Madrid.
- Rincón, P. P. (2003). *Trastorno de Estrés Postraumático en Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica: Evaluación de Programas de Intervención*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Rincón, P. P; Labrador, F. J; Arinero, M. y Crespo, M. (2004). Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 105-116.
- Roberts, J.E. y Monroe, S.M. (1992). Vulnerable self-esteem and depressive symptoms: prospective findings comparing three alternative conceptualizations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62 (5), 804-812.
- Robins, L. N; Helzer, J. E; Croughan, J. y Ratcliff, K. S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38, 381-389.
- Robles, R; Varela, R; Jurado, S. y Pérez, F. (2001). Versión mexicana del *Inventario de Ansiedad de Beck*: propiedades psicométricas [The mexican version of the *Beck Anxiety Inventory*: psychometric properties]. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 211-218.
- Rodebaugh, T. L; Holaway, R. M. y Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 24, 883-908.
- Rodríguez, M; Rodríguez, J. y Martínez, M. (2001). Estudio de las características psicométricas del *Inventario de Ansiedad Beck* (en castellano) en una muestra de envejecidos puertorriqueños. *Geriatría y Gerontología*, 36 (6), 353-360.
- Rodríguez-Martos, A; Navarro, R.M; Vecino, C. y Pérez, R. (1986). Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohol*, 11, 132-139.

- Rogers, C. R. (1951). *Client-Centered Therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rosenberg, A. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. New Jersey: Princeton.
- Rorschach, H. (1981). *Psychodiagnostics: a Diagnostic test Based upon Perception*. Nueva York: Grune & Stratton (orig. 1921).
- Ruvolo, A. P. y Markus, H. R. (1992). Possible selves and performance: the power of self-relevant imagery. *Social Cognition*, 10(1), 95-124.
- Sáenz, E. M. y Duque M. M. (1998). *Proyecto de Capacitación para Profesionales en Materia de Atención a la Violencia Doméstica: un Modelo de Intervención*. Méjico DF: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS).
- Sáez, M. (2005) Atención de urgencias a mujeres víctimas de violencia doméstica durante el año 2001. *AGATHOS: Atención Sociosanitaria y Bienestar*, 4, 12-18.
- Salber, P. R. y Taliaferro, E. (2000) *Reconocimiento y Prevención de la Violencia Doméstica en el Ámbito Sanitario*. Barcelona: CEDECS.
- Sanz, J. (2001). The decade 1989-1998 in Spanish psychology: an analysis of research in personality, assessment, and psychological treatment (clinical and health psychology). *The Spanish Journal of Psychology*, 4(2), 151-181.
- Sanz, J; García-Vera, M. P; Espinosa, R; Fortún, M. y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del *Inventario para la Depresión de Beck-II* (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psiquiátricos. *Clínica y Salud*, 16(2), 121-142.
- Sanz, J. y Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del *Inventario de Ansiedad de Beck* (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9(1), 59-84.
- Sanz, J; Navarro, M. E. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del *Inventario para la Depresión de Beck—II* (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29(124), 239-288.
- Sanz, J; Perdigón, L. A. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del *Inventario para la Depresión de Beck—II* (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1993). Adaptación española de la *Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS)* de Beck: Propiedades psicométricas y clínicas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 707-750.
- Sarasua, B; Zubizarreta, I; Echeburúa, E. y Corral, P. (1994). Perfil psicológico del maltratador a la mujer en el hogar. En E. Echeburúa (ed.) *Personalidades Violentas*. Madrid: Pirámide.
- Saunders, D. G. (1994). Child custody decisions in families experiencing woman abuse. *Social Work*, 39, 51-59.
- Savater, F. (1995). *Diccionario Filosófico*. Barcelona: Planeta.
- Scheier, M. F. Weintraub, J. K. y Carver, C. S. (1986). Coping with stress: divergent strategies of optimistic and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1257-1264.
- Secretaría Sectorial de la Mujer y de la Juventud de Murcia (2000). *Protocolo Sanitario ante los Malos Tratos Domésticos*. Consejería de la Presidencia de la Región de Murcia. Disponible en: [http://www.carm.es/neweb2/servlet/integra.servlets.ControlPublico?IDCONTENIDO=959&IDTIPO=100&RASTRO=c434\\$m](http://www.carm.es/neweb2/servlet/integra.servlets.ControlPublico?IDCONTENIDO=959&IDTIPO=100&RASTRO=c434$m)
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: Depression, Development and Death*. San Francisco: Freeman.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Sherin K. M; Sinacore J. M; Li, X. Q; Zitter, R. E., y Shakil A. (1998). *HITS*. A short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Family Medicine*, 30(7), 508-512.

- Sherman, S. J; Skov, R. B; Hervitz, E. F. y Stock, C. B. (1981). The effects of explaining hypothetical future events: from possibility to probability to actuality and beyond. *Journal of Experimental Social Psychology*, 17, 142-158.
- Silliman, R; McGarvey, S. T; Raymond, P. M. y Fretwell, M. D. (1990). The Senior Care Study: Does inpatient interdisciplinary geriatric assessment help the family caregivers of acutely ill older patients? *Journal of the American Geriatrics Society*, 38, 461-466.
- Smith, P. H; Earp, J. A. y de Vellis, R. (1995). Measuring battering development of the Women's Experience with Battering (WEB) scale. *Women's Health*, 4, 273-288.
- Soler, E; Sepúlveda, J; Hernández, M. J. y Sauri, A. (2001). Embarazo, maternidad y malos tratos: una revisión bibliográfica. *Informació Psicológica*, 75, 24-28.
- Somoza, E; Steer, R. A; y Beck, A. T. (1994). Differentiating major depression and panic disorders by self-report and clinical rating scales: ROC analysis and information theory. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 771-782.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Sptizer, R. L; Williams, J. B. y Gibbon, M. (1986). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R*. Nueva York: Instituto Psiquiátrico del Estado de Nueva York, Departamento de Investigación Biométrica.
- Stenberg, R. J. y Kolligian, J. (1990). *Competence Considered*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Stets, J. E. y Straus, M. A. (1990) Gender differences in reporting marital violence and its medical and psychological consequences. En M. A. Straus y R. J. Gelles (eds.) *Violence in American Families: Risks Factors and Adaptation to Violence in 8145 families*. New Brunswick: Sage.
- Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: the Conflicts Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and the Family*, 41, 75-78.
- Straus, M. A. (1990) The Conflict Tactics Scale and its critics: an evaluation and new data on validity and reliability. En M. A. Straus y R. J. Gelles (eds.) *Violence in American Families: Risks Factors and Adaptation to Violence in 8145 families*. New Brunswick: Sage.
- Subirats, J; Riba, C; Giménez, L; Obradors, A; Giménez, M. Queralt, D; Bottos, P. y Rapoport, A. (2004). *Pobreza y Exclusión Social*. Colección de Estudios Sociales. Fundación La Caixa.
- Sullivan, C. M; Parisian, J. A. y Davidson, W. S. (1991). Index of psychological abuse: development of a measure. Poster presentation at the Annual Conference of the American Psychological Association. San Francisco, CA.
- Taylor, W; Magnussen, L. y Amundson, M. J. (2001). The lived experience of battered women. *Violence Against Women*, 7(5), 563-585.
- Tjaden P, Thoennes N. (1998). *Full Report of the Prevalence, Incidence, and Consequences of Violence Against Women: Findings from the National Violence Against Women Survey*. Washington (DC): National Institute of Justice.
- Tolman, R. M. (1989). The validation of the psychological maltreatment of women inventory. *Violence and Victims*, 14 (1), 25-35.
- Tutty, L. M; Bidgood, B. A. y Rothery, M. A. (1993). Support groups for battered women: research on their efficacy. *Journal of Family Violence*, 8 (4), 325-343.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8 (3), 403-422.
- Vázquez, C. y 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. (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. y Sebastián, J. (1999a). *Violencia Doméstica: su Impacto en la Salud Física y Mental de las Mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Villavicencio, P. y Sebastián, J. (1999b). Variables predictoras del ajuste psicológico en mujeres maltratadas desde un modelo de estrés. *Psicología Conductual, 7*(3), 431-458.
- Walker, L. E. (1979). *The Battered Woman*. Nueva York: HarperPerennial.
- Walker, L. E. (1984). *The Battered Woman Syndrome*. New York: Springer.
- Walker, L. E. (1991) Post-traumatic stress disorder in women: diagnosis and treatment of battered woman syndrome. *Psychotherapy, 28* (1), 21-29.
- Walker, L. E. (1999a). Psychology and domestic violence around the world. *American Psychologist, 54*(1), 21-29.
- Walker, L. E. (1999b). Terapia para sobrevivientes con mujeres golpeadas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 8*, 201-210.
- Walter, E. A; Gefland, A. N; Gefland, M. D; Green, C. y Katon, W. J. (1996). Chronic pelvic pain gynaecological symptoms in women with irritable bowel syndrome. *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynaecology, 17*, 39-46.
- Ward, R.A. (1977). Aging group consciousness. Implication in an older sample. *Sociology and Social Research, 61*, 496-519.
- Weaver, T. L. (1998). Method variance and sensitivity of screening for traumatic stressors. *Journal of Traumatic Stress, 11*(1), 181-185.
- Webb, W. (1992). Treatment issues and cognitive behavior techniques with battered women. *Journal of Family Violence, 7*(3), 205-217.
- Weissman, M.M. y Beck, A.T. (1978). *Development and Validation of the Dysfunctional Attitude Scale*. Poster presentado en el Encuentro de la Association for Advancement of Behavior Therapy. Chicago.
- Wine, J. (1971). Test anxiety and direction of attention. *Psychological Bulletin, 76*, 92-104.
- Wodarski, J. (1987). An examination of spouse abuse: practice issues for the profession. *Clinical Social Work Journal, 15*, 173-187.
- Wolman, B. (1968). *Introducción al Conocimiento de Freud*. Méjico: Era.
- Zimmerman, M. (1994). *Interview Guide for Evaluating DSM-IV Psychiatric Disorders and the Mental Status Examination*. Philadelphia: PsychPress Products.
- Zubizarreta, I. (2004). *Consecuencias Psicológicas del Maltrato Doméstico en la Mujer y en sus Hijos e Hijas*. Jornada de Trabajo con Profesorado de Escuelas Piloto del Proyecto NAHIKO. Vitoria-Gasteiz, 17 de marzo de 2004.
- Zubizarreta, I; Sarasua, B; Echeburúa, E; Corral, P; Sauca, D. y Empanaza, I. (1994). Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico. En E. Echeburúa (Ed.), *Personalidades Violentas*. Madrid: Pirámide.
- Zung, W. W. K. (1965). A self rating depression scale. *Archives of General Psychiatry, 12*, 63-70.

Anexos



Anexo I: Protocolo de Evaluación

FICHA DE ANTECEDENTES PERSONALES

Fecha de entrevista: _____ ID: _____

Nombre: _____

Apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Estado Civil: _____ Hijos: No Sí N°: _____

Nivel Educativo: _____ Ocupación: _____

Clase Social Subjetiva: Baja Media-Baja Media Media-Alta Alta

Teléfonos: _____

Con quién vive: _____ Con el agresor: Sí NoDepende económicamente de él: Sí No

Domicilio: _____

Fuente de Derivación: _____

Horario Disponible: _____

Grupo de Tratamiento Asignado: _____

Fecha inicio: _____ Fecha fin: _____

PAUTA DE ENTREVISTA PARA VÍCTIMAS DE MALTRATO DOMÉSTICO*

A continuación voy a hacerle unas preguntas en relación con el problema de maltrato que ha vivido. Sé que es difícil hablar de ello, pero necesito saber algunas cosas para 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 estaba embarazada, ¿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 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 ha tenido menos intensidad o le ha afectado menos?
 11. ¿Cómo sitúa su estado actual con relación a los dos anteriores?
 12. ¿Qué ha hecho usted para solucionar el problema?
 13. ¿Qué resultados ha obtenido con esto?
 14. ¿Hace usted algo para enfrentarse a las agresiones? ¿Qué hace concretamente? ¿Qué ha obtenido con ello?
 15. **a.** ¿Ha denunciado el maltrato?
Sí ☞ 15b
No ☞ 16
b. ¿Cuántas veces?
c. ¿Ha retirado la denuncia? ¿Cuántas veces? ¿Por qué motivos?
d. ¿Tiene denuncias en curso en este momento?
 16. **a.** ¿Ha tenido que abandonar su hogar debido al maltrato?
Sí ☞ 16b
No ☞ 17
b. ¿Cuántas veces y por cuánto tiempo?
-

* Fuentes:

Echeburúa, E. y de Corral, P. (1998) *Manual de Violencia Familiar*. Madrid: Siglo XXI.

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.

- c. ¿Dónde se ha quedado en esas ocasiones?
17. a. ¿Ha recibido asistencia médica por lesiones provocadas por el maltrato sufrido?
- Sí ☞ 17b
- No ☞ 18
- b. ¿Cuántas veces? ¿Qué tipo de asistencia?
18. ¿Le ha contado este problema a alguien? ¿A quién?
19. ¿Cuenta con algún tipo de apoyo legal o social por este problema? Especifique.
20. ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento psicológico debido a este problema? ¿Cuándo y por qué lo abandonó?
21. a. ¿Ha tenido algún trastorno psicológico alguna vez?
- Sí ☞ 21b
- No ☞ 22
- b. ¿Cuándo? ¿De qué tipo?
- c. ¿Ha recibido tratamiento psicológico para ello? ¿De qué tipo?
22. ¿Ha sufrido anteriormente algún otro tipo de maltrato?
23. ¿Ha habido en su familia de origen experiencias de maltrato?
24. ¿Tiene problemas de salud importantes? ¿Toma o ha tomado algún medicamento? Especifique.
25. ¿Bebe o ha bebido en el pasado?
- Sí ☞ CAGE
- No ☞ 26
26. ¿Ha tenido o tiene problemas de abuso de drogas?
27. ¿Ha tenido algún intento o pensamiento persistente de suicidio?
28. ¿Qué espera conseguir al finalizar este tratamiento?

CUESTIONARIO DE ALCOHOLISMO CAGE

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?

ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Suceso traumático (definir el 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.

Nada

Una vez por semana / poco

De 2 a 4 veces por semana / bastante

5 ó más veces por semana / mucho

REEXPERIMENTACIÓN

- | | | |
|---|-------|------------|
| 1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del (suceso), incluyendo imágenes o pensamientos? | Sí/No | Intensidad |
| | _____ | _____ |
| 2. ¿Tiene sueños desagradables y repetidos sobre el (suceso)? | Sí/No | Intensidad |
| | _____ | _____ |
| 3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el (suceso) estuviera ocurriendo de nuevo? | Sí/No | Intensidad |
| | _____ | _____ |
| 4. ¿Sufre algún malestar psicológico intenso cuando algo o alguien le recuerda algún aspecto del (suceso)? | Sí/No | Intensidad |
| | _____ | _____ |
| 5. ¿Experimenta alguna activación, por ejemplo, suda, su corazón late rápidamente o tiembla cuando algo o alguien le recuerda algún aspecto del (suceso)? | Sí/No | Intensidad |
| | _____ | _____ |

PUNTUACIÓN SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN (rango 0-15)

EVITACIÓN

- | | | |
|---|-------|------------|
| 1. ¿Se ve obligada a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al (suceso)? | Sí/No | Intensidad |
| | _____ | _____ |
| 2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que le recuerdan algún aspecto del (suceso)? | Sí/No | Intensidad |
| | _____ | _____ |
| 3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del (suceso)? | Sí/No | Intensidad |
| | _____ | _____ |
| 4. ¿Ha perdido el interés en hacer cosas que antes eran importantes o divertidas para usted? | Sí/No | Intensidad |
| | _____ | _____ |
| 5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás? | Sí/No | Intensidad |
| | _____ | _____ |
| 6. ¿Se siente limitada en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)? | Sí/No | Intensidad |
| | _____ | _____ |
| 7. ¿Siente que ya no vale la pena pensar en el futuro? | Sí/No | Intensidad |
| | _____ | _____ |
| PUNTUACIÓN SÍNTOMAS DE EVITACIÓN (rango 0-21) | | _____ |

AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN

- | | | |
|--|-------|------------|
| 1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño? | Sí/No | Intensidad |
| | _____ | _____ |
| 2. ¿Está irritable o tiene explosiones de ira? | Sí/No | Intensidad |
| | _____ | _____ |
| 3. ¿Tiene dificultades de concentración? | Sí/No | Intensidad |
| | _____ | _____ |
| 4. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quién está a su alrededor, se preocupa mucho por los peligros, etc.) desde el (suceso)? | Sí/No | Intensidad |
| | _____ | _____ |
| 5. ¿Se sobresalta o alarma más fácilmente desde el (suceso)? | Sí/No | Intensidad |
| | _____ | _____ |
| PUNTUACIÓN SÍNTOMAS DE HIPERACTIVACIÓN (rango 0-15) | | _____ |

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (rango 0-51): _____

Trastorno de estrés posttraumático

Se requiere 1 síntoma en el apartado de reexperimentación, 3 en el de evitación, y 2 en el de hiperactivación.

- | | | |
|-----------------------|--------------------------|--|
| Sí | <input type="checkbox"/> | |
| - agudo | <input type="checkbox"/> | |
| - crónico | <input type="checkbox"/> | |
| - con inicio demorado | <input type="checkbox"/> | |
| No | <input type="checkbox"/> | |

Nombre:	ID:
Fecha: <input type="checkbox"/> Eval. Prepto. <input type="checkbox"/> Eval. Post. <input type="checkbox"/> Sgto. 1 <input type="checkbox"/> Sgto. 3 <input type="checkbox"/> Sgto. 6 <input type="checkbox"/> Sgto. 12	

PENSAMIENTOS Y FUNCIONAMIENTO EN LA VIDA COTIDIANA

A continuación se presenta un listado de ideas o pensamientos que algunas personas experimentan después de sufrir este tipo de acontecimientos. Por favor, lee atentamente cada una de las frases e indica si has experimentado cada uno de ellos durante el ÚLTIMO MES. En caso afirmativo indica el grado de molestia que te ha producido usando la escala de 0 a 4 en la que 0 es *Nada* y 4 es *Extrema*.

		Nada	Leve	Moderada	Grave	Extrema
Te has sentido culpable por algo que hiciste o dejaste de hacer durante el acontecimiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	0	1	2	3	4
Te has sentido culpable por sobrevivir al acontecimiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	0	1	2	3	4
Sientes que no puedes confiar en los demás	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	0	1	2	3	4
Sientes que el mundo es un lugar peligroso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	0	1	2	3	4
Hay momentos en los que te sientes fuera de contacto con lo que está sucediendo (como en una nube o en un sueño)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	0	1	2	3	4
Hay momentos en los las cosas que pasan a tu alrededor son irreales o muy extrañas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	0	1	2	3	4
Hay momentos en los que te sientes como si estuvieras fuera de su cuerpo, como si te vieras desde fuera	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	0	1	2	3	4
Sientes que tu valoración sobre ti misma ha empeorado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	0	1	2	3	4

Ahora contesta SÍ o NO a las siguientes palabras con referencia a los síntomas que has podido vivir como consecuencia del maltrato. Indica si durante el ÚLTIMO MES.

¿Has consultado al médico o algún otro profesional de la salud (enfermeros, psicólogos....) por estos problemas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Has tomado medicación más de una vez por semana por esos problemas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Has tomado alcohol o drogas a causa de esos problemas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Han afectado negativamente esos problemas en tu vida laboral o académica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Han afectado negativamente esos problemas en sus relaciones sociales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Han afectado negativamente esos problemas en sus relaciones familiares o de pareja?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Han afectado negativamente esos problemas en algún otro aspecto importante de tu vida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

BDI

Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en que se ha sentido durante las **dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy**. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de la elección.

1. Tristeza

- 0 No me siento triste habitualmente
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste continuamente
- 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo

2. Pesimismo

- 0 No estoy desanimado sobre mi futuro
- 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes
- 2 No espero que las cosas mejoren
- 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán

3. Sentimientos de fracaso

- 0 No me siento fracasado
- 1 He fracasado más de lo que debería
- 2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso
- 3 Me siento una persona totalmente fracasada

4. Pérdida de placer

- 0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes
- 1 No disfruto de las cosas tanto como antes
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba
- 3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba

5. Sentimientos de culpa

- 0 No me siento especialmente culpable
- 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
- 3 Me siento culpable constantemente

6. Sentimientos de castigo

- 0 No siento que esté siendo castigado
- 1 Siento que puedo ser castigado
- 2 Espero ser castigado
- 3 Siento que estoy siendo castigado

7. Insatisfacción con uno mismo

- 0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo
- 1 He perdido confianza en mí mismo
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo
- 3 No me gusta

8. Auto-críticas

- 0 No me critico o me culpo más que antes
- 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser
- 2 Critico todos mis defectos
- 3 Me culpo por todo lo malo que sucede

9. Pensamientos o Deseos de Suicidio

- 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio
- 1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo
- 2 Me gustaría suicidarme
- 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier cosa
- 3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre
- 1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo

12. Pérdida de interés

- 0 No he perdido el interés por otras personas o actividades
- 1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades
- 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas
- 3 Me resulta difícil interesarme en algo

13. Indecisión

- 0 Tomo decisiones más o menos como siempre
- 1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre
- 2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión

14. Inutilidad

- 0 No me siento inútil
- 1 No me considero tan valioso y útil como solía ser
- 2 Me siento inútil en comparación con otras personas
- 3 Me siento completamente inútil

15. Pérdida de energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre
- 1 Tengo menos energía de la que solía tener
- 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas
- 3 No tengo suficiente energía para hacer nada

16. Cambios en el patrón de sueño

0 No he experimentado ningún cambio en el patrón de sueño

1a Duermo algo más de lo habitual

1b Duermo algo menos de lo habitual

2a Duermo mucho más de lo habitual

2b Duermo mucho menos de lo habitual

3a Duermo la mayor parte del día

3b Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritable de lo habitual
- 1 Estoy más irritable de lo habitual
- 2 Estoy mucho más irritable de lo habitual
- 3 Estoy irritable continuamente

18. Cambios de apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito

1a Mi apetito es algo menor de lo habitual

1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual

2a Mi apetito es mucho menor que antes

2b Mi apetito es mucho mayor de lo habitual

3a He perdido completamente el apetito

3c Tengo ganas de comer continuamente

19. Dificultad de concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo
- 3 No puedo concentrarme en nada

20. Cansancio o fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre
- 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre
- 2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer
- 3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer

21. Pérdida de interés en el sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- 1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar
- 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora
- 3 He perdido completamente mi interés por el sexo

BAI

A continuación hay una lista de síntomas frecuentes de ansiedad. Léalos atentamente e indique el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la ÚLTIMA SEMANA, rodeando con un círculo el número correspondiente.

0 = En absoluto.
1 = Levemente, no me molesta mucho.
2 = Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo.
3 = Gravemente, casi no podía soportarlo

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Gravemente
1. Hormigueo o entumecimiento.	0	1	2	3
2. Sensación de calor.	0	1	2	3
3. Debilidad en las piernas.	0	1	2	3
4. Incapacidad para relajarme.	0	1	2	3
5. Miedo a que suceda lo peor.	0	1	2	3
6. Mareos o vértigos.	0	1	2	3
7. Palpitaciones o taquicardia.	0	1	2	3
8. Sensación de inestabilidad.	0	1	2	3
9. Sensación de estar aterrorizado.	0	1	2	3
10. Nerviosismo.	0	1	2	3
11. Sensación de ahogo.	0	1	2	3
12. Temblor de manos.	0	1	2	3
13. Temblor generalizado o estremecimiento.	0	1	2	3
14. Miedo a perder el control.	0	1	2	3
15. Dificultad para respirar.	0	1	2	3
16. Miedo a morir.	0	1	2	3
17. Estar asustado.	0	1	2	3
18. Indigestión o molestias en el abdomen.	0	1	2	3
19. Sensación de irme a desmayar.	0	1	2	3
20. Rubor facial.	0	1	2	3
21. Sudoración (no debida al calor).	0	1	2	3

ESCALA DE ROSENBERG

Por favor, conteste a los siguientes items *rodeando con un círculo* la respuesta que considere más 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

1	2	3	4
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
2. Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracasado

1	2	3	4
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
3. Creo que tengo varias cualidades buenas

1	2	3	4
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente

1	2	3	4
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
5. Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí

1	2	3	4
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo

1	2	3	4
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo

1	2	3	4
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
8. Desearía valorarme más a mí mismo

1	2	3	4
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
9. A veces me siento verdaderamente inútil

1	2	3	4
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
10. A veces pienso que no sirvo para nada

1	2	3	4
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

CAGE

¿Ha pensado alguna vez que tiene que disminuir el consumo de bebida?	SI	NO
¿Se enfada si la gente le critica el hecho de que beba?	SI	NO
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por beber?	SI	NO
¿Alguna lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar los nervios o para hacer desaparecer una resaca?	SI	NO

BSI

Seguidamente hay una lista de problemas y situaciones que la gente tiene en ocasiones. Por favor, léalas con cuidado y escoja uno de los números que describe mejor hasta que punto se ha sentido afectado por este problema DURANTE EL ÚLTIMO MES. Escoja sólo un número por cada problema y no omita ninguna pregunta. Si cambia de opinión borre su primera selección por completo antes de escoger la nueva. Lea el ejemplo antes de empezar y si tiene alguna, pregunta por favor diríjalo al técnico. Muchas gracias por su colaboración.

EJEMPLO <i>Hasta qué punto se ha sentido afectado por :</i>	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
1. Dolores en el cuerpo	0	1	2	3	4

Hasta qué punto se ha sentido afectado por :	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
1. Nerviosismo o inquietud interior.	0	1	2	3	4
2. Desmayos o mareos.	0	1	2	3	4
3. La idea de que alguien puede controlar sus pensamientos.	0	1	2	3	4
4. Sentir que los demás son culpables de muchos de sus problemas.	0	1	2	3	4
5. Dificultad para recordar cosas.	0	1	2	3	4
6. Encontrarse fácilmente molesto o irritado.	0	1	2	3	4
7. Dolores en el pecho o en el corazón.	0	1	2	3	4
8. Sentir miedo de espacios abiertos o en las calles.	0	1	2	3	4
9. Pensamientos de acabar con su vida.	0	1	2	3	4
10. Sentir que no se puede confiar en mucha gente.	0	1	2	3	4
11. Poco apetito.	0	1	2	3	4
12. Encontrarse asustado de repente sin razón.	0	1	2	3	4
13. Cambios de genio que no puede controlar.	0	1	2	3	4
14. Sentirse sólo, incluso cuando está con gente.	0	1	2	3	4
15. Sentirse bloqueado para terminar cosas.	0	1	2	3	4
16. Sentir soledad.	0	1	2	3	4
17. Sentirse triste.	0	1	2	3	4
18. Desinterés por las cosas.	0	1	2	3	4
19. Sentirse temeroso.	0	1	2	3	4
20. Ser fácilmente heridos sus sentimientos.	0	1	2	3	4

Hasta qué punto se ha sentido afectado por :	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
21. Sentir que la gente no es amistosa o usted no les gusta.	0	1	2	3	4
22. Sentirme inferior a los demás.	0	1	2	3	4
23. Náuseas o molestias en el estómago.	0	1	2	3	4
24. Sentirse observado o que hablan de usted.	0	1	2	3	4
25. Tener dificultad para conciliar el sueño.	0	1	2	3	4
26. Tener que revisar o volver a comprobar lo que hace.	0	1	2	3	4
27. Dificultad en tomar decisiones.	0	1	2	3	4
28. Miedo a viajar en autobús, metro o tren.	0	1	2	3	4
29. Dificultad para respirar.	0	1	2	3	4
30. Sensaciones repentinas de calor o frío.	0	1	2	3	4
31. Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le asustan.	0	1	2	3	4
32. Quedarse con la mente en blanco.	0	1	2	3	4
33. Adormecimientos u hormigueos en algunas partes de su cuerpo.	0	1	2	3	4
34. Ideas de que debiera ser castigado por sus pecados.	0	1	2	3	4
35. Sensaciones de desesperanza ante el futuro.	0	1	2	3	4
36. Problemas de concentración.	0	1	2	3	4
37. Sensación de debilidad en partes de su cuerpo.	0	1	2	3	4
38. Sensación de tensión o excitación.	0	1	2	3	4
39. Pensamientos de muerte o agonía.	0	1	2	3	4
40. Tener impulsos de pegar, herir o dañar a alguien.	0	1	2	3	4
41. Tener impulsos de romper o destrozar cosas.	0	1	2	3	4
42. Sentirse muy cohibido con los demás.	0	1	2	3	4
43. Sentirse incómodo cuando hay mucha gente.	0	1	2	3	4
44. No sentirse nunca cercano con otra persona.	0	1	2	3	4
45. Tener momentos de terror o pánico.	0	1	2	3	4
46. Enzarsarse con frecuencia en discusiones.	0	1	2	3	4
47. Sentirse nervioso cuando se queda sólo.	0	1	2	3	4
48. Que los demás no valoran en su medida sus logros.	0	1	2	3	4
49. Sentirse tan inquieto que no podía permanecer sentado.	0	1	2	3	4
50. Sentimientos de inutilidad.	0	1	2	3	4
51. Sentir que otros se aprovecharán de usted si se lo permite.	0	1	2	3	4
52. Sentimientos de culpa.	0	1	2	3	4
53. La idea de que tiene algún problema mental.	0	1	2	3	4

EXPRESIÓN DE LA IRA

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describir sus reacciones cuando se siente enfadada. Lea cada afirmación y rodee con un círculo el número que mejor indique **CÓMO REACCIONA O SE COMPORTA CUANDO ESTÁ ENFADADA O FURIOSA**, utilizando la siguiente escala:

	1	CASI NUNCA	2	ALGUNAS VECES	3	A MENUDO	4	CASI SIEMPRE
1.		Controlo mi temperamento			1	2	3	4
2.		Expreso mi ira			1	2	3	4
3.		Me guardo para mí lo que siento			1	2	3	4
4.		Hago comentarios irónicos de los demás			1	2	3	4
5.		Mantengo la calma			1	2	3	4
6.		Hago cosas como dar portazos			1	2	3	4
7.		Ardo por dentro aunque no lo demuestro			1	2	3	4
8.		Controlo mi comportamiento			1	2	3	4
9.		Discuto con los demás			1	2	3	4
10.		Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie			1	2	3	4
11.		Puedo controlarme y no perder los estribos			1	2	3	4
12.		Estoy más enfadado de lo que quiero admitir			1	2	3	4
13.		Digo barbaridades			1	2	3	4
14.		Me irrito más de lo que la gente cree			1	2	3	4
15.		Pierdo la paciencia			1	2	3	4
16.		Controlo mis sentimientos de enfado			1	2	3	4
17.		Rehuyo encararme con aquello que me enfada			1	2	3	4
18.		Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de ira			1	2	3	4
19.		Respiro profundamente y me relajo			1	2	3	4
20.		Hago cosas como contar hasta diez			1	2	3	4
21.		Trato de relajarme			1	2	3	4
22.		Hago algo sosegado para calmarme			1	2	3	4
23.		Intento distraerme para que se me pase el enfado			1	2	3	4
24.		Pienso en algo agradable para tranquilizarme			1	2	3	4

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO

Nombre: **Fecha:**

Ahora que hemos terminado nuestro taller, nos gustaría que nos ayudaras a mejorarlo contestando algunas preguntas acerca de los servicios que has recibido. Nos interesa mucho tu opinión sincera, tanto si es positiva como si es negativa, por eso te pedimos que contestes a todas las preguntas señalando con una X la respuesta elegida.

1. ¿Cómo calificarías la calidad del servicio que has recibido?

- ① Excelente ② Buena ③ Regular ④ Mala

2. ¿Has encontrado la clase de servicio que buscabas?

- ① No ② Sí, parcialmente ③ Sí, en general ④ Sí, totalmente

3. ¿En qué medida nuestro programa ha satisfecho tus necesidades?

- ① Totalmente ② En general ③ Parcialmente ④ Ninguna

4. Si una amiga necesitara una ayuda similar, ¿le recomendarías nuestro programa?

- ① No ② Probablemente no ③ Probablemente sí ④ Sí

5. ¿En qué medida estás satisfecha con el tipo de ayuda recibida?

- ① Muchísimo ② Mucho ③ Bastante ④ Poco

6. ¿Crees que los servicios que has recibido te van a ayudar a hacer frente más eficazmente a tus problemas?

- ① Mucho ② Bastante ③ Poco ④ Nada

7. En conjunto, ¿en qué medida estás satisfecha con el servicio que has recibido?

- ① Mucho ② Bastante ③ Poco ④ Nada

8. Si tuvieras que buscar ayuda otra vez, ¿volverías a nuestro programa?

- ① No ② Probablemente no ③ Probablemente sí ④ Sí

Anexo II: Materiales del Tratamiento

TARJETAS CON NORMAS PARA EL INICIO DEL PROGRAMA

Mantener el
secreto
terapéutico



Participar
activamente en las
sesiones



Realizar las tareas
para casa



Respetar las
intervenciones, turnos y
opiniones de las demás



Asistir
puntualmente a
las sesiones



Asistir a las
sesiones con
regularidad



CONTRATO TERAPÉUTICO (sesiones grupales)

El objetivo fundamental de este contrato es especificar y aceptar las condiciones generales del taller por parte de las partes implicadas (..... y María Arinero) y asumir los compromisos primordiales que debemos respetar para su perfecto desarrollo.

El taller al que ahora te incorporas tiene como objetivo incidir en aquellos aspectos que a ti te hacen sentir mal y que pueden tener relación con la situación de maltrato que has vivido. Como observarás a lo largo de las sesiones se espera de ti que tomes una postura activa en las mismas puesto que el objetivo final es que tú te encuentres bien.

Como ya sabes, este taller consta de ocho sesiones en grupo de aproximadamente una hora y media de duración cada una, y cuatro sesiones individuales al mes, tres, seis meses y un año. Es importante que todas nos comprometamos a ciertas cosas para lograr un buen funcionamiento.

✓ Condiciones de funcionamiento

- ✓ Las sesiones de serán los de a horas.
- ✓ El lugar de las sesiones será
- ✓ El material obtenido a lo largo del proceso terapéutico quedará a disposición exclusiva de la terapeuta, garantizando así la confidencialidad de todos los datos obtenidos.

✓ Compromisos de la participante

- ✓ se compromete a asistir de forma regular y puntual a las sesiones. En aquellas ocasiones que le sea imposible acudir, deberá avisar con antelación a la terapeuta o al centro.
 - ✓ se compromete a realizar las tareas y los trabajos solicitados por la terapeuta y a traerlos a la sesión.
 - ✓ se compromete a participar activamente en las sesiones de grupo.
 - ✓ se compromete a mantener la confidencialidad de lo tratado en el grupo.
 - ✓ En caso de no asistencia o no realización de los trabajos se dará por finalizada la participación en el taller.
- ### ✓ Compromisos de la terapeuta
- ✓ Asistir puntualmente a las sesiones
 - ✓ Mantener el secreto profesional y, por tanto, la confidencialidad de lo tratado en el grupo. Si en algún momento es preciso utilizar información se avisará a la/s interesada/s para tener en cuenta su opinión.

Madrid, a de de 200...

La terapeuta,

La participante,



CONTRATO TERAPÉUTICO (sesiones individuales)

El objetivo fundamental de este contrato es especificar y aceptar las condiciones generales del taller por parte de las partes implicadas (..... y María Arinero) y asumir los compromisos primordiales que se deben respetar para su perfecto desarrollo.

El taller al que ahora te incorporas tiene como objetivo incidir en aquellos aspectos que a ti te hacen sentir mal y que pueden tener relación con la situación de maltrato que has vivido. Como observarás a lo largo de las sesiones se espera de ti que tomes una postura activa en las mismas puesto que el objetivo final es que tú te encuentres bien.

Como ya sabes, este taller consta de ocho sesiones individuales de aproximadamente una hora de duración una vez a la semana, y cuatro sesiones al mes, tres, seis y doce meses.

✓ **Condiciones generales de funcionamiento**

- ✓ Las sesiones de serán los de a horas.
- ✓ Se desarrollarán en
- ✓ El material obtenido a lo largo del proceso terapéutico quedará a disposición exclusiva de la terapeuta, garantizando así la confidencialidad de todos los datos obtenidos. En caso de que lo solicite, podrá disponer igualmente de ello.
- ✓ En caso de no asistencia o no realización de los trabajos se dará por finalizada la participación en el taller.

✓ **Compromisos de**

- ✓ Se compromete a asistir de forma regular y puntual a las sesiones. En aquellas ocasiones que le sea imposible acudir, deberá avisar con antelación a la terapeuta o al centro.
- ✓ Se compromete a realizar las tareas y los trabajos solicitados por la terapeuta y a traerlos a la sesión.
- ✓ Se compromete a participar activamente en las sesiones.

✓ **Compromisos de la terapeuta**

- ✓ Asistir puntualmente a las sesiones
- ✓ Mantener el secreto profesional y, por tanto, la confidencialidad de lo tratado en el grupo. Si en algún momento es preciso utilizar información se avisará previamente a la interesada para consultar su autorización.

Madrid, adede 200...

La terapeuta,

La participante,



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, de degradación...



VIOLENCIA O MALOS
TRATOS EN EL HOGAR:
UN PROBLEMA QUE
NOS AFECTA...

UCM
UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

Elaborado por Paulina Rincón González y María
Arinero García
Dpto. de Psicología Clínica
Universidad Complutense de Madrid



¿QUÉ SE ENTIENDE POR VIOLENCIA DOMÉSTICA?

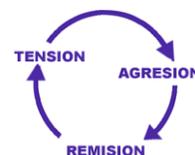
Es un patrón de conductas abusivas que incluyen maltrato físico, sexual y psicológico, llevado a cabo por una persona en una relación íntima contra otra, para ganar poder injustamente o para mantener el abuso de poder, control y autoridad sobre esa persona.

El **maltrato físico** es cualquier conducta que lleve implícita el uso intencional de la fuerza contra el cuerpo de otra persona de forma 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 da 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:

✓ **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.

✓ **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.

✓ **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.



ESCALA DE CONDUCTAS-OBJETIVO

Nombre:

Fecha:

Señala a continuación las conductas que más te gustaría poder realizar con normalidad y que supondrían una mejora significativa en tu vida. Añade qué grado de dificultad (0-10) encuentras en cada una de ellas.

		Grado de dificultad (0-10) (☺ - ☹)
Conducta 1		
Conducta 2		
Conducta 3		
Conducta 4		
Conducta 5		





¿Cómo podemos mejorar nuestra Autoestima?

UCM
UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

Elaborado por Paulina 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

Al parecer, en niños pequeños, la forma de educación 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 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.

AUTO-REGISTRO A-P-C

Nombre: Fecha: Sesión nº:

<p>A</p> <p>SITUACIÓN (acontecimiento activador)</p> 	<p>P</p> <p>PENSAMIENTOS</p> 	<p>C</p> <p>CONSECUENCIAS (¿Qué haces? ¿Qué sientes?)</p> 	<p>OBSERVACIONES, COMENTARIOS</p> 

AUTO-REGISTRO DE ACTIVIDADES GRATIFICANTES

Nombre: Fecha: Sesión nº:

ACTIVIDADES REALIZADAS 	HORA SITUACIÓN 	GRADO DE SATISFACCIÓN (0-10) 	¿LLEVABAS MUCHO TIEMPO SIN HACERLO? ¿CUÁNTO? 	OBSERVACIONES COMENTARIOS 

AUTO-REGISTRO A-P-C-D

Nombre: Fecha: Sesión nº:

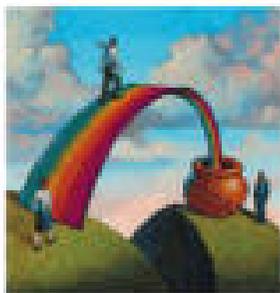
<p>A</p> <p>SITUACIÓN (acontecimiento activador)</p> 	<p>P</p> <p>PENSAMIENTOS</p> 	<p>C</p> <p>CONSECUENCIAS (¿Qué haces? ¿Qué sientes?)</p> 	<p>D</p> <p>DEBATE (evidencia concreta y real)</p> 	<p>PENSAMIENTOS ALTERNATIVOS</p> 

AUTO-REGISTRO DE SITUACIONES PROBLEMÁTICAS

Nombre: Fecha: Sesión nº:

 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN	¿HE EVITADO ESTA SITUACIÓN ALGUNA VEZ? ¿CUÁNTAS? 	 ¿POR QUÉ?	GRADO DE MALESTAR QUE TE PRODUCE LA SITUACIÓN (0-10)   	OBSERVACIONES COMENTARIOS 

Si echo mi misma sombra
en mi camino, es porque
hay una lámpara en mí que
no ha sido encendida



Elaborado por María Arinero García
Dpto. de Psicología Clínica
Universidad Complutense de Madrid



¿Problemas?
¡VAMOS A POR LA
SOLUCIÓN!

¿QUÉ ES LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS?

A menudo, nos encontramos con situaciones que parece que inundan nuestra vida y que no vamos a conseguir librarnos de ellas. Sin embargo, al cabo de un tiempo vamos viendo cómo esas dificultades van tomando menos importancia y encontramos una solución. Las personas somos "solucionadores" de problemas. Continuamente nos enfrentamos a situaciones que nos exigen una solución.

Las personas nos diferenciamos unas de otras en la habilidad que tenemos para encontrar la solución adecuada. Algunas personas obtienen más éxito en esta tarea, mientras que otras necesitan más entrenamiento. Todo se puede aprender, y la "solución de problemas", es una técnica sencilla para aprender y para poner en práctica.

Te proponemos un proceso en etapas ayudará a encontrar solución a las cosas que te preocupan.

Pasos de la Solución de Problemas

- ✓ Centra la atención de forma correcta en el problema.
- ✓ Define y formula adecuadamente el problema.
- ✓ Genera soluciones alternativas.
- ✓ Toma las decisiones necesarias.
- ✓ Pon en práctica la solución elegida y verifícala.

Para que todo te resulte más fácil, **no olvides:**

- ✓ Buscar toda la información posible en relación con el problema basada en hechos.
- ✓ Describir los hechos relacionados con el problema en términos claros, precisos y objetivos.
- ✓ Identificar los factores que hacen de la situación, persona(s) o pensamientos un problema.
- ✓ Diferenciar la información importante de la que no lo es. Centrarse sólo en los hechos objetivos.
- ✓ Plantear metas de solución de problemas realistas y posibles de llegar a ellas.

¿Qué te parece? ¿Es posible intentarlo? Vamos a ello, seguro que merece la pena llevarlo a cabo. ¡Ánimo!

A continuación te mostramos algunos ejemplos de problemas bien definidos. Toma nota, seguro que te hacen más fácil este proceso:

☛ "Tengo una mala comunicación con mis padres, que se ha agravado desde que he cambiado de trabajo en contra de su opinión".

☛ "Tengo problemas de relación con mi marido desde hace tres meses, que se ven reflejados en salir menos los fines de semana e incidir en nuestra vida conyugal y sexual".

☛ "Deseo dejar de fumar por los problemas que me acarrea en los últimos meses. Tengo dolores de cabeza diariamente me encuentre donde me encuentre".

**LA VIDA TIENE
DIFICULTADES, PERO
TAMBIÉN OFRECE
SOLUCIONES**



AUTO-REGISTRO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Nombre: Fecha: Sesión nº:

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA 	ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN 	VALORACIÓN DE LAS ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN 		¿LO HAS SOLUCIONADO? 
		Ventajas ☺ ☺ ☺ ☺	Inconvenientes ☹ ☹ ☹ ☹	
	1.-	a.	a.	
		b.	b.	
		c.	c.	
	2.-	a.	a.	
		b.	b.	
		c.	c.	
	3.-	a.	a.	
		b.	b.	
		c.	c.	
	4.-	a.	a.	
		b.	b.	
		c.	c.	

✓ Señala con un asterisco (*) la alternativa que te parece más apropiada como solución a tu problema

Hablamos y Escuchamos

Al iniciar una conversación debemos recordar: ¿qué es lo que quiero lograr? ¿cuál es el **objetivo** de mi mensaje? Lo que decimos tiene que expresar de forma clara el mensaje y lo que sentimos.

Y debemos recordar que también es importante nuestra forma de **escucha**. Dicen que "en Escocia puede ser difícil hacer hablar a un individuo. En España, lo espinoso es que se calle". En todo momento debemos recordar que las conversaciones son cosa de dos o más y que es fundamental que tanto los demás como nosotros, actuemos de la forma más adecuada para facilitar nuestra comunicación y mejorar nuestras relaciones.

No olvides:

- Utilizar siempre que puedas el estilo afirmativo.
- Tener en cuenta tus objetivos comunicativos.
- Practicar tus habilidades de escucha.



Elaborado por María Arinero García
Dpto. de Psicología Clínica
Universidad Complutense de Madrid

Habilidades de Comunicación: ¿QUÉ COSAS DIGO Y CÓMO LO HAGO?



¿Qué son las habilidades comunicativas?

Seguro que muchas veces te han llamado la atención ciertas personas, que siempre dicen lo que quieren decir, en un tono adecuado, con la intención de que queden claras sus ideas. Parece que nunca tienen dificultades para expresarse correctamente. Otros, son menos hábiles en esta tarea, y les cuesta que su estilo comunicativo sea el adecuado en cada situación.

Nuestras habilidades comunicativas son las que nos permiten responder en nuestras conversaciones cotidianas, pedir lo que deseamos, expresar nuestra opinión, responder a las críticas...

Como ya te habrás dado cuenta, existen varias formas de responder ante situaciones diferentes; existen distintos **estilos comunicativos**. No hay nadie que posea un estilo puro; todos oscilamos en nuestra forma de comunicarnos en función de la situación y de las personas que nos rodean. Lo importante es utilizar el estilo adecuado en el momento preciso.



Estilos Comunicativos

Veamos, en primer lugar, cuáles son los estilos. Trata de fijarte si en algún momento has utilizado alguno de ellos.

- **Estilo pasivo:** consiste en asentir, disculpar o rendirse al primer signo de ataque. A veces se manifiesta a través del silencio.
- **Estilo agresivo:** se defienden en exceso los derechos e intereses personales, sin tener en cuenta a los demás. Está basada en el contraataque.
- **Estilo pasivo-agresivo:** se caracteriza por responder de forma callada en el comportamiento externo, a pesar de que se tengan grandes dosis de resentimiento en los pensamientos y creencias.
- **Estilo afirmativo:** nos sirve para aclarar los equívocos, reconocer lo que se considera justificado en una crítica y poner fin a un ataque inoportuno sin sacrificar nuestra autoestima.

El estilo más adecuado para comunicarnos es el afirmativo. Seguramente te cuesta encontrar alguna persona que "siempre" piense, sienta y se comporte de un modo afirmativo. Ya sabemos que "siempre" (al igual que "nunca"), es una idea irracional, pero sí podemos intentar que este estilo comunicativo esté más presente en nuestras conversaciones habituales. Cuando dialogamos, no se trata de "ganar", sino de "llegar a un acuerdo".

¿Qué características tiene el estilo afirmativo?



- Nos permite desarmar correctamente las críticas.
- No daña nuestra autoestima.
- Clarifica nuestros mensajes y los de los que nos rodean, aportándonos más información.

AUTO-REGISTRO DE HABILIDADES COMUNICATIVAS

Nombre: Fecha: Sesión nº:

 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN	OBJETIVO COMUNICATIVO 	 ¿CUÁL HA SIDO EL MENSAJE, LA CONVERSACIÓN...?	¿CÓMO TE SENTISTE? (0-10)   	 ALTERNATIVAS POSIBLES

AUTO-REGISTRO DE EXPOSICIÓN

Nombre: Fecha: Sesión nº:

 Hora	 Nivel de ansiedad ANTES de la exposición (0-10)	 Nivel de ansiedad DESPUÉS de la exposición (0-10)	Estrategia de afrontamiento utilizada 	 Observaciones

TARJETAS PARA LA PRÁCTICA DE LAS HABILIDADES COMUNICATIVAS

¿Cuál es el estilo comunicativo más eficaz para ti?

¿Qué ventajas tiene el estilo afirmativo?

Simula una situación con tus compañeras en la que predomine el estilo agresivo



¿Se modifica nuestra autoestima cuando utilizamos las habilidades de comunicación correctamente?



Simula con tus compañeras una situación en la que demostréis vuestras habilidades de escucha



¿Qué ventajas y qué inconvenientes tiene el estilo pasivo? ¿Cuándo lo utilizas?



“Tienes el pelo horrible. Está reseco y largo, hace un mes que deberías haber ido a la peluquería. Espero que no salgas así a la calle. Si lo haces se reirán de ti. ¿Cómo puedes pensar que te tomen en serio presentándote así?”

“Casi me quedo sin gasolina ayer por la mañana al ir a trabajar. ¿Por qué no llenaste el depósito ayer? No veo por qué tengo que ser yo siempre el que lo hace”



REVISIÓN DE LA ESCALA DE CONDUCTAS-OBJETIVO

Nombre:

Fecha:

A continuación vamos a revisar las conductas objetivo que establecimos en la primera sesión para comprobar si ha habido algún cambio: veremos en qué medida se han logrado y qué grado de dificultad tienen ahora esos objetivos. Utilizaremos de nuevo una escala de 0 a 10 puntos.

		Grado de dificultad inicial (0-10) (☺ - ☹)	¿En qué grado lo has logrado? (0-10) (☹ - ☺)	Grado de dificultad AHORA (0-10) (☺ - ☹)
Conducta 1				
Conducta 2				
Conducta 3				
Conducta 4				
Conducta 5				



TARJETAS PARA LA REVISIÓN DEL TALLER Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

A lo largo de este tratamiento he aprendido...

Lo que más me ha gustado...



Lo que más me ha ayudado...



Me gustaría haber practicado más...

Puedo mejorar en...



La práctica de la respiración me ha ayudado en...



Las técnicas cognitivas (solución de problemas, reevaluación cognitiva, etc)...



Lo que menos me ha gustado...



Anexo III: Manual de Tratamiento

Taller de Tratamiento Psicológico

para Víctimas de Violencia Doméstica



La realización de este Manual de Tratamiento ha sido posible gracias a las sugerencias y apoyo del Equipo de Investigación de la Universidad Complutense de Madrid dirigido por María Crespo López, y formado por Javier López, M^a Mar Gómez y M^a Isabel Martínez. Igualmente, se agradece de forma especial a M^a Ángeles Peláez, M^a Luisa de la Puente y Paulina P. Rincón la participación en la planificación y revisión de las técnicas y sesiones de tratamiento.

Primera Sesión

Elementos de la Sesión	Materiales	Duración
Presentación de las participantes y de la terapeuta	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 cartulina/tarjeta por persona ▪ 1 imperdible por persona ▪ Rotuladores/Bolígrafos 	10 minutos
Presentación del taller	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tarjetas con normas ▪ Tarjetas en blanco ▪ Bolígrafos 	10 minutos
Firma del compromiso de secreto terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 copia del contrato por persona ▪ Bolígrafos 	5 minutos
Entrega de carpetilla para material	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 carpetilla portafolios por participante 	2 minutos
Explicación de los conceptos de ciclo y escalada de violencia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 copia del tríptico de la escala de la violencia (Rincón, 2001) por persona 	10 minutos
Identificación de las motivaciones para el tratamiento (expectativas individuales)		5 minutos
Identificación de los objetivos individuales de la terapia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 escala de conductas-objetivo por persona ▪ Bolígrafos 	10 minutos
Entrenamiento en respiración		30 minutos
Asignación de tareas para casa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 auto-registro de respiración por día y persona 	10 minutos

Desarrollo

- **Presentación de las participantes y de la terapeuta:** en primer lugar, se da la bienvenida a las participantes, reforzando su conducta y haciendo mención a la importancia que tiene este primer paso de acudir a terapia para solucionar su problema. Después, de forma oral, se hace una presentación cruzada (dos a dos) de forma que las participantes se presentan diciendo cómo se llaman, cuántos años tienen, a qué se dedican, si tienen hijos y cuántos... Al terminar, una a otra se pueden hacer alguna pregunta. En caso de que el grupo sea numeroso (4 ó más) se puede hacer una *rueda de nombres* para ir aprendiéndolos. Luego, cada paciente anota en una pequeña cartulina o tarjeta su nombre y se lo pone en un lugar visible con un imperdible.
- **Presentación del taller:** se comenta el número y duración de las sesiones, las ventajas de su aplicación en grupo y objetivos del mismo. Para establecer las normas básicas (puntualidad, necesidad de participar activamente en el grupo, confidencialidad con todos los datos y lo tratado en la sesión...) se utilizan unas tarjetas preparadas para tal efecto. Seis, contienen normas necesarias para el desarrollo del taller, y el resto, están en blanco (de éstas, al menos una por participante). Todas las tarjetas se ponen encima de la mesa y la terapeuta pide a las pacientes que seleccionen las que les parezcan más

importantes para la terapia (en función del número de participantes, se les pide que escojan 1 ó 2). Cada paciente tiene que ir explicando por qué ha escogido la/s tarjeta/s, y cómo cree que debe llevarse a cabo esa/s norma/s (qué conductas concretas tienen que realizar terapeuta y participantes para lograrlo). También se les dice que pueden añadir alguna norma o condición más que no esté incluida y que a ellas les parezca necesaria. Las tarjetas que no han sido seleccionadas por ninguna de las participantes las toma la terapeuta y explica su importancia y la necesidad de adoptarlas para el buen funcionamiento del taller.

- **Entrega de carpetilla para material:** se hace la entrega de una carpetilla a cada paciente donde pueden ir guardando el material de cada sesión. Se vuelve a insistir en la necesidad de trabajo individual para lograr los objetivos de la terapia, puesto que se trata de un tratamiento activo.
- **Firma del compromiso de secreto terapéutico:** se proporciona a cada participante un documento a modo de contrato conductual en el que se especifican los compromisos de cada una y los de la terapeuta, así como algunas cuestiones básicas de funcionamiento del taller. El documento se lee en voz alta y se firma por ambas partes (terapeuta y paciente). De este documento se hacen dos copias, uno para cada participante y otro para la terapeuta.
- **Explicación de los conceptos de ciclo y escalada de violencia:** se entrega a cada participante un tríptico informativo y formativo acerca de las etapas de la violencia en el hogar (Rincón, 2001). Este folleto se lee en la sesión y cada participante puede intervenir aportando sus dudas, visiones particulares... La terapeuta recoge esta actividad haciendo ver cómo este fenómeno es algo extendido y no es propio solamente de una mujer, puesto que es muy probable que la mayoría se sienta identificada con el ciclo y los hechos concretos que se describen.
- **Motivaciones para el tratamiento y conductas-objetivo de cada participante:** en sesión, y en una *tormenta de ideas* cada paciente dice lo que le ha llevado a aceptar la participación en el taller. Es recomendable insistir en que cada una sea muy concreta con lo que le ha llevado a tomar esa decisión, y a ser posible que se resuma en una frase. Estas motivaciones se apuntan en la pizarra y se tienen de fondo el resto de la sesión para enlazar con el análisis de las conductas-objetivo, que se realiza a través de la escala creada para tal efecto por Echeburúa y Corral (1987). En ella, cada paciente debe anotar cinco conductas que desea conseguir, implementar, o mejorar al finalizar la terapia. Se debe insistir en que estas cinco conductas deben ser **operativas**, concretas, fácilmente medibles, realistas y ajustadas a los objetivos del taller. Como tarea para casa se les pide que cuantifiquen cada una de estas conductas en una escala de 0 a 10, siendo 0, algo muy fácil de conseguir, y 10, algo muy complicado o que requerirá un gran esfuerzo.
- **Entrenamiento en respiración:** brevemente, la terapeuta explica en qué consiste la respiración profunda y diafragmática, y qué beneficios tiene como afrontamiento de las situaciones de estrés: una respiración adecuada facilita una mejor oxigenación, lo que conlleva un mejor funcionamiento de los tejidos, un menor trabajo cardíaco, dificultando, entre otros, la aparición de fatiga muscular y las sensaciones de ansiedad.

Una vez explicado esto, se lleva a cabo el entrenamiento siguiendo el esquema propuesto por Labrador, de la Puente y Crespo (1995) unificando los ejercicios 1 y 2 (queda reducido a cinco ejercicios). A continuación se ofrece una breve guía de los pasos (ejercicios) que se llevan a cabo en este entrenamiento.

- **Ejercicio I:** *el objetivo es que las participantes sean capaces de dirigir el aire a la parte inferior y media de sus pulmones. Se les indica que dirijan, primero, el aire a la parte inferior (notando cómo se hincha el vientre) y, después, en la misma inspiración pero marcando un tiempo diferente, a la parte media, notando cómo ahora se hincha la zona del estómago. La duración del ejercicio es de dos a cuatro minutos. Se deja un período de descanso (unos dos minutos) y se repetirá el ejercicio tres veces (con descansos entre ellos).*
- **Ejercicio II:** *el objetivo es que las participantes sean capaces de llevar a cabo una inspiración completa. Se les indica que dirijan el aire de cada inspiración en primer lugar a la zona del vientre, luego a la del estómago, y por último, al pecho. Se hacen tres tiempos diferentes en la inspiración, uno por cada zona. La duración del ejercicio es de dos a cuatro minutos. Se deja un período de descanso (unos dos minutos) y se repite el ejercicio tres veces.*
- **Ejercicio III:** *el objetivo es que las participantes sean capaces de hacer más completa y regular la espiración. Se les dice que lleven a cabo la inspiración como en el ejercicio II, y después que se centren en la espiración de forma que se pueda hacer más completa y así contribuir de manera más eficiente a la respiración. Como ayuda, se les puede decir que, tras realizar la inspiración en tres tiempos, comiencen a realizar la espiración cerrando bastante los labios a fin de que ésta produzca un tenue ruido, y que al final, silben cuando ellas consideren que están acabando para forzar la eliminación del aire residual. La duración del ejercicio es de dos a cuatro minutos. Se deja un período de descanso (unos dos minutos) y se repite el ejercicio tres veces.*
- **Ejercicio IV:** *el objetivo es que se produzca una adecuada alternancia respiratoria. En este ejercicio, que es muy similar al anterior, se les pide que mantengan el recorrido habitual, pero, en lugar de hacerlo en tres tiempos, se hace en uno continuo, prestando especial atención a que se siga manteniendo en primer lugar la inspiración ventral. La duración del ejercicio es de dos a cuatro minutos. Se deja un período de descanso (unos dos minutos) y se repite el ejercicio tres veces.*
- **Ejercicio V:** *el objetivo es generalizar la respiración completa a las condiciones habituales de las participantes. Para ello, se les pide a las participantes que realicen el ejercicio IV en diferentes posiciones (sentadas, andando...) y se introducen estímulos en el ambiente (ruido, se les pide que hablen con otras personas, que hagan otra tarea a la vez...).*

Al finalizar el entrenamiento en respiración se entrega a cada participante un auto-registro y se les enseña cómo cumplimentarlo puesto que será una de las tareas a realizar durante esta primera semana. En este primer momento cada paciente deberá registrar su propia ejecución actual.

- **Asignación de tareas para casa:** se pide a las pacientes que ejerciten la **respiración** dos veces al día todos los días de la semana (en caso de que sean dos sesiones semanales, se les pedirá que lo hagan hasta la próxima sesión), y que lo registren en el auto-registro preparado para tal efecto. Igualmente, se les recordará que deben **cuantificar las conductas-objetivo**. Se incidirá de nuevo en la necesidad de participación activa (de trabajo personal de sesión a sesión) para lograr la eficacia del tratamiento.

Segunda Sesión

Elementos de la Sesión	Materiales	Duración
Revisión de tareas para casa		10 minutos
Mejora de la autoestima	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 tríptico divulgativo de la autoestima (Rincón, 2001) por persona ▪ 1 pliego grande de papel (DIN-A3) ▪ Rotuladores 	25 minutos
Incremento de actividades gratificantes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pizarra ▪ Folios ▪ Tizas/Rotuladores 	15 minutos
Introducción de la reevaluación cognitiva (esquema A-P-C)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pizarra ▪ Tizas/Rotuladores 	25 minutos
Entrenamiento en respiración		5 minutos
Asignación de tareas para casa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 auto-registro de respiración por día y persona. ▪ 1 auto-registro A-P-C por persona ▪ 1 auto-registro de actividades gratificantes por persona 	10 minutos

Desarrollo

- **Revisión de tareas para casa:** se comienza saludando a las participantes y preguntándoles acerca del transcurso de la semana, si les ha sucedido algo relevante, si ha habido cambios importantes... Fundamentalmente, se indaga acerca de cómo les ha ido en la práctica de la respiración y en el registro de esta conducta, así como en la cuantificación de sus conductas-objetivo de tratamiento. La terapeuta revisa esta última escala y los auto-registros. Asimismo, se refuerza a las participantes por la realización de las tareas y se las anima para seguir con el taller. En caso de que haya dudas o dificultades con las tareas, se resuelven en este momento.
- **Mejora de la autoestima:** en un primer momento se hace una breve descripción de la autoestima y se da a cada participante un folleto con información acerca de cómo podemos mejorar nuestra autoestima. Se lee en sesión, y se comentan las posibles dudas. En caso de que haya aportaciones u opiniones distintas, también se ven durante esta sesión.

En un segundo momento, se entrega a cada paciente un pliego grande de papel (DIN-A3) para que traten de dibujar su silueta. Es posible que esto lo realicen de dos en dos, de forma que haya un corte con lo anterior y la actividad sea más dinámica. Cada silueta la tienen que dividir en dos partes iguales. A un lado, se les pide que anoten todas sus cualidades, sus aspectos positivos, tanto externos como internos. En el otro lado, se anotan aquellas características que no gustan tanto o son mejorables (también, tanto físicas como internas). La terapeuta tratará de no emplear términos absolutos al referirse a los aspectos negativos, y se preferirá el término de elementos *mejorables* o *que podemos cambiar* en lugar de *defectos*. Esta cuestión se tiene presente durante todas las sesiones.

Una vez realizado, se les pide que compartan aquellos aspectos positivos y se les pregunta qué importancia les conceden. Se recoge la actividad diciendo que durante toda la semana tienen que pensar sobre el tema, de forma que amplíen la información de su silueta y consigan una descripción lo más fiel de sí mismas. Se les recuerda que deben traerla para la siguiente sesión en la que se pondrá en común.

- **Incremento de actividades gratificantes:** el objetivo de esta actividad es mejorar el estado de ánimo. Para ello se realiza una *tormenta de ideas* y cada participante anota en la pizarra o en el rotafolios aquellas actividades que le gusta hacer. No importa que haga mucho tiempo que no las realizan; en este primer momento, es bueno que salgan muchas ideas distintas. Se analizan las actividades que hayan surgido, las veces que se realizan, si son difíciles o costosas de llevar a cabo... La terapeuta señala que existen muchas actividades gratificantes sencillas de llevar a cabo, que no son muy costosas, pero que a veces dejamos de realizar por pereza o desinterés (se pondrán algunos ejemplos como *llamar a una amiga por teléfono, leer un libro, salir a pasear con los niños, ver un programa de televisión...*). Vamos a relacionar el estado de ánimo personal con el nivel de actividad que se tiene. Se les explica que estas pequeñas actividades pueden hacer que nuestro estado de ánimo sea mejor siempre.

A continuación se hace una breve planificación de la semana en el auto-registro preparado para ello de forma que cada participante incluya cuatro de estas actividades cada día. Al final de la sesión se les entrega un registro para que señalen si las han realizado y el grado de satisfacción que han obtenido con ellas. Igualmente, se las anima para que registren otras actividades gratificantes que realicen aunque no estén programadas.

- **Introducción de la reevaluación cognitiva:** el objetivo en esta sesión es explicar brevemente en qué consiste el esquema A-B-C, que en esta intervención se denominará A-P-C para facilitar su recuerdo en función del significado de las siglas, y realizar algunos ensayos prácticos. En concreto, se analiza la función que realiza nuestro pensamiento como responsable de nuestras conductas manifiestas y nuestros sentimientos, y cómo se desencadenan estos pensamientos en ciertas situaciones. En esta sesión vamos a tratar de valorar cada elemento de la cadena A-P-C en nuestra propia conducta.

A continuación se ofrece una breve guía de explicación de la técnica y de cada uno de los elementos, donde se incluye un ejemplo para trabajar en sesión:

*Todas las reacciones emocionales y nuestras conductas están determinadas en gran medida por la opinión que tenemos de ellas. Si tenemos en cuenta uno de los esquemas habituales utilizados para explicar nuestras conductas y pensamientos, veremos que todos nuestros actos se guían por el esquema A-P-C. **A**, son los acontecimientos activadores, las situaciones de nuestra vida cotidiana; **P**, son los pensamientos derivados de esa situación, y **C**, las conductas que realizamos como consecuencia de esta situación y de estos pensamientos. A menudo se piensa que A es la causa de C. Sin embargo, A (acontecimientos activadores) no causa C (consecuencia emocional o conductual) directamente, sino que C es causada por P (creencias acerca de A). Una experiencia cotidiana de nuestra vida ocurre en el punto A y se reacciona ante ella en el punto C. Como C sigue casi inmediatamente y de forma directa a A, se tiende a pensar que A causa C. Sin embargo, C no proviene de A sino de P. Los acontecimientos activadores (A) no generan consecuencias emocionales o conductuales (C), sino que somos nosotros los que producimos nuestras propias consecuencias a través de nuestro sistema de creencias (P). Esto quiere*

decir que nosotros tenemos cierto grado de control sobre nuestras conductas porque, en cierta medida, podemos controlar nuestros pensamientos y creencias que son los que verdaderamente influyen en nuestras conductas diarias.

A continuación vamos a ver un ejemplo que puede ayudarnos a ver la relación entre estos tres elementos:

“Marta acude a una entrevista de trabajo. Es la quinta vez que lo hace y ya ha sido rechazada en las ocasiones anteriores. En ésta ocurre lo mismo. A partir de este momento, Marta empieza a pensar que es una inútil, que nunca encontrará un empleo, que en su vida todo han sido fracasos y que no tiene la preparación suficiente para trabajar en nada. Cuando llega a casa, se siente triste, no tiene ganas de hacer nada y decide quedarse sola en su habitación, llorando”.

- *¿Cuál es la situación que vive Marta, el acontecimiento activador de su conducta (A)?*
- *¿Qué pensamientos son los que se manifiestan tras su conducta (P)?*
- *¿Cuáles son las consecuencias (C)?*
- *¿Estas conductas proceden (tienen relación con) del hecho de no haber pasado la entrevista de trabajo o de los pensamientos de inutilidad y fracaso que ha mostrado?*

Del mismo modo, en nuestra vida cotidiana podemos encontrar algunos de estos ejemplos (se pide la intervención de las participantes).

Al finalizar este ejercicio se introduce el auto-registro y se explica cómo rellenar las tres columnas siguiendo este ejemplo. La terapeuta realizará el ejercicio en la pizarra o de forma que lo vean todas, y cada una lo cumplimentará en el suyo para que lo tengan como modelo durante la semana.

- **Control de la respiración:** se realizan varios ensayos de la técnica en la sesión. Si ha existido alguna duda o se ha dado algún problema en la práctica en casa, se incide también en esos aspectos concretos.
- **Asignación de tareas para casa:** se pide a las pacientes que ejerciten la **respiración** dos veces al día todos los días de la semana al igual que lo han hecho durante esa semana, y que lo registren en el auto-registro preparado para tal efecto. Igualmente se les pide que realicen las **actividades gratificantes** programadas (y aquellas que surjan fuera de la programación) y que las registren en el correspondiente auto-registro con el grado de satisfacción que obtuvieron al realizarlas. Por otro lado, tienen que practicar la **reevaluación cognitiva** rellenando el registro A-P-C, con, al menos, dos ejemplos que les ocurran esa semana, y trabajar sobre su silueta de autoestima.

Tercera Sesión

Elementos de la Sesión	Materiales	Duración
Revisión de tareas para casa		15 minutos
Mejora de la autoestima	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Silueta de cada participante de la sesión anterior ▪ Plastilina 	30 minutos
Reevaluación cognitiva (esquema A-P-C-D)		30 minutos
Entrenamiento en respiración		5 minutos
Asignación de tareas para casa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 auto-registro A-P-C-D por persona ▪ 1 auto-registro de actividades gratificantes por persona 	10 minutos

Desarrollo

- **Revisión de tareas para casa:** se comienza saludando a las participantes y preguntándoles acerca del transcurso de la semana, si les ha pasado alguna cosa relevante, si ha habido cambios importantes... Fundamentalmente, se indaga acerca de cómo les ha ido en la práctica de la reevaluación cognitiva, en la realización de las tareas gratificantes, y en la cumplimentación de los auto-registros relacionados con estas dos tareas. Igualmente, se revisa si existen dudas acerca del material de la autoestima o la práctica de la respiración. Asimismo, se refuerza a las participantes por la realización de las tareas y se las anima para seguir con el taller. En caso de que haya dudas o dificultades con las tareas, se resuelven en este momento.

- **Mejora de la autoestima:** utilizando el material trabajado en la sesión anterior (las características positivas y negativas de cada una de las siluetas), se lleva a cabo la dinámica del *escultor*, que hará énfasis en las características positivas de cada mujer. Primero, se hace una puesta en común general en la que cada participante añade los elementos positivos que ha descubierto de sí misma durante la semana. En el caso de que no hayan señalado nada bueno, se las invita a pensar en ese momento en las actividades que han realizado para tratar de descubrir algún elemento positivo. Después se les pide que modelen con barro o plastilina su propia *escultura* simbólica. No tiene que ser una figura fiel a la realidad, sino que puede ser cualquier elemento que a ellas las caracterice y del que se sientan orgullosas (ej. un corazón como símbolo de su capacidad para querer a los demás). Se puede entender como una presentación plástica de sí mismas. Esta figura se la llevan a casa como recordatorio de lo trabajado en estas dos sesiones.

Durante la realización de esta actividad plástica, se puede poner música de fondo para ambientar la actividad.

- **Reevaluación cognitiva:** se pide a las participantes que comenten algunos de los ejemplos recogidos en los auto-registros. Entre todas las participantes se revisan si están bien formulados siguiendo el esquema descrito, y en caso contrario, se hacen las correcciones necesarias. Posteriormente, se completa el

esquema A-P-C con la introducción del *Debate* (D) de los pensamientos desadaptativos. Se utiliza lo trabajado en la sesión anterior y el trabajo de la semana de las participantes. Se sigue el siguiente esquema de trabajo:

Tal y como hemos visto en la sesión anterior, parece que la gran mayoría de nuestros actos están basados en el esquema A-P-C. Seguro que recordáis a qué se refería cada uno de estos elementos, ¿verdad?. Bien, A es el acontecimiento activador, la situación que provoca el malestar; P se refiere a los pensamientos que median entre la situación y la conducta, y C, son las consecuencias (las conductas motoras y nuestros sentimientos), que, a pesar de que parece que están determinados por A, en realidad, son una consecuencia directa de B.

Pues bien, viendo vuestros registros, las situaciones, pensamientos y conductas que habéis señalado, vamos a dar ahora un paso más. Vamos a tratar de modificar los pensamientos que nos incomodan y haremos un debate personal de estas ideas.

Algunos de los pensamientos que hemos visto son ideas irracionales. ¿Qué significa esto? ¿Qué es una idea irracional? Pues, es aquella que no está basada en la evidencia empírica y que “lleva a consecuencias contraproducentes y autodestructivas que interfieren de forma importante en la supervivencia y felicidad del organismo” (Ellis, 1975; tomado de Carrasco, 1999). Muchas veces nuestras ideas irracionales van precedidas de palabras como “Debería...”, “Tendría que...” de una forma absoluta y tajante (mucho más, si en lugar del condicional utilizamos el presente “Debo...”, “Tengo que...”).

Igualmente, muchas veces utilizamos términos absolutos como “es horroroso”, “es lo peor”, “nunca hago nada bien”, “siempre me confundo”... Estas expresiones no contribuyen a que nos sintamos mejor, sino que alteran aún más nuestro pensamiento dando lugar a las conductas, también alteradas y desadaptadas.

Para que nos vaya quedando claro, vamos a ver cuatro formas principales de irracionalidad que pueden darse frecuentemente. Seguro que muchas de nosotras nos hemos sorprendido alguna vez con “comentarios irracionales”:

1. *Pensar que alguien o algo “debería, sería necesario o tiene que” ser distinto de lo que es.*
2. *Calificar de “horrenda, terrible, horrorosa”, una situación.*
3. *Pensar que no es posible “sufrir, soportar o tolerar” a esta persona o cosa y afirmar que no debería haber sucedido así.*
4. *Ante los errores cometidos, afirmar que el que los comete merece “reprobación” y puede calificarse de “canalla, podrido y despreciable”.*
 - *¿Has vivido alguna situación de este estilo?*
 - *¿Te reconoces en alguna de estas afirmaciones?*
 - *¿En qué situaciones concretas?*

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

*Pero como casi todo, esto también tiene solución y nosotros vamos a intentar ponérsela. Para ello vamos a utilizar el **debate**. ¿En qué consiste este debate? Pues en cuestionar, poner en tela de juicio, y rebatir científicamente nuestros pensamientos, haciendo un debate.*

A partir de este momento vamos a añadir una nueva columna a nuestro registro (columna D), y vamos a proporcionar las alternativas a esos pensamientos desadaptados. El proceso será muy sencillo, puesto que vamos a analizar cada situación y vamos a tratar de generar otras alternativas, otras interpretaciones de ese acontecimiento inicial. Y, ojo, esas alternativas deben estar basadas en datos reales, empíricos y tienen que estar formuladas en términos relativos.

Veamos el ejemplo de la sesión anterior y recordemos el caso de Marta:

- *¿Cuáles eran el acontecimiento activador, los pensamientos y las conductas manifiestas?*
- *¿Qué otras interpretaciones se pueden dar a la situación de la entrevista de trabajo?*
- *¿Tienen la misma probabilidad de ocurrir que las que había planteado Marta?*
- *¿Cómo las formularíamos sin utilizar términos absolutos?*

Veamos ahora uno de los ejemplos que habéis formulado vosotras (pedir a una de las participantes que cuente uno)⁶.

- *¿Tienen la misma probabilidad de ocurrir que las que habías planteado?*
- *¿Cómo las formularíamos sin utilizar términos absolutos?*

Bien, todo lo que hemos realizado en esta sesión lo vamos a realizar también durante estos días hasta la próxima sesión (se entrega y se explica el auto-registro A-P-C-D como tarea para casa). Ya veis que es importante que se realicen las tareas porque nos ayudan a avanzar más.

- **Control de la respiración:** se realizan varios ensayos de la técnica en la sesión. Si hay alguna duda, o se ha dado algún problema en la práctica en casa, se incide también en esos aspectos concretos.
- **Asignación de tareas para casa:** se pide a las pacientes que ejerciten la **respiración** dos veces al día todos los días de la semana al igual que lo han hecho estos días, aunque ya no será necesario que lleven a cabo su registro. Igualmente se les pedirá que realicen **actividades gratificantes** y que las registren en el correspondiente auto-registro. Por otro lado, tendrán practicar la **reevaluación cognitiva** rellenando las hojas A-P-C-D. En caso de que sea posible, se les pide que realicen el debate de un ejemplo correctamente formulado de los que registraron durante la semana, y que registren otra situación nueva en la que apliquen el esquema A-P-C-D completo.

⁶ Si surgen más preguntas por parte del grupo o de la terapeuta se añaden. En todo momento se les da la oportunidad de participar.

Cuarta Sesión

Elementos de la Sesión	Materiales	Duración
Revisión de tareas para casa		10 minutos
Reevaluación cognitiva		30 minutos
Identificación de situaciones problemáticas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pizarra ▪ Tizas/Rotuladores 	35 minutos
Entrenamiento en respiración		5 minutos
Asignación de tareas par casa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 auto-registro de situaciones problemáticas por persona 	10 minutos

Desarrollo

- **Revisión de tareas para casa:** se comienza saludando a las participantes y preguntándoles acerca del transcurso de la semana, si les ha pasado alguna cosa relevante, si ha habido cambios importantes... Fundamentalmente, se indaga acerca de cómo les ha ido en la práctica de la reevaluación cognitiva, en la realización de las tareas gratificantes, y en la cumplimentación de los auto-registros relacionados con estas dos tareas. Asimismo, se refuerza a las participantes por la realización de las tareas y se las anima para seguir con el taller. En caso de que haya dudas o dificultades con las tareas, se resuelven en este momento.
- **Reevaluación cognitiva:** se revisan los auto-registros realizados en casa. Aunque este apartado puede formar parte de la revisión de tareas, se incide en él de un modo especial. Se atiende a las posibles dudas que surjan, y se resuelven todas pidiendo la colaboración del resto de las participantes del grupo. En todos los casos en los que sea posible, se tiende a facilitar la resolución a través del resto de las participantes, de forma que la intervención de la terapeuta sea mínima en este aspecto. En caso de que los problemas planteados no se solventen, interviene la terapeuta. Igualmente, si es preciso, se vuelven a repetir los elementos de la técnica y se repasa su contenido con ejemplos de las propias pacientes.
- **Identificación de situaciones problemáticas:** se entrena a las participantes en la identificación de problemas, de aquellas situaciones que resulten especialmente difíciles de afrontar. Para ello se utilizará el siguiente modelo o definición de problema:

Los problemas o situaciones problemáticas son normales en nuestra vida cotidiana y ocurren a diario. Un problema es una situación real o imaginaria a la que tenemos que dar una solución, pero no disponemos de ella en este momento. Cuando no se encuentra una solución a un problema que surge, se pueden incrementar, el estrés y otros estados emocionales. Y, si se actúa sin tener una solución adecuada, se suele hacer de un modo que no se desea o de un modo poco eficaz. Otras veces no se actúa, porque no se ha encontrado una solución.

Se pide a las participantes que, a lo largo de la semana, registren todas aquellas situaciones que les crean un estado de malestar emocional, todas aquellas que consideran problemáticas.

- **Control de la respiración:** se realizan varios ensayos de la técnica en la sesión. Si ha existido alguna duda o se ha dado algún problema en la práctica en casa, se incide también en esos aspectos concretos.
- **Asignación de tareas para casa:** se pide a las pacientes que ejerciten la **respiración** dos veces al día todos los días de la semana al igual que lo han hecho durante esa semana. Igualmente se les pide que sigan realizando **actividades gratificantes** aunque ya no tendrán que registrarlas; igualmente, se les solicita que lleven a cabo un registro de las **situaciones problemáticas** cotidianas. Para ello se les entregará también un auto-registro preparado para tal efecto.

Quinta Sesión

Elementos de la Sesión	Materiales	Duración
Revisión de tareas para casa		15 minutos
Solución de problemas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 folleto explicativo de la solución de problemas por persona 	60 minutos
Entrenamiento en respiración		5 minutos
Asignación de tareas para casa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 auto-registro de solución de problemas por persona 	10 minutos

Desarrollo

- **Revisión de tareas para casa:** se comienza saludando a las participantes y preguntándoles acerca del transcurso de la semana, si les ha pasado alguna cosa relevante, si ha habido cambios importantes... Fundamentalmente, se indaga acerca de cómo les ha ido en la identificación de situaciones problemáticas. Asimismo, se refuerza a las participantes por la realización de las tareas y se las anima para seguir con el taller. En caso de que haya dudas o dificultades con las tareas, se resuelven en este momento.
- **Solución de problemas:** se explica la técnica en sesión y se realizan ejemplos. Los primeros, ajenos a las participantes, y los expone la terapeuta basándose en el material preparado (ver más adelante en este mismo apartado); después, cada participante expone uno suyo. Al final de esta tarea, se entrega a cada participante un folleto con las características básicas de la técnica para que puedan ponerla en práctica esa semana. Además, se utilizan los registros de problemas de las participantes y se realizan ensayos de conducta en sesión asignando papeles de forma que todas intervengan en todas las situaciones de *role-playing*. De forma concreta, se utiliza el siguiente material como esquema de trabajo para explicar las fases de la técnica:

*Hoy vamos a aprender una nueva técnica cuyo objetivo fundamental es producir consecuencias positivas, refuerzo positivo y evitar las consecuencias negativas. Os sorprenderá oír esto porque, al fin y al cabo, es lo que estamos haciendo desde el principio y con todas las técnicas que estamos aprendiendo. Sin embargo, uno de los fines de este taller es que consigáis adquirir una serie de habilidades y estrategias para enfrentarnos a situaciones difíciles. Así pues, hoy vamos a trabajar con lo que los psicólogos llamamos **solución de problemas**. Esta técnica consta básicamente de cinco etapas y nosotras vamos a seguirlas, para que, al final, podamos dar una solución más eficaz a los problemas que nos preocupan.*

1. Orientación general hacia el problema: todos, en nuestra vida, atravesamos situaciones más o menos difíciles; los problemas forman parte de nuestra vida cotidiana. Sin embargo, muchas veces no centramos nuestra atención en tratar de resolverlos, y con eso, parece que son mayores. Los sobredimensionamos y notamos que están presentes en todas las esferas de nuestra vida. Por eso, en

esta primera etapa vamos a centrar nuestros esfuerzos en percibir correcta y concretamente el problema, valorándolo en su justa medida (esfuerzo y tiempo).

2. Definición y formulación del problema: *seguro que alguna vez habéis notado que cuando un problema está bien definido y delimitado, su importancia disminuye, al igual que la angustia que genera. Es cierto, al definir correctamente un problema tenemos ya la mitad del problema resuelto, puesto que, además, esto nos permite generar más y mejores alternativas.*

Así pues, vamos a tratar de definir claramente el problema. ¿Cómo lo hacemos? De forma sencilla, teniendo en cuenta los siguientes pasos:

- *Recoger información acerca del problema*
- *Cambiar los conceptos vagos o ambiguos por otros específicos y concretos. Seguro que así, separamos la información relevante de la irrelevante, quitando interpretaciones no verificadas.*
- *Organizar la información: ¿qué es lo que sucede y qué es lo que nos gustaría que sucediera? ¿Qué cambios deseamos?*
- *Establecer una meta en términos, como siempre, específicos y concretos, nada de metas inalcanzables.*
- *Además, vamos a diferenciar la magnitud del problema, puesto que hay problemas que se mantienen durante más tiempo y otros que son breves (episódicos). Y, no olvidemos, que existen problemas y subproblemas.*
- *Por último, reevaluar el problema considerando los costes y beneficios a corto y a largo plazo.*

3. Generación de soluciones alternativas: *lo mejor es que, una vez definido el problema, tengamos varias posibilidades de actuación, puesto que nos va a ayudar a elegir la que más se ajuste al momento concreto. Vamos a seguir tres características básicas:*

- *Principio de cantidad: cuantas más soluciones se nos ocurran más probabilidades tendremos de encontrar una buena solución.*
- *Principio de aplazamiento del juicio: no vamos a juzgar la cantidad de las alternativas en este momento justo, sino que las soluciones que se nos ocurran tienen que estar libres de juicios, puesto que así se nos ocurrirán más.*
- *Principio de variedad: ya sabéis, vamos a generar muchas y variadas soluciones porque entre tantas, seguro que encontramos la de mayor calidad.*

4. Toma de decisiones: *y ahora, una vez que tenemos creadas todas las alternativas, vamos a evaluar, a comparar y juzgar las disponibles y vamos a seleccionar la mejor. ¿Qué ventajas obtendremos con cada una? ¿Qué costes a corto y a largo plazo nos generará? ¿Qué inconvenientes tiene cada una de las alternativas?*

Es preciso que contestemos a cada una de estas preguntas en las alternativas. Es cierto, puede resultar un poco largo y tedioso, pero es necesario puesto que nos va a ayudar a elegir la más adecuada.

5. Puesta en práctica y verificación de la solución: *vamos a situarnos como si ahora mismo fuéramos a dar solución a nuestro problema. Vamos a imaginarlo: ya hemos elegido la mejor alternativa y vamos a pensar qué ocurre al ponerlo en práctica ¿Nos parece la más apropiada? Si es así, vamos a ello, y vamos a llevarlo a cabo realmente.*

φ φ φ φ φ φ φ φ φ

Bien, esta es la técnica; ya sabemos cuáles son sus componentes básicos y cómo llevarla a cabo. Como nosotras también la vamos a utilizar, vamos a ver antes un ejemplo para que no nos quede ninguna duda.

“Beatriz es una mujer ama de casa. Últimamente tiene mucho que hacer, se le amontona mucho el trabajo y le da pereza levantarse por la mañana. La situación se está haciendo cada vez más grave por la cantidad de trabajo que tiene acumulado”.

- *¿Cómo definiríamos el problema?*
- *¿Qué alternativas se nos ocurren?*
- *¿Qué ventajas e inconvenientes posee cada una?*
- *Ahora que la hemos elegido, ¿es la adecuada?*⁶

Se introduce el auto-registro para que realicen el proceso con este ejemplo y sirva como entrenamiento para la semana.

- **Control de la respiración:** se realizan varios ensayos de la técnica en la sesión. Si ha existido alguna duda o se ha dado algún problema en la práctica en casa, se incide también en esos aspectos concretos.
- **Asignación de tareas para casa:** se pide a las pacientes que ejerciten la **respiración** dos veces al día todos los días de la semana al igual que lo han hecho durante esa semana. Igualmente se les pide que realicen **actividades gratificantes**, y que practiquen la **reevaluación cognitiva**. Por otro lado, como tarea específica de esta sesión, tendrán que practicar la técnica de la **solución de problemas** y llevar a cabo un registro en el material preparado para tal efecto.

En el caso de las mujeres que participen en el taller que incluya la exposición, se les advierte que para la siguiente sesión tendrán que traer una cinta virgen.

⁶ En estas actividades se solicita la participación de todas.

En este punto, la intervención se desdobra. Los apartados 7a y 8a corresponden a las sesiones destinadas al entrenamiento en habilidades de comunicación, y las sesiones 7b y 8b, al entrenamiento en exposición. Por lo demás, los elementos restantes de las sesiones son paralelos en los dos tipos de intervención.

7a. Sexta Sesión^φ (habilidades de comunicación)

Elementos de la Sesión	Materiales	Duración
Revisión de tareas		10 minutos
Entrenamiento en habilidades de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 folleto de habilidades de comunicación por persona 	50 minutos
Control de la respiración		5 minutos
Asignación de tareas para casa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 auto-registros de habilidades de comunicación por persona 	5 minutos

Desarrollo

- **Revisión de tareas para casa:** tras el saludo habitual, se comienza preguntando a las participantes sobre el transcurso de la semana, si les ha pasado alguna cosa relevante, si ha habido cambios importantes... Como se realiza habitualmente, se refuerza a las participantes por la realización de las tareas y se las anima a seguir con el taller. En caso de que haya dudas o dificultades con las tareas, se resuelven en este momento.
- **Entrenamiento en habilidades de comunicación:** a lo largo de las sesiones de este taller es posible que hayan salido dudas o comentarios acerca de la comunicación, de los mensajes que se dan en la pareja... En este momento vamos a abordar el tema de un modo muy práctico, de forma que se pongan en práctica las habilidades de las participantes a la hora de establecer una conversación cotidiana. Para empezar se explican algunas de las ideas clave de la comunicación, la respuesta a la crítica, las habilidades de escucha y la realización de peticiones. Todo este material está incluido en un folleto explicativo que se entrega a cada participante. Como elemento práctico realizan ensayos de conducta como ejemplos de los tres tipos de comunicación^γ.
- **Control de la respiración:** se realizan varios ensayos de la técnica en la sesión. Si ha existido alguna duda o se ha dado algún problema en la práctica en casa, se incide también en esos aspectos concretos.
- **Asignación de tareas para casa:** se pide a las pacientes que ejerciten la **respiración** dos veces al día todos los días de la semana al igual que lo han hecho anteriormente. Igualmente se les pide que realicen **actividades gratificantes** y que practiquen la **reevaluación cognitiva** y la **solución de problemas**. Como tarea específica de la sesión, se les pide que traten de practicar en conversaciones habituales las **habilidades de comunicación** aprendidas, así como la escucha o la realización correcta de peticiones. Tienen que rellenar un auto-registro preparado para tal efecto.

^φ Se refiere al taller que no incluye las técnicas de exposición entre sus componentes. Este programa continua con la sesión 7a, y luego pasa a la sesión 8 que es común para los dos programas.

^γ Tanto las situaciones como los papeles a representar los deciden las propias participantes.

7b. Sexta Sesión¹ (exposición)

Elementos de la Sesión	Materiales	Duración
Revisión de tareas		10 minutos
Explicación de la exposición		10 minutos
Exposición a situaciones cotidianas evitadas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Folios ▪ Bolígrafos 	10 minutos
Exposición a su historia de maltrato	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Folios ▪ Bolígrafos 	30 minutos
Grabación de su historia de maltrato	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grabadoras ▪ Cintas vírgenes 	30 minutos
Control de la respiración		5 minutos
Asignación de tareas para casa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 auto-registro de exposición por participante 	5 minutos

Desarrollo

- **Revisión de tareas para casa:** tras el saludo habitual, se comienza preguntando a las participantes sobre el transcurso de la semana, si les ha pasado alguna cosa relevante, si ha habido cambios importantes... Como se realiza habitualmente, se refuerza a las participantes por la realización de las tareas y se las anima a seguir con el taller. En caso de que haya dudas o dificultades con las tareas, se resuelven en este momento.
- **Explicación de la exposición:** antes de centrarse en la explicación propiamente dicha, se hace referencia a las situaciones evitadas por las participantes, y por la presencia de síntomas de reexperimentación (pensamientos intrusivos, pesadillas, imágenes desagradables...). Es habitual que señalen cuáles son las que más les afectan a ellas, y desde este punto se trata de explicar cómo las técnicas de exposición permiten que nos habituemos a todo ello que nos produce miedo o ansiedad.
La técnica concreta que se llevará a cabo a lo largo de dos sesiones es la de **exposición en imaginación**. El objetivo general de la exposición sin permitir la conducta de escape, es uno de los tratamientos más eficaces en el tratamiento de las fobias. En el caso del trastorno de estrés postraumático, también se ha probado en numerosas ocasiones su eficacia. La clave de esta técnica es permitir que las participantes se expongan a aquellas imágenes o pensamientos temidos, a la vez que se impide la evitación o el escape para que estos no se conviertan en una “señal de seguridad”.

¹ Se refiere al taller que incluye las técnicas de exposición entre sus componentes. Este programa continua con la sesión 7b, y luego pasa a la sesión 8 que es común para los dos programas.

- **Exposición a situaciones cotidianas evitadas:** se pide a las participantes que señalen cuáles son las situaciones cotidianas que evitan, y a partir de ellas se va a llevar a cabo un entrenamiento de exposición. Se les dice que es importante que visualicen nítida y vívidamente la imagen temida y/o evitada, y que traten de centrarse profundamente en ella. Se les advierte que en caso de que se sientan muy mal, o noten que el nivel de ansiedad es muy elevado deben aplicar la respiración puesto que se trata de una respuesta incompatible.
Este entrenamiento se realiza en unos diez minutos. Una vez que todas las mujeres se han expuesto a la situación evitada, se pasa al siguiente ejercicio.
- **Exposición a su historia de maltrato:** cada una de las mujeres tendrá que escribir cuál ha sido la situación de maltrato o violencia que vivió con su pareja (puede ser también una pesadilla o un recuerdo altamente ansiógeno para ellas). Para ello, se les dará papel y bolígrafos, y durante veinte minutos aproximadamente tendrán que describir con el mayor número de detalles el episodio más grave que han vivido (pesadilla, pensamientos, recuerdos...). Es importante que se centren en la tarea para que la descripción sea lo más realista posible. Se las puede orientar diciéndoles que señalen dónde se produjo la situación, a qué hora, quiénes estaban presentes, cómo se sintieron durante la agresión, qué hicieron, cómo se comportaron, cuáles fueron sus pensamientos, cómo se sintieron después, qué pensaron y cómo actuaron... Una vez escrita, se les pide que la lean en voz baja una vez tratando de recordar todo lo que ocurrió. Si notan que faltan detalles, se las invita a añadirlos.
- **Grabación de su historia de maltrato:** se les da un tiempo para que vuelvan a leer su historia y puedan preparar la entonación que emplearán en la grabación de la misma. A continuación se reparten las grabadoras y se les dice que deben volver a leerla mientras se está grabando. Es importante transmitirles la idea de que es necesario que lean correctamente, haciendo las pausas necesarias, puesto que tendrán que escucharla durante la semana. Por último, tendrán que escucharlas para practicar la exposición en sesión. Se les recuerda la importancia de la respiración como respuesta incompatible del organismo en el afrontamiento de la ansiedad. Por otro lado, si se detecta algún problema en la grabación, se repetirá el proceso para asegurar su efectividad en las exposiciones entre semana.
- **Control de la respiración:** se realizan varios ensayos de la técnica en la sesión. Si ha existido alguna duda o se ha dado algún problema en la práctica en casa, se incide también en esos aspectos concretos.
- **Asignación de tareas para casa:** se pide a las participantes que ejerciten la **respiración** dos veces al día todos los días de la semana al igual que lo han hecho anteriormente. Igualmente se les pide que realicen **actividades gratificantes** y que practiquen la **reevaluación cognitiva** y la **solución de problemas**. Como tarea específica de la sesión, se les pide que escuchen todos los días la cinta que han grabado para practicar la **exposición**. Tendrán que cumplimentar un auto-registro con su práctica diaria.

8a. Séptima Sesión (habilidades de comunicación)

Elementos de la Sesión	Materiales	Duración
Revisión de tareas		10 minutos
Entrenamiento en habilidades de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tarjetas con preguntas y cuestiones incompletas acerca de la comunicación 	65 minutos
Control de la respiración		5 minutos
Asignación de tareas para casa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 auto-registros de habilidades de comunicación por participante. 	10 minutos

Desarrollo

- **Revisión de tareas para casa:** tras el saludo habitual, se comienza preguntando a las participantes sobre el transcurso de la semana, si les ha pasado alguna cosa relevante, si ha habido cambios importantes... Tal y como se realiza habitualmente, se refuerza a las participantes por la realización de las tareas y se las anima a seguir con el taller. En caso de que haya dudas o dificultades con las tareas, se resuelven en este momento.
- **Entrenamiento en habilidades de comunicación:** enlazando con lo trabajado en la sesión anterior, se incide de un modo especial en cómo se han llevado a cabo las habilidades de comunicación aprendidas y entrenadas, con el fin de resolver dudas y aclarar conceptos. En concreto, el entrenamiento de esta sesión está basado en los siguientes puntos:
 - **Tipos de comunicación:** *¿Los hemos practicado? ¿Qué dificultades hemos tenido para ser afirmativos?*
 - **Objetivos en la comunicación:** *se analiza si durante el período intersesiones se han tenido en cuenta los objetivos a la hora de comunicarse, y los resultados obtenidos. Se incide en ver si les resulta ventajoso tenerlos en cuenta y se analizará el por qué.*
 - **Entrenamiento en habilidades de escucha:** *se explican cuáles son las actitudes y habilidades para escuchar a otro y las consecuencias positivas de la escucha correcta en la comunicación. Igualmente, se hacen ensayos de conducta en sesión.*

Para todo ello se utilizan una serie de tarjetas (8) preparadas para este caso, que contienen preguntas sobre los aspectos tratados, y otras cuestiones incompletas o prácticas acerca de la comunicación. La terapeuta pone todas las tarjetas sobre la mesa, y pide a las participantes que, una a una, tomen una tarjeta del montón. Por turnos, las van leyendo en voz alta, y contestan o realizan lo que se solicita en la tarjeta. En todo momento, la terapeuta se encarga de supervisar la realización, así como de facilitar la participación de las demás cuando la tarjeta plantea una situación práctica para realizar en forma de *role-playing*.

El contenido de las tarjetas se expone a continuación. En caso de que en el grupo surja algún supuesto que se necesite tratar, se propone a las participantes, y se añade a los de las tarjetas:

- *¿Cuál es para ti el estilo comunicativo más eficaz?*
 - *¿Qué ventajas tiene el estilo afirmativo?*
 - *¿Qué ventajas y qué inconvenientes tiene el estilo pasivo? ¿Cuándo lo utilizas?*
 - *¿Se modifica nuestra autoestima cuando utilizamos las habilidades de comunicación correctamente?*
 - *Simula una situación con tus compañeras en la que predomine el estilo agresivo.*
 - *Simula con tus compañeras una situación en la que demostréis vuestras habilidades de escucha.*
 - *¿Cómo contestarías?: “Casi me quedo sin gasolina ayer por la mañana para ir a trabajar. ¿Por qué no llenaste el depósito ayer? No veo por qué tengo que ser yo siempre el que lo hace”.*
 - *¿Cómo contestarías?: “Tienes el pelo horrible. Está reseco y largo, hace un mes que deberías haber ido a la peluquería. Espero que no salgas así a la calle. Si lo haces, se reirán de ti. ¿Cómo puedes pensar que te tomen en serio presentándote así?”*
- **Control de la respiración:** se realizan varios ensayos de la técnica en la sesión. Si ha existido alguna duda o se ha dado algún problema en la práctica en casa, se incide también en esos aspectos concretos.
 - **Asignación de tareas para casa:** se pide a las pacientes que ejerciten la **respiración** dos veces al día todos los días de la semana al igual que lo han hecho anteriormente. Igualmente se les pide que realicen **actividades gratificantes** y que practiquen la **reevaluación cognitiva** y la **solución de problemas**. Como tarea específica de la sesión, se les pide que traten de practicar en conversaciones habituales las **habilidades de comunicación** aprendidas, así como la escucha o la realización correcta de peticiones. Tendrán que rellenar el auto-registro preparado para tal efecto.

8b. Séptima Sesión (exposición)

Elementos de la Sesión	Materiales	Duración
Revisión de tareas		10 minutos
Exposición	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cintas grabadas de la semana anterior ▪ Grabadoras 	65 minutos
Control de la respiración		5 minutos
Asignación de tareas para casa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 auto-registro de práctica de exposición por participante. 	10 minutos

Desarrollo

- **Revisión de tareas para casa:** tras el saludo habitual, se comienza preguntando a las participantes sobre el transcurso de la semana, si les ha pasado alguna cosa relevante, si ha habido cambios importantes... Tal y como se realiza habitualmente, se refuerza a las participantes por la realización de las tareas y se las anima a seguir con el taller. En caso de que haya dudas o dificultades con las tareas, se resuelven en este momento.
- **Exposición:** se revisan de un modo especial las tareas de exposición que han llevado a cabo durante la semana, si ha habido algún problema para realizarlas, las dificultades que han surgido y cómo se han solventado... En esta sesión se realizará el mismo entrenamiento que en la sesión anterior, cambiando la situación, recuerdo o pesadilla. El esquema seguido será el mismo.
- **Control de la respiración:** se realizan varios ensayos de la técnica en la sesión. Si ha existido alguna duda o se ha dado algún problema en la práctica en casa, se incide también en esos aspectos concretos.
- **Asignación de tareas para casa:** se pide a las pacientes que ejerciten la **respiración** dos veces al día todos los días de la semana al igual que lo han hecho anteriormente. Igualmente se les pide que realicen **actividades gratificantes** y que practiquen la **reevaluación cognitiva** y la **solución de problemas**. Como tarea específica de la sesión, se les pide que sigan exponiéndose con la ayuda de la cinta grabada y que cumplimenten el registro de su práctica diaria.

Octava Sesión

Elementos de la Sesión	Materiales	Duración
Revisión de tareas	-----	15 minutos
Revisión de la Escala de Conductas-Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 copia de la Escala de Conductas-Objetivo por persona ▪ Escala de Conductas-Objetivo de la primera sesión de cada participante 	15 minutos
Prevención de recaídas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tarjetas con preguntas y cuestiones incompletas acerca de los componentes del taller. 	45 minutos
Evaluación del taller	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento (Larsen <i>et al.</i>; 1979; tomado de Echeburúa y Corral, 1998). 	5 minutos
Despedida y anticipación del seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caramelos 	10 minutos

Desarrollo

- **Revisión de tareas para casa:** tras el saludo habitual, se comienza preguntando a las participantes sobre el transcurso de la semana, si les ha pasado alguna cosa relevante, si ha habido cambios importantes... Se incide de un modo especial en la revisión de la práctica de las habilidades de comunicación y de la cumplimentación del auto-registro. Tal y como se realiza habitualmente, se refuerza a las participantes por la realización de las tareas y se reitera la importancia del trabajo diario para lograr mejoras en su vida cotidiana. En caso de que haya dudas o dificultades con las tareas, se resuelven en este momento.
- **Revisión de la Escala de Conductas-Objetivo:** se entrega una copia de la Escala rellena por cada participante en la primera sesión, añadiendo una columna a la derecha donde cada una pueda analizar si ha alcanzado los objetivos propuestos y en qué grado lo ha realizado. Para ello, tendrá que puntuar de 0 a 10 el grado de consecución logrado, siendo 0, un objetivo nada conseguido, y 10, un objetivo totalmente alcanzado.
- **Prevención de recaídas:** se realiza junto con la evaluación cualitativa del taller. El objetivo de esta actividad es repasar todos los componentes del programa para asegurar su instauración, favorecer su aprendizaje y facilitar la prevención de recaídas. Asimismo, se consigue que las participantes puedan plantear dudas que en otros momentos no han surgido, y puedan ver cómo lo llevan a cabo sus compañeras. Se utilizan unas tarjetas (8) preparadas para tal efecto, en las que se incluyen cuestiones acerca del funcionamiento del programa. Por turnos, cada participante coge una y responde de forma que se repasen todos los componentes del taller.

De un modo concreto las cuestiones que se abordan son las siguientes:

- *La práctica de la respiración me ha ayudado en...*
- *Las técnicas cognitivas...*
- *A lo largo de este tratamiento he aprendido...*
- *Me gustaría haber practicado más...*
- *Creo que lo que más me ha ayudado ha sido...*
- *Puedo mejorar en...*
- *Lo que más me ha gustado ha sido...*
- *Lo que menos me ha gustado ha sido...*

La terapeuta trata de que se aborden todos los componentes del programa; en caso de que no se trate alguno, la terapeuta pregunta directamente a las participantes sobre ellos. Cada vez que respondan a cada una de las cuestiones, se les pide que hagan un breve ejercicio de repaso de la técnica (en grupo o individualmente, dependiendo del componente en cuestión).

- **Despedida y anticipación del seguimiento:** se realiza la *dinámica del caramelo* que consiste en entregar un caramelo a cada participante que deben desenvolver y poner en su mano. Con el brazo extendido y la otra mano detrás de la espalda, deben encontrar la forma de comérselo. La solución es que una a una se lo entreguen. De este modo, la terapeuta recoge la actividad señalando la importancia de la ayuda y del apoyo mutuo. Al finalizar la sesión, y antes de llevar a cabo la evaluación final, se las cita para una nueva sesión al cabo de un mes para efectuar el seguimiento. Se les advierte que tienen la posibilidad de llamar a la terapeuta en caso de que lo necesiten antes del período señalado.

Evaluación Postratamiento

Se llevará a cabo una evaluación cuantitativa y cualitativa del taller utilizando las medidas empleadas en la evaluación inicial y una ficha de evaluación de datos sociodemográficos con las siguientes variables: presencia de denuncias, posible abandono del hogar, ideación o intento de suicidio, apoyo familiar, apoyo social y cambios en el estado civil.

Sesiones de Seguimiento

Se realiza el seguimiento de las participantes al cabo de tres, seis meses y un año. En cada una de estas sesiones de seguimiento, se emplean el mismo procedimiento e instrumentos que en la evaluación postratamiento.

Referencias

- Beck, A.T; Brown, G; Epstein, N. y Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897.
- Carrasco, I. (1999). Terapias racionales y de reestructuración cognitiva. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (eds.) *Manual de técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987). *Escala de Conductas Objetivo*. Manuscrito no publicado.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de Violencia Familiar*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Ellis, A. (1975). *How to Live with a Neurotic*. Nueva York: Crown Publishers.
- Labrador, F. J; de la Puente, M. L. y Crespo, M. (1999). Técnicas de control de la activación: relajación y respiración. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (eds.) *Manual de técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. Madrid: Pirámide.
- Larsen, D., Atkinson, C., Hargreaves, W. y Nguyen, T. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and Program Planning, 2*, 197-207.
- 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.