

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

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



**MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA  
CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO:  
VALIDACIÓN EMPÍRICA DE UN PROGRAMA DE  
TRATAMIENTO**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR**

**PRESENTADA POR**

**Edurne Alonso Grijalba**

Bajo la dirección del doctor:  
Francisco Javier Labrador Encinas

**Madrid, 2007**

**ISBN: 978-84-669-3148-9**

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

Departamento de Personalidad, Evaluación  
y Tratamientos Psicológicos I



**MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA  
DOMÉSTICA CON TRASTORNO DE  
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO:  
VALIDACIÓN EMPÍRICA DE UN  
PROGRAMA DE TRATAMIENTO**

**MEMORIA PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO  
DE DOCTOR POR**

Edurne Alonso Grijalba

Bajo la dirección del Doctor:

Francisco Javier Labrador Encinas

**Madrid, 2007**



**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

Departamento de Personalidad, Evaluación  
y Tratamientos Psicológicos I



**MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA  
DOMÉSTICA CON TRASTORNO DE ESTRÉS  
POSTRAUMÁTICO: VALIDACIÓN EMPÍRICA  
DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO**

**TESIS DOCTORAL**

por

**EDURNE ALONSO GRIJALBA**

Director: Francisco Javier Labrador Encinas

Madrid, 2007



*A las mujeres de este estudio,  
por confiar en mí, por su agradecimiento*



# ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE TABLAS.....	xvii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xxiii
ÍNDICE DE CUADROS.....	xxxv
AGRADECIMIENTOS.....	xxxvii
INTRODUCCIÓN.....	xxxix

## **PARTE TEÓRICA..... 1**

### **VIOLENCIA DOMÉSTICA..... 3**

#### **1. DEFINICIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA..... 5**

1.1. DEFINICIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA.....	5
1.2. TIPOS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA.....	8
1.3. COMIENZO Y CURSO DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA.....	11
1.3.1. PATRÓN DE CICLO Y ESCALADA DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA.....	12
1.4. MANTENIMIENTO DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA.....	13
1.5. RESUMEN.....	16

#### **2. EPIDEMIOLOGÍA..... 19**

2.1. LIMITACIONES EN EL ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA.....	19
2.2. ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA.....	20
2.2.1. ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA EN ESPAÑA.....	22
2.2.2.1. Macroencuestas.....	22
2.2.2.2. Denuncias.....	24
2.2.2.3. Homicidios.....	27
2.2.2. ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA EN MÉXICO.....	30
2.3. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA.....	32
2.3.1. EDAD.....	32
2.3.2. NACIONALIDAD.....	32
2.3.3. ESTADO CIVIL.....	32
2.3.4. NIVEL EDUCATIVO.....	33
2.3.5. ACTIVIDAD LABORAL.....	33



2.3.6. HÁBITAT.....	34
<b>2.4. RESUMEN.....</b>	<b>35</b>
<b>3. CONCEPTUALIZACIÓN LEGAL Y JURÍDICA DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA.....</b>	<b>37</b>
3.1. SITUACIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA EN ESPAÑA.....	38
3.2. SITUACIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA EN MÉXICO.....	42
<b>4. FACTORES EXPLICATIVOS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA.....</b>	<b>45</b>
4.1. FACTORES INDIVIDUALES.....	45
4.1.1. FACTORES ASOCIADOS A LA PERPETRACIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA.....	45
4.1.1.1. Perfil sociodemográfico del maltratador.....	45
4.1.1.2. Exposición a la violencia doméstica en la familia de origen.....	47
4.1.1.3. Trastornos de personalidad.....	47
4.1.1.4. Consumo abusivo de alcohol.....	48
4.1.1.5. Características psicológicas.....	49
4.1.1.6. Otros factores.....	49
4.1.2. FACTORES ASOCIADOS A LA VICTIMIZACIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA.....	50
4.1.2.1. Exposición a la violencia doméstica en la familia de origen.....	50
4.1.2.2. Abuso de alcohol y otras sustancias.....	50
4.1.2.3. Características psicológicas.....	51
4.1.2.4. Características psicopatológicas.....	51
4.2. CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN DE PAREJA.....	52
4.3. FACTORES COMUNITARIOS Y SOCIOCULTURALES.....	52
4.4. RESUMEN.....	53
<b>5. MODELOS EXPLICATIVOS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA.....</b>	<b>55</b>
5.1. MODELOS EXPLICATIVOS DE LA ETIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA.....	56
5.1.1. MODELO INTERACTIVO DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA.....	56
5.1.2. MODELO PREDICTIVO DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA.....	58
5.1.3. MODELO DE LOS MECANISMOS PSICOLÓGICOS DE LA VIOLENCIA EN EL HOGAR.....	59
5.2. MODELOS EXPLICATIVOS DEL MANTENIMIENTO DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA.....	61
5.2.1. MODELO PSICOLÓGICO DE LA PERMANENCIA DE LA VÍCTIMA EN LA RELACIÓN VIOLENTA.....	62

5.2.2. MODELO AMBIENTAL DE LA PERMANENCIA DE LA VÍCTIMA EN LA RELACIÓN VIOLENTA.....	63
<b>5.3. RESUMEN.....</b>	<b>65</b>
<b>6. CONSECUENCIAS EN LA SALUD DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA.....</b>	<b>67</b>
<b>6.1. CONSECUENCIAS FÍSICAS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA.....</b>	<b>69</b>
<b>6.2. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA.....</b>	<b>70</b>
6.2.1. SÍNDROME DE LA MUJER MALTRATADA.....	71
6.2.2. DEPRESIÓN.....	73
6.2.3. TRASTORNOS DE ANSIEDAD.....	75
6.2.4. OTROS PROBLEMAS PSICOPATOLÓGICOS.....	75
6.2.4.1. Baja autoestima.....	75
6.2.4.2. Abuso o dependencia de sustancias.....	76
6.2.4.3. Suicidio o ideación suicida.....	77
6.2.4.4. Inadaptación.....	77
6.2.4.5. Distorsiones cognitivas.....	78
6.2.4.6. Déficit en solución de problemas.....	80
<b>6.3. RESUMEN.....</b>	<b>80</b>
<b>7. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA.....</b>	<b>81</b>
<b>7.1. RESUMEN.....</b>	<b>93</b>
<b><i>TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....</i></b>	<b>95</b>
<b>8. DEFINICIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT).....</b>	<b>97</b>
<b>8.1. DEFINICIÓN DEL TEPT SEGÚN EL MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES.....</b>	<b>97</b>
8.1.1. EVOLUCIÓN DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TEPT.....	99
<b>8.2. DEFINICIÓN DEL TEPT SEGÚN LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES MENTALES.....</b>	<b>101</b>
<b>8.3. COMPARACIÓN DEL DSM-IV-TR Y LA CIE-10.....</b>	<b>102</b>
<b>8.4. MODELOS FACTORIALES ESTRUCTURALES DEL TEPT.....</b>	<b>103</b>
<b>8.5. CARACTERIZACIÓN DEL TEPT EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA.....</b>	<b>109</b>
<b>8.6. RESUMEN.....</b>	<b>112</b>

<b>9. EPIDEMIOLOGÍA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....</b>	<b>115</b>
<b>9.1. PREVALENCIA DE EXPOSICIÓN A UN SUCESO TRAUMÁTICO.....</b>	<b>115</b>
<b>9.2. PREVALENCIA DEL TEPT.....</b>	<b>117</b>
9.2.1. PREVALENCIA DEL TEPT EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA.....	120
<b>9.3. RESUMEN.....</b>	<b>121</b>
<b>10. COMORBILIDAD Y CURSO DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....</b>	<b>123</b>
<b>10.1. COMORBILIDAD DEL TEPT.....</b>	<b>123</b>
10.1.1 COMORBILIDAD DEL TEPT EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA.....	124
<b>10.2. CURSO DEL TEPT.....</b>	<b>125</b>
<b>10.3. RESUMEN.....</b>	<b>126</b>
<b>11. FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DEL TEPT EN ADULTOS.....</b>	<b>127</b>
<b>11.1. FACTORES DE RIESGO DEL TEPT EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA.....</b>	<b>129</b>
<b>11.2. RESUMEN.....</b>	<b>132</b>
<b>12. MODELOS EXPLICATIVOS DEL TEPT.....</b>	<b>133</b>
<b>12.1. TEORÍA DEL APRENDIZAJE.....</b>	<b>133</b>
<b>12.2. MODELOS COGNITIVOS.....</b>	<b>134</b>
12.2.1. TEORÍA DEL PROCESAMIENTO EMOCIONAL.....	135
12.2.2. MODELO DE BRYANT Y HARVEY.....	136
12.2.3. TEORÍA DE LOS SISTEMAS REPRESENTACIONALES ESQUEMÁTICO, PROPOSICIONAL, ASOCIATIVO Y ANALÓGICO (SPAARS).....	137
12.2.4. MODELO COGNITIVO DEL TEPT DE EHLERS Y CLARK.....	140
12.2.5. TEORÍA DE LA REPRESENTACIÓN DUAL.....	143
<b>12.3. RESUMEN Y CONSIDERACIONES A LOS MODELOS.....</b>	<b>145</b>
<b>13. TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....</b>	<b>149</b>
<b>13.1. TRATAMIENTOS UNICOMPONENTE.....</b>	<b>151</b>
13.1.1. TERAPIA DE EXPOSICIÓN.....	151
13.1.2. TERAPIA COGNITIVA.....	158
13.1.3. ENTRENAMIENTO EN INOCULACIÓN DE ESTRÉS.....	160
13.1.4. TERAPIA DE REPROCESAMIENTO Y DESENSIBILIZACIÓN POR MOVIMIENTOS OCULARES.....	161

13.2. TRATAMIENTOS MULTICOMPONENTE.....	163
13.3. CONSIDERACIONES A LA TERAPIA PSICOLÓGICA.....	170
13.4. TERAPIA FARMACOLÓGICA.....	177
13.5. EFICACIA DIFERENCIAL DE LA TERAPIA PSICOLÓGICA VERSUS FARMACOLÓGICA.....	180
13.6. RESUMEN.....	181
<b>14. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DEL TEPT EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA.....</b>	<b>183</b>
<b>PARTE EMPÍRICA.....</b>	<b>189</b>
<b>15. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....</b>	<b>191</b>
15.1. INTRODUCCIÓN.....	191
15.2. OBJETIVOS.....	194
15.3. HIPÓTESIS.....	195
<b>16. MÉTODO.....</b>	<b>197</b>
16.1. DISEÑO.....	197
16.1.1. VARIABLES.....	197
16.1.1.1. Variable independiente.....	197
16.1.1.2. Variables dependientes.....	198
16.1.1.3. Variables extrañas o contaminadoras.....	198
16.2. PARTICIPANTES.....	199
16.3. MATERIAL E INSTRUMENTOS.....	201
16.3.1. ENTREVISTAS.....	201
16.3.2. INSTRUMENTOS DE AUTOINFORME.....	203
16.3.3. MATERIAL UTILIZADO DURANTE EL TRATAMIENTO.....	207
16.4. PROCEDIMIENTO.....	208
16.4.1. PRUEBA PILOTO.....	208
16.4.2. CAPTACIÓN DE PARTICIPANTES.....	208
16.4.3. EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO.....	209
16.4.4. TRATAMIENTO.....	210
16.4.5. EVALUACIÓN POSTRATAMIENTO.....	211
16.4.6. SEGUIMIENTO.....	212
16.5. ANÁLISIS DE DATOS.....	212

<b>17. RESULTADOS.....</b>	<b>217</b>
<b>17.1. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA.....</b>	<b>217</b>
17.1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	217
17.1.1.1. Edad.....	217
17.1.1.2. Nacionalidad.....	217
17.1.1.3. Estado civil.....	217
17.1.1.4. Número de hijos.....	218
17.1.1.5. Nivel socioeconómico.....	218
17.1.1.6. Nivel educacional.....	218
17.1.1.7. Ocupación.....	219
17.1.1.8. Historia psiquiátrica anterior.....	220
17.1.1.9. Red de apoyo social en la actualidad.....	220
17.1.1.10. Exposición a otras experiencias traumáticas.....	220
17.1.2. CIRCUNSTANCIAS E HISTORIA DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA.....	229
17.1.2.1. Situación de la mujer respecto al agresor.....	229
17.1.2.2. Tipo de maltrato.....	229
17.1.2.3. Comienzo del maltrato.....	230
17.1.2.4. Duración del maltrato.....	230
17.1.2.5. Último episodio de maltrato.....	230
17.1.2.6. Frecuencia del maltrato.....	231
17.1.2.7. Denuncias.....	231
17.1.2.8. Salidas del hogar.....	231
17.1.2.9. Asistencia médica por lesiones.....	232
17.1.2.10. Apoyo social y familiar durante el maltrato.....	233
17.1.2.11. Experiencias anteriores de malos tratos.....	233
17.1.2.12. Malos tratos en la actualidad a manos de un hijo.....	234
17.1.2.13. Violencia doméstica extendida a los hijos.....	234
17.1.2.14. Violencia doméstica en la familia de origen.....	234
17.1.2.15. Consecuencias físicas de la violencia.....	234
17.1.3. ESTUDIO DE LA HOMOGENEIDAD DE LOS GRUPOS EN LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CIRCUNSTANCIAS E HISTORIA DEL MALTRATO.....	249
17.1.3.1. Grupo de no tratamiento-grupo total de tratamiento.....	249
17.1.3.2. Grupo total de tratamiento: grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.....	250

17.1.4. VARIABLES DEPENDIENTES.....	251
17.1.4.1. Trastorno de estrés postraumático.....	251
17.1.4.2. Sintomatología concomitante.....	255
Inventario de Depresión de Beck.....	257
Inventario de Ansiedad de Beck.....	258
Escala de Autoestima.....	260
Escala de Inadaptación.....	261
Inventario de Cogniciones Postraumáticas.....	261
17.1.5. OTRAS VARIABLES.....	262
Consumo abusivo de alcohol y sustancias adictivas.....	262
Ideación suicida.....	262
Diagnóstico de otro trastorno de ansiedad.....	263
17.1.6. ESTUDIO DE LA HOMOGENEIDAD DE LOS GRUPOS EN LAS VARIABLES DEPENDIENTES.....	264
17.1.6.1. Grupo de no tratamiento-grupo total de tratamiento.....	264
17.1.6.2. Grupo total de tratamiento: grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.....	265
17.1.7. EXPECTATIVAS DE TRATAMIENTO.....	267
<b>17.2. EFICACIA DEL TRATAMIENTO.....</b>	<b>270</b>
17.2.1. PARTICIPACIÓN EN EL TRATAMIENTO.....	270
17.2.1.1. Adherencia al tratamiento.....	270
Características de la muestra que abandona el tratamiento.....	273
17.2.1.2. Asistencia a sesiones.....	275
17.2.1.3. Cumplimiento de tareas.....	277
17.2.2. SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO.....	279
17.2.3. VALORACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL PROGRAMA.....	280
17.2.4. EVALUACIÓN DE LAS PARTICIPANTES DEL CAMBIO PERCIBIDO.....	280
17.2.5. RESULTADOS DE LA EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN.....	284
17.2.5.1. Trastorno de estrés postraumático. Cambios pre-postratamiento.....	284
■ Puntuación total en la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT.....	284
• <i>Comparación grupo total de tratamiento-grupo de no tratamiento.....</i>	284
• <i>Grupo total de tratamiento: comparación grupo de mujeres             españolas, inmigrantes y mexicanas.....</i>	285
■ Puntuación en las subescalas: reexperimentación, evitación e hiperactivación.....	286
• <i>Comparación grupo total de tratamiento- grupo de no             tratamiento.....</i>	286
• <i>Grupo total de tratamiento: comparación grupo de mujeres             españolas, inmigrantes y mexicanas.....</i>	288
■ Tamaño del efecto y potencia estadística.....	291
■ Significación clínica.....	292
• <i>Presencia-ausencia de TEPT.....</i>	292

• <i>Grupos de síntomas</i> .....	295
17.2.5.2. Sintomatología concomitante: Cambios pre-postratamiento.....	297
• <i>Comparación grupo total de tratamiento-grupo de no tratamiento</i> .....	297
Inventario de Depresión de Beck.....	297
Inventario de Ansiedad de Beck.....	298
Escala de Autoestima.....	299
Escala de Inadaptación.....	300
Inventario de Cogniciones Postraumáticas.....	304
• <i>Grupo total de tratamiento: comparación grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas</i> .....	308
Inventario de Depresión de Beck.....	308
Inventario de Ansiedad de Beck.....	308
Escala de Autoestima.....	309
Escala de Inadaptación.....	310
Inventario de Cogniciones Postraumáticas.....	313
■ Tamaño del efecto y potencia estadística.....	318
■ Significación clínica.....	319
• <i>Diagnóstico de depresión según BDI</i> .....	319
• <i>Diagnóstico de ansiedad según BAI</i> .....	320
• <i>Diagnóstico de autoestima según Escala de Autoestima de Rosenberg</i> .....	321
• <i>Diagnóstico de inadaptación según Escala de Inadaptación</i> .....	322
17.2.5.3. Trastorno de estrés postraumático Cambios pretratamiento-seguimientos (1, 3, 6 y 12 meses).....	324
■ Puntuación total en la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT.....	324
• <i>Grupo total de tratamiento</i> .....	324
• <i>Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas</i> .....	325
■ Puntuación en las subescalas: reexperimentación, evitación e hiperactivación.....	327
• <i>Grupo total de tratamiento</i> .....	327
• <i>Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas</i> .....	328
■ Tamaño del efecto y potencia estadística.....	332
■ Significación clínica.....	332
• <i>Presencia-ausencia de TEPT</i> .....	332
• <i>Grupos de síntomas</i> .....	340
17.2.5.4. Sintomatología concomitante Cambios pretratamiento-seguimientos (1, 3, 6 y 12 meses).....	345
Inventario de Depresión de Beck.....	345
- Grupo total de tratamiento.....	345
- Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.....	346
- Significación clínica.....	348
Inventario de Ansiedad de Beck.....	350
- Grupo total de tratamiento.....	350
- Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.....	350
- Significación clínica.....	352
Escala de Autoestima de Rosenberg.....	353
- Grupo total de tratamiento.....	353
- Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.....	354
- Significación clínica.....	356

■ Tamaño del efecto y potencia estadística de los resultados en el BDI, BAI y Escala de Autoestima.....	357
Escala de Inadaptación.....	358
- Grupo total de tratamiento.....	358
- Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.....	362
- Significación clínica.....	372
Inventario de Cogniciones Postraumáticas.....	373
- Grupo total de tratamiento.....	373
- Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.....	376
■ Tamaño del efecto y potencia estadística de los resultados en la Escala de Inadaptación e Inventario de Cogniciones Postraumáticas.....	382
17.2.5.5. Características sociodemográficas y circunstancias de la violencia relacionadas con la puntuación total en la Escala del TEPT en el pre, postratamiento y seguimientos al mes, tres, seis y doce meses.....	383
<b>17.3. CONFIRMACIÓN DE HIPÓTESIS.....</b>	<b>387</b>
17.3.1. HIPÓTESIS I.....	387
17.3.2. HIPÓTESIS II.....	389
<b>18. DISCUSIÓN.....</b>	<b>397</b>
<b>18.1. PARTICIPANTES.....</b>	<b>397</b>
18.1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	397
18.1.2. CARACTERÍSTICAS E HISTORIA DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA.....	401
18.1.3. CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS.....	405
<b>18.2. TRATAMIENTO.....</b>	<b>411</b>
18.2.1. PARTICIPACIÓN EN EL TRATAMIENTO.....	411
18.2.2. EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN.....	413
18.2.3. COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN ENTRE EL GRUPO DE MUJERES ESPAÑOLAS, INMIGRANTES Y MEXICANAS.....	419
18.2.4. VALORACIÓN CUALITATIVA DE LAS PARTICIPANTES: SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO, COMPONENTES DEL PROGRAMA Y CAMBIO PERCIBIDO.....	422
<b>18.3. METODOLOGÍA.....</b>	<b>424</b>
<b>18.4. IMPRESIONES CLÍNICAS.....</b>	<b>426</b>
<b>18.5. DIRECTRICES FUTURAS.....</b>	<b>430</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>433</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>449</b>
<b>ANEXO I: PROTOCOLO DE EVALUACIÓN.....</b>	<b>451</b>
<b>ANEXO II: PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN.....</b>	<b>469</b>
MANUAL DE TRATAMIENTO.....	471
MATERIAL UTILIZADO DURANTE LAS SESIONES.....	497





## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 2.1.</b> Femicidios cometidos por parejas o exparejas en diversos países europeos durante el año 2000 (Instituto de la Mujer, 2006).....	22
<b>Tabla 2.2.</b> Número de denuncias recogidas en España desde 1984 a 2006. Cifras oficiales.....	25
<b>Tabla 6.1.</b> Consecuencias en la salud de la violencia doméstica. Informe Mundial sobre Violencia y Salud de la OMS (Krug et al., 2002).....	67
<b>Tabla 6.2.</b> Consecuencias en la salud de la violencia doméstica. Instituto de la Mujer (2000).....	68
<b>Tabla 7.1.</b> Resumen de las investigaciones sobre la eficacia de tratamientos para el TEPT en víctimas de violencia doméstica.....	90
<b>Tabla 8.1.</b> Criterios para el diagnóstico del trastorno de estrés postraumático (DSM-IV y DSM-IV-TR).....	98
<b>Tabla 8.2.</b> Criterios para el diagnóstico del trastorno de estrés postraumático según criterios DSM-III y DSM-III-R.....	100
<b>Tabla 8.3.</b> Criterios para el diagnóstico del trastorno de estrés postraumático (CIE-10).....	101
<b>Tabla 8.4.</b> Resultados de la frecuencia de síntomas de TEPT en mujeres víctimas de violencia doméstica (Echeburúa et al., 1998; Rincón et al., 2004).....	111
<b>Tabla 9.1.</b> Diferencias de género en prevalencia-vida de exposición a un trauma (Kessler et al., 1995).....	116
<b>Tabla 9.2.</b> Diferencias de género en prevalencia-vida de exposición a un trauma y riesgo de TEPT (Kessler et al., 1995).....	119
<b>Tabla 10.1.</b> Comorbilidad del TEPT (Kessler et al., 1995).....	123
<b>Tabla 11.1.</b> Factores de riesgo en el desarrollo del TEPT (Brewin, Andrews y Valentine, 2000).....	128
<b>Tabla 13.1.</b> Respuesta al tratamiento en participantes con TEPT (Cahill y Foa, 2004).....	169
<b>Tabla 13.2.</b> Resumen de estudios sobre la eficacia de las intervenciones en el tratamiento del TEPT.....	173
<b>Tabla 13.3.</b> Anomalías psicobiológicas asociadas posiblemente al TEPT (Friedman, Davidson, Mellman, Southwick, 2000).....	177
<b>Tabla 13.4.</b> Comparación de la eficacia de los tratamientos del TEPT (Van Etten y Taylor, 1998).....	180
<b>Tabla 16.1.</b> Criterios de inclusión y exclusión para el programa de tratamiento.....	200
<b>Tabla 16.2.</b> Componentes y técnicas del programa de tratamiento.....	210
<b>Tabla 16.3.</b> Resumen del programa de tratamiento.....	211
<b>Tabla 17.1.</b> Características sociodemográficas de la muestra total de participantes.....	221
<b>Tabla 17.2.</b> Características sociodemográficas de cada uno de los grupos y del grupo total de tratamiento.....	222
<b>Tabla 17.3.</b> Historia y circunstancias de la violencia. Muestra total.....	232
<b>Tabla 17.4.</b> Historia y circunstancias de la violencia en cada uno de los grupos y en el grupo total de tratamiento. ....	236
<b>Tabla 17.5.</b> Prueba Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ): grupo de no tratamiento-grupo total de tratamiento. Variables sociodemográficas y circunstancias e historia de la violencia.....	249
<b>Tabla 17.6.</b> ANOVA de un factor (F): grupo de no tratamiento-grupo total de tratamiento. Variables sociodemográficas y circunstancias e historia de la violencia.....	250
<b>Tabla 17.7.</b> Prueba Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) intergrupos: Mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas. Variables sociodemográficas y circunstancias e historia de la violencia.....	250
<b>Tabla 17.8.</b> ANOVA de un factor (F) intergrupos: Mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas. Variables sociodemográficas y circunstancias e historia de la violencia.....	251

<b>Tabla 17.9.</b> Medias y desviaciones típicas en la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático. Muestra total.....	251
<b>Tabla 17.10.</b> Medias y desviaciones típicas en la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático en cada uno de los grupos y en el grupo total de tratamiento.....	252
<b>Tabla 17.11.</b> Medias, desviaciones típicas y frecuencia (%) de los síntomas del trastorno de estrés postraumático en la muestra total de participantes.....	252
<b>Tabla 17.12.</b> Medias, desviaciones típicas y frecuencia (%) de los síntomas del trastorno de estrés postraumático en cada uno de los grupos.....	254
<b>Tabla 17.13.</b> Medias y desviaciones típicas en los instrumentos autoinforme en la muestra total de participantes.....	255
<b>Tabla 17.14.</b> Medias y desviaciones típicas en los instrumentos de autoinforme en cada uno de los grupos y en el grupo total de tratamiento.....	256
<b>Tabla 17.15.</b> ANOVAs de un factor (F) y prueba Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ): grupo de no tratamiento-grupo total de tratamiento. Variables dependientes: TEPT y sintomatología concomitante.....	265
<b>Tabla 17.16.</b> ANOVAs de un factor (F) y prueba Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) intergrupos: mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas. Variables dependientes: TEPT y sintomatología concomitante.....	266
<b>Tabla 17.17.</b> Expectativas de tratamiento en la muestra total de participantes.....	267
<b>Tabla 17.18.</b> Expectativas de tratamiento en el grupo de no tratamiento.....	268
<b>Tabla 17.19.</b> Expectativas de tratamiento en el grupo de mujeres españolas.....	268
<b>Tabla 17.20.</b> Expectativas de tratamiento en el grupo de mujeres inmigrantes.....	269
<b>Tabla 17.21.</b> Expectativas de tratamiento en el grupo de mujeres mexicanas.....	269
<b>Tabla 17.22.</b> Frecuencia de abandonos en el grupo total de tratamiento y en el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.....	270
<b>Tabla 17.23.</b> Motivo de abandono en el grupo total de tratamiento y en el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.....	271
<b>Tabla 17.24.</b> Chi-cuadrado( $\chi^2$ ) intergrupos. Adherencia al tratamiento.....	273
<b>Tabla 17.25.</b> Variables sociodemográficas. Muestra que abandona el tratamiento.....	273
<b>Tabla 17.26.</b> Características de la violencia. Muestra que abandona el tratamiento.....	273
<b>Tabla 17.27.</b> Variables psicopatológicas. Muestra que abandona el tratamiento.....	274
<b>Tabla 17.28.</b> Prueba Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) y ANOVA de un factor (F): Muestra que abandona el tratamiento-muestra que no abandona el tratamiento. Variables sociodemográficas y características de la violencia.....	274
<b>Tabla 17.29.</b> ANOVA de un factor (F): Muestra que abandona el tratamiento-muestra que no abandona el tratamiento: Variables psicopatológicas.....	275
<b>Tabla 17.30.</b> Frecuencia de asistencia a sesiones en el grupo total de tratamiento y en el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.....	275
<b>Tabla 17.31.</b> ANOVA de un factor (F) intergrupos: Mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas. Asistencia a sesiones.....	277
<b>Tabla 17.32.</b> Frecuencia en el cumplimiento de tareas en el grupo total de tratamiento y en el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.....	277
<b>Tabla 17.33.</b> ANOVAs de un factor (F) intergrupos: mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas. Cumplimiento de tareas.....	279
<b>Tabla 17.34.</b> Medias y desviaciones típicas del Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento en el grupo total y en el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.....	279
<b>Tabla 17.35.</b> ANOVA de un factor (F) intergrupos: mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas: Satisfacción con el tratamiento. Puntuación total.....	280
<b>Tabla 17.36.</b> Medias y desviaciones típicas de la Escala de Cambio Percibido para las sesiones 3-8, en el grupo total de tratamiento y en el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.....	281
<b>Tabla 17.37.</b> Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) intergrupos: Mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.	

	Cambio percibido.....	283
<b>Tabla 17.38.</b>	ANOVAs (tipo de grupo × tiempo pre-post) en cada una de las medidas de TEPT: Puntuación en la escala global, reexperimentación, evitación e hiperactivación.....	290
<b>Tabla 17.39.</b>	ANOVAs pre-post para el grupo de no tratamiento y grupo total de tratamiento en cada una de las medidas de TEPT: Puntuación en la escala global, reexperimentación, evitación e hiperactivación.....	291
<b>Tabla 17.40.</b>	ANCOVAs (nacionalidad × tiempo pre-post) en cada una de las medidas de TEPT: Puntuación en la escala global, reexperimentación, evitación e hiperactivación.....	291
<b>Tabla 17.41.</b>	ANOVAs pre-post para el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en cada una de las medidas de TEPT: Puntuación en la escala global, reexperimentación, evitación e hiperactivación.....	291
<b>Tabla 17.42.</b>	Distribución del grupo total de tratamiento y de cada uno de los grupos de mujeres según diagnóstico de TEPT al postratamiento. Muestra que completó el tratamiento.....	293
<b>Tabla 17.43.</b>	Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) intergrupos: mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas. Diagnóstico de TEPT al postratamiento. Muestra que completó el tratamiento....	294
<b>Tabla 17.44.</b>	Distribución de la muestra total y de la muestra de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas según diagnóstico de TEPT al postratamiento. Muestra que inició el tratamiento grupal.....	294
<b>Tabla 17.45.</b>	Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) intergrupos: mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas. Diagnóstico de TEPT al postratamiento. Muestra que inició el tratamiento.....	295
<b>Tabla 17.46.</b>	Distribución del grupo total de tratamiento y del grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas, según sintomatología de reexperimentación, evitación e hiperactivación al postratamiento.....	296
<b>Tabla 17.47.</b>	Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) intergrupos: mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas. Sintomatología de reexperimentación, evitación e hiperactivación al postratamiento.....	297
<b>Tabla 17.48.</b>	ANOVA (tipo de grupo × tiempo pre-post) en cada una de las medidas de sintomatología concomitante: Puntuación en BDI, BAI, Escala de Autoestima, Escala de Inadaptación e Inventario de Cogniciones Postraumáticas.....	306
<b>Tabla 17.49.</b>	ANOVA pre-post para el grupo de no tratamiento y grupo total de tratamiento en cada una de las medidas de sintomatología concomitante: Puntuación en BDI, BAI, Escala de Autoestima, Escala de Inadaptación e Inventario de Cogniciones Postraumáticas.....	307
<b>Tabla 17.50.</b>	ANCOVA (nacionalidad × tiempo pre-post) en cada una de las medidas de sintomatología concomitante: Puntuación en BDI, BAI, autoestima, inadaptación y cogniciones postraumáticas.....	317
<b>Tabla 17.51.</b>	ANOVA pre-post para el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en cada una de las medidas de sintomatología concomitante: Puntuación en BDI, BAI, autoestima, inadaptación y cogniciones postraumáticas.....	317
<b>Tabla 17.52.</b>	Distribución del grupo total de tratamiento y del grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas según diagnóstico de depresión en el BDI en el pre y postratamiento.....	319
<b>Tabla 17.53.</b>	Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) intergrupos: mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas. Diagnóstico de depresión según BDI al postratamiento.....	320
<b>Tabla 17.54.</b>	Distribución del grupo total y del grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas, según diagnóstico de ansiedad en el BAI en el pre y postratamiento.....	320
<b>Tabla 17.55.</b>	Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) intergrupos: mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas. Diagnóstico de ansiedad según BAI al postratamiento.....	321
<b>Tabla 17.56.</b>	Distribución del grupo total y del grupo de mujeres españolas, inmigrantes y	

	mexicanas según diagnóstico en la Escala de Autoestima en el pre y postratamiento.....	322
<b>Tabla 17.57.</b>	Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) intergrupos: mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas. Diagnóstico de autoestima al postratamiento.....	322
<b>Tabla 17.58.</b>	Distribución del grupo total y del grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas según diagnóstico en la Escala de Inadaptación en el pre y postratamiento.....	323
<b>Tabla 17.59.</b>	Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) intergrupos: mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas. Diagnóstico en la Escala de Inadaptación al postratamiento.....	323
<b>Tabla 17.60.</b>	ANOVAs pre-seg. al mes, 3, 6 y 12 meses para el grupo total de tratamiento en la puntuación total de la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT.....	324
<b>Tabla 17.61.</b>	ANOVAs pre-seg. al mes, 3, 6 y 12 meses para el grupo total de tratamiento en la puntuación en reexperimentación.....	327
<b>Tabla 17.62.</b>	ANOVAs pre-seg. al mes, 3, 6 y 12 meses para el grupo total de tratamiento en la puntuación en evitación.....	327
<b>Tabla 17.63.</b>	ANOVAs pre-seg. al mes, 3, 6 y 12 meses para el grupo total de tratamiento en la puntuación en hiperactivación.....	328
<b>Tabla 17.64.</b>	ANCOVAs (nacionalidad $\times$ tiempo pre-seg mes) en cada una de las medidas del TEPT: Puntuación en la escala global, reexperimentación, evitación e hiperactivación.....	329
<b>Tabla 17.65.</b>	ANOVAs pre-seg mes para el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en cada una de las medidas del TEPT: Puntuación en la escala global y en reexperimentación, evitación e hiperactivación.....	330
<b>Tabla 17.66.</b>	ANCOVAs (nacionalidad $\times$ tiempo pre-seg 3 meses) en cada una de las medidas del TEPT: Puntuación en la escala global y en reexperimentación, evitación e hiperactivación.....	330
<b>Tabla 17.67.</b>	ANOVAs pre-seg 3 meses para el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en cada una de las medidas del TEPT: Puntuación total y puntuación en reexperimentación, evitación e hiperactivación.....	330
<b>Tabla 17.68.</b>	ANCOVAs (nacionalidad $\times$ tiempo pre-seg 6 meses) en cada una de las medidas del TEPT: Puntuación en la escala global y en reexperimentación, evitación e hiperactivación.....	331
<b>Tabla 17.69.</b>	ANOVAs pre-seg 6 meses para el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en cada una de las medidas del TEPT: Puntuación en la escala global y en reexperimentación, evitación e hiperactivación.....	331
<b>Tabla 17.70.</b>	ANCOVAs (nacionalidad $\times$ tiempo pre-seg 12 meses) en cada una de las medidas del TEPT: Puntuación en la escala global, reexperimentación, evitación e hiperactivación.....	331
<b>Tabla 17.71.</b>	ANOVAs pre-seg 12 meses para el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en cada una de las medidas del TEPT: Puntuación en la escala global y en reexperimentación, evitación e hiperactivación.....	332
<b>Tabla 17.72.</b>	Distribución del grupo total y de cada uno de los grupos de mujeres según diagnóstico de TEPT en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses. Muestra que completó el tratamiento.....	335
<b>Tabla 17.73.</b>	Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) intergrupos: diagnóstico de TEPT en el seguimiento al mes, 3, 6 y 12 meses. Muestra que completó el tratamiento.....	336
<b>Tabla 17.74.</b>	Distribución de la muestra total y muestra de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas según diagnóstico de TEPT en el seguimiento al mes, 3, 6 y 12 meses. Muestra que inició el tratamiento grupal.....	339
<b>Tabla 17.75.</b>	Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) intergrupos: diagnóstico de TEPT en el seguimiento al mes, 3, 6 y 12 meses. Muestra que inició el tratamiento.....	339
<b>Tabla 17.76.</b>	Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) intergrupos: sintomatología de TEPT en el seguimiento al mes, 3, 6 y 12 meses. Muestra que completó el tratamiento.....	343
<b>Tabla 17.77.</b>	Distribución del grupo total y del grupo de mujeres españolas, inmigrantes y	

	mexicanas según diagnóstico de reexperimentación al postratamiento y seguimiento a 1 mes, 3, 6 y 12 meses.....	344
<b>Tabla 17.78.</b>	Distribución del grupo total y del grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas según diagnóstico de evitación al postratamiento y seguimiento al mes, 3, 6 y 12 meses.....	344
<b>Tabla 17.79.</b>	Distribución del grupo total y del grupo de de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas según diagnóstico de hiperactivación al postratamiento y seguimiento al mes, 3, 6 y 12 meses.....	345
<b>Tabla 17.80.</b>	ANOVAs pre- seg. al mes, 3, 6 y 12 meses para el grupo total de tratamiento en la puntuación en el Inventario de Depresión de Beck.....	346
<b>Tabla 17.81.</b>	ANCOVAs (nacionalidad × tiempo pre-seg. 1 mes, 3 meses, 6 meses y 12 meses) en la puntuación en el Inventario de Depresión de Beck.....	347
<b>Tabla 17.82.</b>	ANOVAs pre-seg al mes, 3 meses, 6 meses y 12 meses para el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en la puntuación en el Inventario de Depresión de Beck.....	347
<b>Tabla 17.83.</b>	Distribución de las participantes según diagnóstico de depresión en el BDI en el seguimiento al mes, 3, 6 y 12 meses en el grupo total y en cada uno de los grupos de mujeres.....	348
<b>Tabla 17.84.</b>	Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) intergrupos: diagnóstico de depresión según BDI.....	349
<b>Tabla 17.85.</b>	ANOVAs pre- seg. al mes, 3, 6 y 12 meses para el grupo total de tratamiento en la puntuación en el Inventario de Ansiedad de Beck. ....	350
<b>Tabla 17.86.</b>	ANCOVAs (nacionalidad × tiempo pre-seg. 1 mes, 3 meses, 6 meses y 12 meses) en la puntuación en el Inventario de Ansiedad de Beck.....	351
<b>Tabla 17.87.</b>	ANOVAs pre-seg al mes, 3 meses, 6 meses y 12 meses para el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en la puntuación en el Inventario de Ansiedad de Beck.....	351
<b>Tabla 17.88.</b>	Distribución de las participantes según diagnóstico de ansiedad en el BAI en el seguimiento al mes, 3, 6 y 12 meses en el grupo total y en cada uno de los grupos de mujeres.....	352
<b>Tabla 17.89.</b>	Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) intergrupos: diagnóstico de ansiedad según BAI.....	353
<b>Tabla 17.90.</b>	ANOVAs pre- seg. al mes, 3, 6 y 12 meses para el grupo total de tratamiento en la puntuación en la Escala de Autoestima.....	354
<b>Tabla 17.91.</b>	ANCOVAs (nacionalidad × tiempo pre-seg. 1 mes, 3 meses, 6 meses y 12 meses) en la puntuación en la Escala de Autoestima.....	355
<b>Tabla 17.92.</b>	ANOVAs pre-seg mes, 3meses, 6 meses y 12 meses para el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en la puntuación en la Escala de Autoestima.....	355
<b>Tabla 17.93.</b>	Distribución de las participantes según diagnóstico en la Escala de Autoestima en el seguimiento al mes, 3, 6 y 12 meses en el grupo total y en cada uno de los grupos de mujeres.....	357
<b>Tabla 17.94.</b>	Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) intergrupos: diagnóstico en la Escala de Autoestima.....	357
<b>Tabla 17.95.</b>	ANOVAs pre- seg. al mes, 3, 6 y 12 meses para el grupo total de tratamiento en las subescalas de la Escala de Inadaptación.....	362
<b>Tabla 17.96.</b>	ANCOVAs (nacionalidad × tiempo pre-seg. 1 mes) en las subescalas de la Escala de Inadaptación. ....	368
<b>Tabla 17.97.</b>	ANOVAs pre-seg mes para el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en las subescalas de la Escala de Inadaptación.....	368
<b>Tabla 17.98.</b>	ANCOVAs (nacionalidad × tiempo pre-seg. 3 meses) en las subescalas de la Escala de Inadaptación. ....	369
<b>Tabla 17.99.</b>	ANOVAs pre-seg 3 meses para el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en las subescalas de la Escala de Inadaptación.....	369
<b>Tabla 17.100.</b>	ANCOVAs (nacionalidad × tiempo pre-seg. 6 meses) en las subescalas de la Escala de Inadaptación.....	370
<b>Tabla 17.101.</b>	ANOVAs pre-seg 6 meses para el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y	

	mexicanas en las subescalas de la Escala de Inadaptación.....	370
<b>Tabla 17.102.</b>	ANCOVAs (nacionalidad × tiempo pre-seg. 12 meses) en las subescalas de la Escala de Inadaptación.....	371
<b>Tabla 17.103.</b>	ANOVAs pre-seg 12 meses para el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en las subescalas de la Escala de Inadaptación.....	371
<b>Tabla 17.104.</b>	Distribución de las participantes según diagnóstico en la Escala de Inadaptación en el seguimiento al mes, 3, 6 y 12 meses en el grupo total de tratamiento y en cada uno de los grupos de mujeres.....	372
<b>Tabla 17.105.</b>	Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) intergrupos: diagnóstico en la Escala de Inadaptación.....	373
<b>Tabla 17.106.</b>	ANOVAs pre-seg. al mes, 3, 6 y 12 meses para el grupo total de tratamiento en las subescalas del Inventario de Cogniciones Postraumáticas.....	376
<b>Tabla 17.107.</b>	ANCOVAs (nacionalidad × tiempo pre-seg. 1 mes) en las subescalas del Inventario de Cogniciones Postraumáticas.....	380
<b>Tabla 17.108.</b>	ANOVAs pre-seg mes para el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en las subescalas del Inventario de Cogniciones Postraumáticas.....	380
<b>Tabla 17.109.</b>	ANCOVAs (nacionalidad × tiempo pre-seg. 3 meses) en las subescalas del Inventario de Cogniciones Postraumáticas.....	380
<b>Tabla 17.110.</b>	ANOVAs pre-seg 3 meses para el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en las subescalas del Inventario de Cogniciones Postraumáticas.....	381
<b>Tabla 17.111.</b>	ANCOVAs (nacionalidad × tiempo pre-seg. 6 meses) en las subescalas del Inventario de Cogniciones Postraumáticas.....	381
<b>Tabla 17.112.</b>	ANOVAs pre-seg 6 meses para el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en las subescalas del Inventario de Cogniciones Postraumáticas.....	381
<b>Tabla 17.113.</b>	ANCOVAs (nacionalidad × tiempo pre-seg. 12 meses) en las subescalas del Inventario de Cogniciones Postraumáticas.....	382
<b>Tabla 17.114.</b>	ANOVAs pre-seg 12 meses para el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en las subescalas del Inventario de Cogniciones Postraumáticas.....	382
<b>Tabla 17.115.</b>	Puntuación en la Escala Global del TEPT en el pre, postratamiento y seguimientos y características sociodemográficas y de historia de la violencia doméstica más relevantes.....	384
<b>Tabla 17.116.</b>	Porcentaje de mujeres en cada una de las categorías de las variables de la historia y circunstancias de la violencia que cumple criterios de TEPT y que se recupera del trastorno al postratamiento.....	385
<b>Tabla 17.117.</b>	Porcentaje de mujeres en cada una de las categorías de las variables de la historia y circunstancias de la violencia que cumple criterios de TEPT y que se recupera del trastorno en el seguimiento al año.....	385
<b>Tabla 17.118.</b>	Características e historia de la violencia de las mujeres que cumplen criterios de TEPT y que se recuperan al postratamiento.....	386
<b>Tabla 17.119.</b>	Características e historia de la violencia de las mujeres que cumplen criterios de TEPT y que se recuperan en el seguimiento al año .....	386
<b>Tabla 17.120.</b>	Prueba Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) y Anova de un factor (F): porcentaje de mujeres con y sin TEPT al postratamiento.....	387
<b>Tabla 17.121.</b>	Prueba Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) y Anova de un factor (F): porcentaje de mujeres con y sin TEPT en el seguimiento al año.....	387
<b>Tabla 17.122.</b>	Contraste de hipótesis. Características e historia de la violencia.....	389
<b>Tabla 17.123.</b>	Contraste de hipótesis. Sintomatología postraumática y sintomatología concomitante en el pretratamiento.....	390
<b>Tabla 17.124.</b>	Contraste de hipótesis. Sintomatología postraumática al postratamiento y en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses.....	392
<b>Tabla 17.125.</b>	Contraste de hipótesis. Sintomatología concomitante al postratamiento y en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses.....	393

# ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.1.</b> Tipología de la violencia doméstica (Sarasúa y Zubizarreta, 2000).....	10
<b>Figura 2.1.</b> Evolución del número de denuncias por violencia doméstica desde 2001 hasta 2006. Datos oficiales.....	26
<b>Figura 2.2.</b> Mujeres muertas por violencia doméstica desde 1999 hasta 2006. Datos oficiales.....	28
<b>Figura 2.3.</b> Mujeres muertas por violencia doméstica desde 1999 hasta 2006. Datos de la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas.....	29
<b>Figura 2.4.</b> Tasa de prevalencia actual de violencia física, sexual, psicológica y económica. Resultados de la ENVIM y ENDIREH.....	31
<b>Figura 5.1.</b> Modelo Interactivo de la Violencia Doméstica (Stith y Rosen, 1992).....	56
<b>Figura 5.2.</b> Modelo Predictivo de la Violencia Doméstica (Stith y Farley, 1993).....	58
<b>Figura 5.3.</b> Modelo de los Mecanismos Psicológicos de la Violencia en el Hogar (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998).....	60
<b>Figura 5.4.</b> Modelo Psicológico de la permanencia o abandono de la relación violenta (Foa et al., 2000).....	62
<b>Figura 5.5.</b> Modelo Ambiental de la permanencia o abandono de la relación violenta (Foa et al., 2000).....	64
<b>Figura 8.1.</b> Modelo jerárquico de dos factores de Taylor et al. (1998).....	104
<b>Figura 8.2.</b> Modelo de cuatro factores intercorrelacionados de King et al. (1998).....	105
<b>Figura 8.3.</b> Modelo jerárquico de cuatro factores de Asmundson et al. (2000).....	106
<b>Figura 12.1.</b> Modelo de Bryant y Harvey (2000).....	136
<b>Figura 12.2.</b> Arquitectura básica de la Teoría SPAARS (Dalglish, 1999).....	138
<b>Figura 12.3.</b> Modelo cognitivo del TEPT de Ehler y Clark (2000).....	142
<b>Figura 12.4.</b> Teoría de la Representación Dual de Brewin et al. (1996).....	144
<b>Figura 16.1.</b> Participación de las mujeres en el estudio.....	200
<b>Figura 17.1.</b> Distribución de la muestra total de mujeres. Edad.....	223
<b>Figura 17.2.</b> Distribución de la muestra total de mujeres. Nacionalidad.....	223
<b>Figura 17.3.</b> Distribución de la muestra total de mujeres. Estado civil.....	223
<b>Figura 17.4.</b> Distribución de la muestra total de mujeres. Número de hijos.....	223
<b>Figura 17.5.</b> Distribución de la muestra total de mujeres. Clase social.....	223
<b>Figura 17.6.</b> Distribución de la muestra total de mujeres. Nivel educacional.....	223
<b>Figura 17.7.</b> Distribución de la muestra total de mujeres. Ocupación.....	223
<b>Figura 17.8.</b> Distribución de la muestra total de mujeres. Hª. psiquiátrica.....	223
<b>Figura 17.9.</b> Distribución de la muestra total de mujeres. Red de apoyo social.....	224
<b>Figura 17.10.</b> Distribución de la muestra total de mujeres. Exposición a otras experiencias traumáticas.....	224
<b>Figura 17.11.</b> Distribución del grupo de no tratamiento. Edad.....	224
<b>Figura 17.12.</b> Distribución del grupo de no tratamiento. Estado civil.....	224
<b>Figura 17.13.</b> Distribución del grupo de no tratamiento. Número de hijos.....	224
<b>Figura 17.14.</b> Distribución del grupo de no tratamiento. Clase social.....	224
<b>Figura 17.15.</b> Distribución del grupo de no tratamiento. Nivel educacional.....	224
<b>Figura 17.16.</b> Distribución del grupo de no tratamiento. Ocupación.....	224
<b>Figura 17.17.</b> Distribución del grupo de no tratamiento. Hª. psiquiátrica.....	225
<b>Figura 17.18.</b> Distribución del grupo de no tratamiento. Red de apoyo social.....	225
<b>Figura 17.19.</b> Distribución del grupo de no tratamiento. Exposición a otras experiencias traumáticas.....	225
<b>Figura 17.20.</b> Distribución del grupo de mujeres españolas. Edad.....	225
<b>Figura 17.21.</b> Distribución del grupo de mujeres españolas. Estado civil.....	225
<b>Figura 17.22.</b> Distribución del grupo de mujeres españolas. Número de hijos.....	225
<b>Figura 17.23.</b> Distribución del grupo de mujeres españolas. Clase social.....	225
<b>Figura 17.24.</b> Distribución del grupo de mujeres españolas. Nivel educacional.....	226
<b>Figura 17.25.</b> Distribución del grupo de mujeres españolas. Ocupación.....	226



<b>Figura 17.26.</b> Distribución del grupo de mujeres españolas. H <sup>a</sup> . psiquiátrica.....	226
<b>Figura 17.27.</b> Distribución del grupo de mujeres españolas. Red de apoyo social.....	226
<b>Figura 17.28.</b> Distribución del grupo de mujeres españolas. Exposición a otras experiencias traumáticas.....	226
<b>Figura 17.29.</b> Distribución del grupo de mujeres inmigrantes. Edad.....	226
<b>Figura 17.30.</b> Distribución del grupo de mujeres inmigrantes. Estado civil.....	226
<b>Figura 17.31.</b> Distribución del grupo de mujeres inmigrantes. Número de hijos.....	227
<b>Figura 17.32.</b> Distribución del grupo de mujeres inmigrantes. Clase social.....	227
<b>Figura 17.33.</b> Distribución del grupo de mujeres inmigrantes. Nivel educacional.....	227
<b>Figura 17.34.</b> Distribución del grupo de mujeres inmigrantes. Ocupación.....	227
<b>Figura 17.35.</b> Distribución del grupo de mujeres inmigrantes. H <sup>a</sup> . psiquiátrica.....	227
<b>Figura 17.36.</b> Distribución del grupo de mujeres inmigrantes. Red de apoyo social.....	227
<b>Figura 17.37.</b> Distribución del grupo de mujeres inmigrantes. Exposición a otras experiencias traumáticas.....	227
<b>Figura 17.38.</b> Distribución del grupo de mujeres mexicanas. Edad.....	228
<b>Figura 17.39.</b> Distribución del grupo de mujeres mexicanas. Estado civil.....	228
<b>Figura 17.40.</b> Distribución del grupo de mujeres mexicanas. Número de hijos.....	228
<b>Figura 17.41.</b> Distribución del grupo de mujeres mexicanas. Clase social.....	228
<b>Figura 17.42.</b> Distribución del grupo de mujeres mexicanas. Nivel educacional.....	228
<b>Figura 17.43.</b> Distribución del grupo de mujeres mexicanas. Ocupación.....	228
<b>Figura 17.44.</b> Distribución del grupo de mujeres mexicanas. H <sup>a</sup> . psiquiátrica.....	228
<b>Figura 17.45.</b> Distribución del grupo de mujeres mexicanas. Red de apoyo social.....	228
<b>Figura 17.46.</b> Distribución del grupo de mujeres mexicanas. Exposición a otras experiencias traumáticas.....	229
<b>Figura 17.47.</b> Distribución de la muestra total de mujeres. Convivencia con el agresor.....	238
<b>Figura 17.48.</b> Distribución de la muestra total de mujeres. Dependencia económica del agresor.....	238
<b>Figura 17.49.</b> Distribución de la muestra total de mujeres. Tipo de maltrato.....	238
<b>Figura 17.50.</b> Distribución de la muestra total de mujeres. Comienzo del maltrato.....	238
<b>Figura 17.51.</b> Distribución de la muestra total de mujeres. Duración en años del maltrato.....	238
<b>Figura 17.52.</b> Distribución de la muestra total de mujeres. Último episodio de maltrato.....	238
<b>Figura 17.53.</b> Distribución de la muestra total de mujeres. Frecuencia del maltrato.....	238
<b>Figura 17.54.</b> Distribución de la muestra total de mujeres. Denuncias.....	238
<b>Figura 17.55.</b> Distribución de la muestra total de mujeres. Salidas del hogar.....	239
<b>Figura 17.56.</b> Distribución de la muestra total de mujeres. Asistencia médica por lesiones.....	239
<b>Figura 17.57.</b> Distribución de la muestra total de mujeres. Apoyo social durante el maltrato.....	239
<b>Figura 17.58.</b> Distribución de la muestra total de mujeres. Apoyo familiar durante el maltrato.....	239
<b>Figura 17.59.</b> Distribución de la muestra total de mujeres. Maltrato anterior.....	239
<b>Figura 17.60.</b> Distribución de la muestra total de mujeres. Malos tratos a manos de un hijo en la actualidad.....	239
<b>Figura 17.61.</b> Distribución de la muestra total de mujeres. Maltrato extendido a los hijos.....	239
<b>Figura 17.62.</b> Distribución de la muestra total de mujeres. Maltrato en la familia de origen....	239
<b>Figura 17.63.</b> Distribución de la muestra total de mujeres. Enfermedades físicas.....	240
<b>Figura 17.64.</b> Distribución del grupo de no tratamiento. Convivencia con el agresor.....	240
<b>Figura 17.65.</b> Distribución del grupo de no tratamiento. Dependencia económica del agresor.....	240
<b>Figura 17.66.</b> Distribución del grupo de no tratamiento. Tipo de maltrato.....	240
<b>Figura 17.67.</b> Distribución del grupo de no tratamiento. Comienzo del maltrato.....	240
<b>Figura 17.68.</b> Distribución del grupo de no tratamiento. Duración en años del maltrato.....	240
<b>Figura 17.69.</b> Distribución del grupo de no tratamiento. Último episodio de maltrato.....	240
<b>Figura 17.70.</b> Distribución del grupo de no tratamiento. Frecuencia del maltrato.....	241
<b>Figura 17.71.</b> Distribución del grupo de no tratamiento. Denuncias.....	241
<b>Figura 17.72.</b> Distribución del grupo de no tratamiento. Salidas del hogar.....	241

<b>Figura 17.73.</b> Distribución del grupo de no tratamiento. Asistencia médica por lesiones.....	241
<b>Figura 17.74.</b> Distribución del grupo de no tratamiento. Apoyo social durante el maltrato.....	241
<b>Figura 17.75.</b> Distribución del grupo de no tratamiento. Apoyo familiar durante el maltrato.....	241
<b>Figura 17.76.</b> Distribución del grupo de no tratamiento. Maltrato anterior.....	241
<b>Figura 17.77.</b> Distribución del grupo de no tratamiento. Malos tratos a manos de un hijo en la actualidad.....	241
<b>Figura 17.78.</b> Distribución del grupo de no tratamiento. Maltrato extendido a los hijos.....	242
<b>Figura 17.79.</b> Distribución del grupo de no tratamiento. Maltrato en la familia de origen.....	242
<b>Figura 17.80.</b> Distribución del grupo de no tratamiento. Enfermedades físicas.....	242
<b>Figura 17.81.</b> Distribución del grupo de mujeres españolas. Convivencia con el agresor.....	242
<b>Figura 17.82.</b> Distribución del grupo de mujeres españolas. Dependencia económica del agresor.....	242
<b>Figura 17.83.</b> Distribución del grupo de mujeres españolas. Tipo de maltrato.....	242
<b>Figura 17.84.</b> Distribución del grupo de mujeres españolas. Comienzo de maltrato.....	242
<b>Figura 17.85.</b> Distribución del grupo de mujeres españolas. Duración en años del maltrato.....	243
<b>Figura 17.86.</b> Distribución del grupo de mujeres españolas. Último episodio de maltrato.....	243
<b>Figura 17.87.</b> Distribución del grupo de mujeres españolas. Frecuencia del maltrato.....	243
<b>Figura 17.88.</b> Distribución del grupo de mujeres españolas. Denuncias.....	243
<b>Figura 17.89.</b> Distribución del grupo de mujeres españolas. Salidas del hogar.....	243
<b>Figura 17.90.</b> Distribución del grupo de mujeres españolas. Asistencia médica por lesiones...	243
<b>Figura 17.91.</b> Distribución del grupo de mujeres españolas. Apoyo social durante el maltrato.....	243
<b>Figura 17.92.</b> Distribución del grupo de mujeres españolas. Apoyo familiar durante el maltrato.....	243
<b>Figura 17.93.</b> Distribución del grupo de mujeres españolas. Maltrato anterior.....	244
<b>Figura 17.94.</b> Distribución del grupo de mujeres españolas. Malos tratos a manos de un hijo en la actualidad.....	244
<b>Figura 17.95.</b> Distribución del grupo de mujeres españolas. Maltrato extendido a los hijos.....	244
<b>Figura 17.96.</b> Distribución del grupo de mujeres españolas. Maltrato en la familia de origen..	244
<b>Figura 17.97.</b> Distribución del grupo de mujeres españolas. Enfermedades físicas.....	244
<b>Figura 17.98.</b> Distribución del grupo de mujeres inmigrantes. Convivencia con el agresor.....	244
<b>Figura 17.99.</b> Distribución del grupo de mujeres inmigrantes. Dependencia económica del agresor.....	244
<b>Figura 17.100.</b> Distribución del grupo de mujeres inmigrantes. Tipo de maltrato.....	245
<b>Figura 17.101.</b> Distribución del grupo de mujeres inmigrantes. Comienzo del maltrato.....	245
<b>Figura 17.102.</b> Distribución del grupo de mujeres inmigrantes. Duración en años del maltrato.....	245
<b>Figura 17.103.</b> Distribución del grupo de mujeres inmigrantes. Último episodio de maltrato.....	245
<b>Figura 17.104.</b> Distribución del grupo de mujeres inmigrantes. Frecuencia del maltrato.....	245
<b>Figura 17.105.</b> Distribución del grupo de mujeres inmigrantes. Denuncias.....	245
<b>Figura 17.106.</b> Distribución del grupo de mujeres inmigrantes. Salidas del hogar.....	245
<b>Figura 17.107.</b> Distribución del grupo de mujeres inmigrantes. Asistencia médica por lesiones.....	245
<b>Figura 17.108.</b> Distribución del grupo de mujeres inmigrantes. Apoyo social durante el maltrato.....	246
<b>Figura 17.109.</b> Distribución del grupo de mujeres inmigrantes. Apoyo familiar durante el maltrato.....	246
<b>Figura 17.110.</b> Distribución del grupo de mujeres inmigrantes Maltrato anterior.....	246
<b>Figura 17.111.</b> Distribución del grupo de mujeres inmigrantes. Malos tratos a manos de un hijo en la actualidad.....	246
<b>Figura 17.112.</b> Distribución del grupo de mujeres inmigrantes. Maltrato extendido a los hijos.....	246

<b>Figura 17.113.</b> Distribución del grupo de mujeres inmigrantes. Maltrato en la familia de origen.....	246
<b>Figura 17.114.</b> Distribución del grupo de mujeres inmigrantes. Enfermedades físicas.....	246
<b>Figura 17.115.</b> Distribución del grupo de mujeres mexicanas. Convivencia con el agresor.....	247
<b>Figura 17.116.</b> Distribución del grupo de mujeres mexicanas. Dependencia económica del agresor.....	247
<b>Figura 17.117.</b> Distribución del grupo de mujeres mexicanas. Tipo de maltrato.....	247
<b>Figura 17.118.</b> Distribución del grupo de mujeres mexicanas. Comienzo del maltrato.....	247
<b>Figura 17.119.</b> Distribución del grupo de mujeres mexicanas. Duración en años del maltrato.....	247
<b>Figura 17.120.</b> Distribución del grupo de mujeres mexicanas. Último episodio de maltrato.....	247
<b>Figura 17.121.</b> Distribución del grupo de mujeres mexicanas. Frecuencia del maltrato.....	247
<b>Figura 17.122.</b> Distribución del grupo de mujeres mexicanas. Denuncias.....	247
<b>Figura 17.123.</b> Distribución del grupo de mujeres mexicanas. Salidas del hogar.....	248
<b>Figura 17.124.</b> Distribución del grupo de mujeres mexicanas. Asistencia médica por lesiones.....	248
<b>Figura 17.125.</b> Distribución del grupo de mujeres mexicanas. Apoyo social durante el maltrato.....	248
<b>Figura 17.126.</b> Distribución del grupo de mujeres mexicanas. Apoyo familiar durante el maltrato.....	248
<b>Figura 17.127.</b> Distribución del grupo de mujeres mexicanas. Maltrato anterior.....	248
<b>Figura 17.128.</b> Distribución del grupo de mujeres mexicanas. Malos tratos a manos de un hijo en la actualidad.....	248
<b>Figura 17.129.</b> Distribución del grupo de mujeres mexicanas. Maltrato extendido a los hijos....	248
<b>Figura 17.130.</b> Distribución del grupo de mujeres mexicanas. Maltrato en la familia de origen.....	248
<b>Figura 17.131.</b> Distribución del grupo de mujeres mexicanas. Enfermedades físicas.....	249
<b>Figura 17.132.</b> Distribución de la muestra total de mujeres según puntuación en el BDI.....	257
<b>Figura 17.133.</b> Distribución del grupo de no tratamiento según puntuación en el BDI.....	258
<b>Figura 17.134.</b> Distribución de las mujeres españolas según puntuación en el BDI.....	258
<b>Figura 17.135.</b> Distribución de las mujeres inmigrantes según puntuación en el BDI.....	258
<b>Figura 17.136.</b> Distribución de las mujeres mexicanas, según puntuación en el BDI.....	258
<b>Figura 17.137.</b> Distribución de la muestra total de mujeres según puntuación en el BAI.....	259
<b>Figura 17.138.</b> Distribución del grupo de no tratamiento según puntuación en el BAI.....	259
<b>Figura 17.139.</b> Distribución de las mujeres españolas según puntuación en el BAI.....	259
<b>Figura 17.140.</b> Distribución de las mujeres inmigrantes según puntuación en el BAI.....	259
<b>Figura 17.141.</b> Distribución de las mujeres mexicanas según puntuación en el BAI.....	259
<b>Figura 17.142.</b> Diagnóstico en la Escala de Autoestima en la muestra total de participantes....	260
<b>Figura 17.143.</b> Diagnóstico en la Escala de Autoestima en el grupo de no tratamiento y en el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.....	260
<b>Figura 17.144.</b> Porcentaje de mujeres en la muestra totalidad de participantes con otro trastorno de ansiedad.....	263
<b>Figura 17.145.</b> Porcentaje de mujeres en el grupo de no tratamiento con otro trastorno de ansiedad.....	264
<b>Figura 17.146.</b> Porcentaje de mujeres españolas con otro trastorno de ansiedad.....	264
<b>Figura 17.147.</b> Porcentaje de mujeres inmigrantes con otro trastorno de ansiedad.....	264
<b>Figura 17.148.</b> Porcentaje de mujeres mexicanas con otro trastorno de ansiedad.....	264
<b>Figura 17.149.</b> Distribución de la muestra total: expectativas de tratamiento.....	267
<b>Figura 17.150.</b> Distribución del grupo de no tratamiento: expectativas de tratamiento.....	268
<b>Figura 17.151.</b> Distribución del grupo de mujeres españolas: expectativas de tratamiento.....	268
<b>Figura 17.152.</b> Distribución del grupo de mujeres inmigrantes: expectativas de tratamiento....	269
<b>Figura 17.153.</b> Distribución del grupo de mujeres mexicanas: expectativas de tratamiento.....	269
<b>Figura 17.154.</b> Adherencia al tratamiento.....	271
<b>Figura 17.155.</b> Distribución del grupo total de tratamiento: adherencia al tratamiento.....	272
<b>Figura 17.156.</b> Distribución de las mujeres españolas: adherencia al tratamiento.....	272

<b>Figura 17.157.</b> Distribución de las mujeres inmigrantes: adherencia al tratamiento.....	272
<b>Figura 17.158.</b> Distribución de las mujeres mexicanas: adherencia al tratamiento.....	272
<b>Figura 17.159.</b> Distribución del grupo total de tratamiento: asistencia a sesiones.....	276
<b>Figura 17.160.</b> Distribución de las mujeres españolas: asistencia a sesiones.....	276
<b>Figura 17.161.</b> Distribución de las mujeres inmigrantes: asistencia a sesiones.....	276
<b>Figura 17.162.</b> Distribución de las mujeres mexicanas: asistencia a sesiones.....	276
<b>Figura 17.163.</b> Distribución del grupo total de tratamiento: cumplimiento de tareas.....	278
<b>Figura 17.164.</b> Distribución de las mujeres españolas: cumplimiento de tareas.....	278
<b>Figura 17.165.</b> Distribución de las mujeres inmigrantes: cumplimiento de tareas.....	278
<b>Figura 17.166.</b> Distribución de las mujeres mexicanas: cumplimiento de tareas.....	278
<b>Figura 17.167.</b> Valoración de las participantes de los componentes del programa.....	280
<b>Figura 17.168.</b> Cambio percibido sesión a sesión por el grupo total de tratamiento.....	281
<b>Figura 17.169.</b> Cambio percibido sesión a sesión por las participantes españolas, inmigrantes y mexicanas.....	282
<b>Figura 17.170.</b> Efecto de la interacción tipo de grupo*tiempo (pre-post). Puntuación total en la escala global de TEPT: medias y desviaciones típicas.....	284
<b>Figura 17.171.</b> Efecto de la interacción nacionalidad* tiempo (pre-post). Puntuación total en la escala global de TEPT: medias marginales estimadas y desviaciones típicas.....	286
<b>Figura 17.172.</b> Efecto de la interacción tipo de grupo*tiempo (pre-post). Puntuación en reexperimentación: medias y desviaciones típicas.....	286
<b>Figura 17.173.</b> Efecto de la interacción tipo de grupo*tiempo (pre-post). Puntuación en evitación: medias y desviaciones típicas.....	287
<b>Figura 17.174.</b> Efecto de la interacción tipo de grupo*tiempo (pre-post). Puntuación en hiperactivación: medias y desviaciones típicas.....	288
<b>Figura 17.175.</b> Comparación pre-post intergrupos. Puntuación subescala de reexperimentación medias marginales estimadas y desviaciones típicas.....	290
<b>Figura 17.176.</b> Comparación pre-post intergrupos. Puntuación subescala de evitación: medias marginales estimadas y desviaciones típicas.....	290
<b>Figura 17.177.</b> Efecto de la interacción nacionalidad*tiempo (pre-post). Puntuación subescala de hiperactivación: medias marginales estimadas y desviaciones típicas.....	290
<b>Figura 17.178.</b> Distribución del grupo total de tratamiento según diagnóstico de TEPT al postratamiento. Muestra que completó el tratamiento.....	293
<b>Figura 17.179.</b> Distribución del grupo de mujeres españolas según diagnóstico de TEPT al postratamiento. Muestra que completó el tratamiento.....	293
<b>Figura 17.180.</b> Distribución del grupo de mujeres inmigrantes según diagnóstico de TEPT al postratamiento. Muestra que completó el tratamiento.....	293
<b>Figura 17.181.</b> Distribución del grupo de mujeres mexicanas según diagnóstico de TEPT al postratamiento. Muestra que completó el tratamiento.....	293
<b>Figura 17.182.</b> Distribución del grupo total de tratamiento según diagnóstico de TEPT al postratamiento. Muestra que inició el tratamiento.....	294
<b>Figura 17.183.</b> Distribución del grupo de mujeres españolas según diagnóstico de TEPT al postratamiento. Muestra que inició el tratamiento.....	294
<b>Figura 17.184.</b> Distribución del grupo de mujeres inmigrantes según diagnóstico de TEPT al postratamiento. Muestra que inició el tratamiento.....	295
<b>Figura 17.185.</b> Distribución del grupo de mujeres mexicanas según diagnóstico de TEPT al postratamiento. Muestra que inició el tratamiento.....	295
<b>Figura 17.186.</b> Síntomas de reexperimentación en el grupo total de tratamiento y en cada grupo de mujeres en el postratamiento.....	296
<b>Figura 17.187.</b> Síntomas de evitación en el grupo total de tratamiento y en cada grupo de mujeres en el postratamiento.....	296
<b>Figura 17.188.</b> Síntomas de hiperactivación en el grupo total de tratamiento y en cada grupo de mujeres en el postratamiento.....	296
<b>Figura 17.189.</b> Efecto de la interacción tipo de grupo* tiempo (pre-post). Puntuación en el BDI: medias y desviaciones típicas.....	298

<b>Figura 17.190.</b> Efecto de la interacción tipo de grupo*tiempo (pre-post). Puntuación en el BAI: medias y desviaciones típicas.....	298
<b>Figura 17.191.</b> Efecto de la interacción tipo de grupo*tiempo (pre-post). Puntuación en autoestima: medias y desviaciones típicas.....	299
<b>Figura 17.192.</b> Efecto de la interacción tipo de grupo*tiempo (pre-post). Puntuación en la subescala de trabajo: medias y desviaciones típicas.....	300
<b>Figura 17.193.</b> Efecto de la interacción tipo de grupo*tiempo (pre-post). Puntuación en la subescala de vida social: medias y desviaciones típicas.....	301
<b>Figura 17.194.</b> Efecto de la interacción tipo de grupo*tiempo (pre-post). Puntuación en la subescala de tiempo libre: medias y desviaciones típicas.....	301
<b>Figura 17.195.</b> Efecto de la interacción tipo de grupo*tiempo (pre-post). Puntuación en la subescala de pareja: medias y desviaciones típicas.....	302
<b>Figura 17.196.</b> Efecto de la interacción tipo de grupo*tiempo (pre-post). Puntuación en la subescala de familia: medias y desviaciones típicas.....	302
<b>Figura 17.197.</b> Efecto de la interacción tipo de grupo*tiempo (pre-post). Puntuación en la subescala global: medias y desviaciones típicas.....	303
<b>Figura 17.198.</b> Efecto de la interacción tipo de grupo*tiempo (pre-post). Puntuación en el sumatorio total: medias y desviaciones típicas.....	304
<b>Figura 17.199.</b> Efecto de la interacción tipo de grupo*tiempo (pre-post). Puntuación en la subescala sí mismo: medias y desviaciones típicas.....	305
<b>Figura 17.200.</b> Efecto de la interacción tipo de grupo*tiempo (pre-post). Puntuación en la subescala del mundo: medias y desviaciones típicas.....	305
<b>Figura 17.201.</b> Efecto de la interacción tipo de grupo*tiempo (pre-post). Puntuación en la subescala autoinculpación: medias y desviaciones típicas.....	305
<b>Figura 17.202.</b> Efecto de la interacción tipo de grupo*tiempo (pre-post). Puntuación en el sumatorio total: medias y desviaciones típicas.....	305
<b>Figura 17.203.</b> Efecto de la interacción nacionalidad*tiempo (pre-post). Puntuación en el BDI: medias marginales estimadas y desviaciones típicas.....	308
<b>Figura 17.204.</b> Comparación pre-post intergrupos. Puntuación en el BAI: medias marginales estimadas y desviaciones típicas.....	309
<b>Figura 17.205.</b> Comparación pre-post intergrupos. Puntuación en autoestima: medias marginales estimadas y desviaciones típicas.....	309
<b>Figura 17.206.</b> Comparación pre-post intergrupos. Puntuación en la subescala de trabajo: medias marginales estimadas y desviaciones típicas.....	310
<b>Figura 17.207.</b> Comparación pre-post intergrupos. Puntuación en la subescala de vida social: medias marginales estimadas y desviaciones típicas.....	311
<b>Figura 17.208.</b> Comparación pre-post intergrupos. Puntuación en la subescala de tiempo libre: medias marginales estimadas y desviaciones típicas.....	311
<b>Figura 17.209.</b> Efecto de la interacción nacionalidad*tiempo (pre-post). Puntuación en la subescala de pareja: medias marginales estimadas y desviaciones típicas.....	312
<b>Figura 17.210.</b> Comparación pre-post intergrupos. Puntuación en la subescala de familia: medias marginales estimadas y desviaciones típicas.....	312
<b>Figura 17.211.</b> Comparación pre-post intergrupos. Puntuación en la subescala global: medias marginales estimadas y desviaciones típicas.....	313
<b>Figura 17.212.</b> Efecto de la interacción nacionalidad*tiempo (pre-post). Sumatorio total: medias marginales estimadas y desviaciones típicas.....	313
<b>Figura 17.213.</b> Efecto de la interacción nacionalidad*tiempo (pre-post). Puntuación en la subescala de sí mismo: medias marginales estimadas y desviaciones típicas.....	314
<b>Figura 17.214.</b> Efecto de la interacción nacionalidad*tiempo (pre-post). Puntuación en la subescala del mundo: medias marginales estimadas y desviaciones típicas.....	314
<b>Figura 17.215.</b> Efecto de la interacción nacionalidad*tiempo (pre-post). Puntuación en la subescala de autopunición: medias marginales estimadas y desviaciones típicas.....	315

<b>Figura 17.216.</b> Efecto de la interacción nacionalidad*tiempo (pre-post). Puntuación en el sumatorio total: medias marginales estimadas y desviaciones típicas.....	316
<b>Figura 17.217.</b> Diagnóstico de depresión según el BDI en el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas y en el grupo total en el postratamiento.....	320
<b>Figura 17.218.</b> Diagnóstico de ansiedad según el BAI en el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas y en el grupo total en el postratamiento.....	321
<b>Figura 17.219.</b> Diagnóstico en la Escala de Autoestima en el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas y en el grupo total en el postratamiento.....	322
<b>Figura 17.220.</b> Diagnóstico en la Escala de Inadaptación en el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas y en el grupo total en el postratamiento.....	323
<b>Figura 17.221.</b> Evolución en la puntuación total del TEPT en el grupo total de tratamiento: medias y desviaciones típicas.....	325
<b>Figura 17.222.</b> Evolución en la puntuación total del TEPT en el grupo de mujeres españolas: medias marginales estimadas y desviaciones típicas.....	326
<b>Figura 17.223.</b> Evolución en la puntuación total del TEPT en el grupo de mujeres inmigrantes: medias marginales estimadas y desviaciones típicas.....	326
<b>Figura 17.224.</b> Evolución en la puntuación total del TEPT en el grupo de mujeres mexicanas: medias marginales estimadas y desviaciones típicas.....	326
<b>Figura 17.225.</b> Evolución en la puntuación en reexperimentación, evitación e hiperactivación en el grupo total de tratamiento. Medias y desviaciones típicas.....	327
<b>Figura 17.226.</b> Evolución en la puntuación en reexperimentación, evitación e hiperactivación en el grupo de mujeres españolas: medias marginales estimadas y desviaciones típicas.....	328
<b>Figura 17.227.</b> Evolución en la puntuación en reexperimentación, evitación e hiperactivación en el grupo de mujeres inmigrantes: medias marginales estimadas y desviaciones típicas.....	329
<b>Figura 17.228.</b> Evolución en la puntuación en reexperimentación, evitación e hiperactivación en el grupo de mujeres mexicanas: medias marginales estimadas y desviaciones típicas.....	329
<b>Figura 17.229.</b> Distribución del grupo total según diagnóstico de TEPT en el seg. 1 mes. Muestra que completó el tratamiento.....	333
<b>Figura 17.230.</b> Distribución del grupo de mujeres españolas según diagnóstico de TEPT en el seg. 1 mes. Muestra que completó el tratamiento.....	333
<b>Figura 17.231.</b> Distribución del grupo de mujeres inmigrantes según diagnóstico de TEPT en el seg. 1 mes. Muestra que completó el tratamiento.....	333
<b>Figura 17.232.</b> Distribución del grupo de mujeres mexicanas según diagnóstico de TEPT en el seg. 1 mes. Muestra que completó el tratamiento.....	333
<b>Figura 17.233.</b> Distribución del grupo total según diagnóstico de TEPT en el seg. 3 meses. Muestra que completó el tratamiento.....	333
<b>Figura 17.234.</b> Distribución del grupo de mujeres españolas según diagnóstico de TEPT en el seg. 3 meses. Muestra que completó el tratamiento.....	333
<b>Figura 17.235.</b> Distribución del grupo de mujeres inmigrantes según diagnóstico de TEPT en el seg. 3 meses. Muestra que completó el tratamiento.....	334
<b>Figura 17.236.</b> Distribución del grupo de mujeres mexicanas según diagnóstico de TEPT en el seg. 3 meses. Muestra que completó el tratamiento.....	334
<b>Figura 17.237.</b> Distribución del grupo total según diagnóstico de TEPT en el seg. 6 meses. Muestra que completó el tratamiento.....	334
<b>Figura 17.238.</b> Distribución del grupo de mujeres españolas según diagnóstico de TEPT en el seg. 6 meses. Muestra que completó el tratamiento.....	334
<b>Figura 17.239.</b> Distribución del grupo de mujeres inmigrantes según diagnóstico de TEPT en el seg. 6 meses. Muestra que completó el tratamiento.....	334
<b>Figura 17.240.</b> Distribución del grupo de mujeres mexicanas según diagnóstico de TEPT en el seg. 6 meses. Muestra que completó el tratamiento.....	334
<b>Figura 17.241.</b> Distribución del grupo total según diagnóstico de TEPT en el seg. 12 meses. Muestra que completó el tratamiento.....	335

<b>Figura 17.242.</b> Distribución del grupo de mujeres españolas según diagnóstico de TEPT en el seg. 12 meses. Muestra que completó el tratamiento.....	335
<b>Figura 17.243.</b> Distribución del grupo de mujeres inmigrantes según diagnóstico de TEPT en el seg. 12 meses. Muestra que completó el tratamiento.....	335
<b>Figura 17.244.</b> Distribución del grupo de mujeres mexicanas según diagnóstico de TEPT en el seg. 12 meses. Muestra que completó el tratamiento.....	335
<b>Figura 17.245.</b> Distribución del grupo total según diagnóstico de TEPT en el seg. 1 mes. Muestra que inició el tratamiento.....	336
<b>Figura 17.246.</b> Distribución de la muestra española según diagnóstico de TEPT en el seg. 1 mes. Muestra que inició el tratamiento.....	336
<b>Figura 17.247.</b> Distribución de la muestra inmigrante según diagnóstico de TEPT en el seg. 1 mes. Muestra que inició el tratamiento.....	337
<b>Figura 17.248.</b> Distribución de la muestra mexicana según diagnóstico de TEPT en el seg. 1 mes. Muestra que inició el tratamiento.....	337
<b>Figura 17.249.</b> Distribución de la muestra total según diagnóstico de TEPT en el seg. 3 meses. Muestra que inició el tratamiento.....	337
<b>Figura 17.250.</b> Distribución de la muestra española según diagnóstico de TEPT en el seg. 3 meses. Muestra que inició el tratamiento.....	337
<b>Figura 17.251.</b> Distribución de la muestra inmigrante según diagnóstico de TEPT en el seg. 3 meses. Muestra que inició el tratamiento.....	337
<b>Figura 17.252.</b> Distribución de la muestra mexicana según diagnóstico de TEPT en el seg. 3 meses. Muestra que inició el tratamiento.....	337
<b>Figura 17.253.</b> Distribución de la muestra total según diagnóstico de TEPT en el seg. 6 meses. Muestra que inició el tratamiento.....	338
<b>Figura 17.254.</b> Distribución de la muestra española según diagnóstico de TEPT en el seg. 6 meses. Muestra que inició el tratamiento.....	338
<b>Figura 17.255.</b> Distribución de la muestra inmigrante según diagnóstico de TEPT en el seg. 6 meses. Muestra que inició el tratamiento.....	338
<b>Figura 17.256.</b> Distribución de la muestra mexicana según diagnóstico de TEPT en el seg. 6 meses. Muestra que inició el tratamiento.....	338
<b>Figura 17.257.</b> Distribución de la muestra total según diagnóstico de TEPT en el seg. 12 meses. Muestra que inició el tratamiento.....	338
<b>Figura 17.258.</b> Distribución de la muestra española según diagnóstico de TEPT en el seg. 12 meses. Muestra que inició el tratamiento.....	338
<b>Figura 17.259.</b> Distribución de la muestra inmigrante según diagnóstico de TEPT en el seg. 12 meses. Muestra que inició el tratamiento.....	339
<b>Figura 17.260.</b> Distribución de la muestra mexicana según diagnóstico de TEPT en el seg. 12 meses. Muestra que inició el tratamiento.....	339
<b>Figura 17.261.</b> Síntomas de reexperimentación en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento al mes.....	340
<b>Figura 17.262.</b> Síntomas de evitación en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento al mes.....	340
<b>Figura 17.263.</b> Síntomas de hiperactivación en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento al mes.....	341
<b>Figura 17.264.</b> Síntomas de reexperimentación en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a 3 meses.....	341
<b>Figura 17.265.</b> Síntomas de evitación en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a 3 meses.....	341
<b>Figura 17.266.</b> Síntomas de hiperactivación en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a 3 meses. ....	341
<b>Figura 17.267.</b> Síntomas de reexperimentación en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a 6 meses.....	342
<b>Figura 17.268.</b> Síntomas de evitación en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a 6 meses.....	342
<b>Figura 17.269.</b> Síntomas de hiperactivación en cada grupo y en el grupo total en el	

	seguimiento a 6 meses.....	342
<b>Figura 17.270.</b>	Síntomas de reexperimentación en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a 12 meses.....	342
<b>Figura 17.271.</b>	Síntomas de evitación en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a 12 meses.....	342
<b>Figura 17.272.</b>	Síntomas de hiperactivación en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a 12 meses.....	342
<b>Figura 17.273.</b>	Evolución en la puntuación en el BDI en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias y desviaciones típicas. Grupo total de tratamiento.....	346
<b>Figura 17.274.</b>	Evolución en la puntuación el BDI en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias marginales estimadas y desviaciones típicas. Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.....	347
<b>Figura 17.275.</b>	Diagnóstico de depresión según el BDI en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento al mes.....	349
<b>Figura 17.276.</b>	Diagnóstico de depresión según el BDI en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a tres meses.....	349
<b>Figura 17.277.</b>	Diagnóstico de depresión según el BDI en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a seis meses.....	349
<b>Figura 17.278.</b>	Diagnóstico de depresión según el BDI en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a 12 meses.....	349
<b>Figura 17.279.</b>	Evolución en la puntuación en el Inventario de Ansiedad de Beck en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias y desviaciones típicas. Grupo total de tratamiento.....	350
<b>Figura 17.280.</b>	Evolución en la puntuación en el Inventario de Ansiedad de Beck: medias marginales estimadas y desviaciones típicas. Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.....	351
<b>Figura 17.281.</b>	Diagnóstico de ansiedad según el BAI en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento al mes.....	353
<b>Figura 17.282.</b>	Diagnóstico de ansiedad según el BAI en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a tres meses.....	353
<b>Figura 17.283.</b>	Diagnóstico de ansiedad según el BAI en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a 6 meses.....	353
<b>Figura 17.284.</b>	Diagnóstico de ansiedad según el BAI en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a 12 meses.....	353
<b>Figura 17.285.</b>	Evolución en la puntuación en la Escala de Autoestima en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias y desviaciones típicas. Grupo total de tratamiento.....	354
<b>Figura 17.286.</b>	Evolución en la puntuación en la Escala de Autoestima: medias marginales estimadas y desviaciones típicas. Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.....	355
<b>Figura 17.287.</b>	Diagnóstico en la Escala de Autoestima en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento al mes.....	356
<b>Figura 17.288.</b>	Diagnóstico en la Escala de Autoestima en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a 3 meses.....	356
<b>Figura 17.289.</b>	Diagnóstico en la Escala de Autoestima en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento al mes.....	356
<b>Figura 17.290.</b>	Diagnóstico en la Escala de Autoestima en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a 3 meses.....	356
<b>Figura 17.291.</b>	Evolución en la puntuación en la subescala de trabajo en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias y desviaciones típicas. Grupo total de tratamiento.....	358
<b>Figura 17.292.</b>	Cambios en la puntuación en la subescala de vida social en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias y desviaciones típicas. Grupo total de tratamiento.....	359



<b>Figura 17.293.</b> Cambios en la puntuación en la subescala de tiempo libre en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias y desviaciones típicas. Grupo total de tratamiento.....	359
<b>Figura 17.294.</b> Cambios en la puntuación en la subescala de pareja en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias y desviaciones típicas. Grupo total de tratamiento.....	360
<b>Figura 17.295.</b> Cambios en la puntuación en la subescala de familia en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias y desviaciones típicas. Grupo total de tratamiento.....	360
<b>Figura 17.296.</b> Cambios en la puntuación en la subescala global en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias y desviaciones típicas. Grupo total de tratamiento.....	361
<b>Figura 17.297.</b> Cambios en la puntuación total en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias y desviaciones típicas. Grupo total de tratamiento.....	361
<b>Figura 17.298.</b> Cambios en la puntuación en la subescala de trabajo en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias marginales estimadas y desviaciones típicas. Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.....	363
<b>Figura 17.299.</b> Cambios en la subescala social en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias marginales estimadas y desviaciones típicas. Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.....	363
<b>Figura 17.300.</b> Cambios en la subescala de tiempo libre en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias marginales estimadas y desviaciones típicas. Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.....	364
<b>Figura 17.301.</b> Cambios en la subescala de pareja en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias marginales estimadas y desviaciones típicas. Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.....	365
<b>Figura 17.302.</b> Cambios en la subescala de pareja en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias marginales estimadas y desviaciones típicas. Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.....	366
<b>Figura 17.303.</b> Cambios en la subescala global en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias marginales estimadas y desviaciones típicas. Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.....	366
<b>Figura 17.304.</b> Cambios en el sumatorio total en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias marginales estimadas y desviaciones típicas. Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.....	367
<b>Figura 17.305.</b> Diagnóstico en la Escala de Inadaptación en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento al mes.....	372
<b>Figura 17.306.</b> Diagnóstico en la Escala de Inadaptación en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a tres meses.....	372
<b>Figura 17.307.</b> Diagnóstico en la Escala de Inadaptación en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a 6 meses.....	373
<b>Figura 17.308.</b> Diagnóstico en la Escala de Inadaptación en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a 12 meses.....	373
<b>Figura 17.309.</b> Cambios en la puntuación en la subescala de sí mismo en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias y desviaciones típicas. Grupo total de tratamiento.....	374
<b>Figura 17.310.</b> Cambios en la puntuación en la subescala del mundo en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias y desviaciones típicas. Grupo total de tratamiento.....	374
<b>Figura 17.311.</b> Cambios en la puntuación en la subescala de autoinculpación en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias y desviaciones típicas. Grupo total de tratamiento.....	375
<b>Figura 17.312.</b> Cambios en la puntuación en el sumatorio total en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias y desviaciones típicas. Grupo total de tratamiento.....	375

<b>Figura 17.313.</b> Efecto de la interacción nacionalidad*tiempo en la subescala de sí mismo en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias marginales estimadas y desviaciones típicas. Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.....	376
<b>Figura 17.314.</b> Efecto de la interacción nacionalidad*tiempo en la subescala del mundo en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias marginales estimadas y desviaciones típicas. Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.....	378
<b>Figura 17.315.</b> Cambios en la subescala de autoinculpación en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias marginales estimadas y desviaciones típicas. Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.....	378
<b>Figura 17.316.</b> Efecto de la interacción nacionalidad*tiempo en el sumatorio total en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias marginales estimadas y desviaciones típicas. Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.....	379



# ÍNDICE DE CUADROS

<b>Cuadro 2.1.</b> Indicadores de la macroencuesta de violencia doméstica (Instituto de la Mujer).....	23
--	----



# Agradecimientos

*A Francisco Labrador, por aceptarme en su equipo de investigación y por enseñarme, apoyarme y guiarme en este difícil camino.*

*Al Dpto. de Psicología Clínica I, en especial a María Crespo, con la que inicié mis primeros pasos en la investigación y a Jesús Sanz, por ayudarme con paciencia en el análisis estadístico de los resultados.*

*A la Dra. Georgina Cárdenas y a Norma Angélica Andrade, investigadora y amiga, por interesarse en mi trabajo y hacer posible que pudiera ir a trabajar a México. Es una suerte encontrarse con este tipo de personas en la vida.*

*Al Dr. Mauricio Troncoso, con quien tuve la oportunidad de trabajar mientras viví en Chile. Sus enseñanzas me acompañarán siempre. Al Dr. Gonzalo Morandé, porque con él comencé a aprender la dinámica de grupos.*

*Mi más sincero agradecimiento a las grandes protagonistas, a cada una de las mujeres que han compartido conmigo su amarga experiencia. Sin duda, son para mí un ejemplo de valentía.*

*A los centros de Madrid que me han facilitado el acceso a las participantes, a la Federación de Mujeres Progresistas, a la Concejalía de Mujer de Alcorcón y Algete, al Centro de Día Pachamama, a la Asociación Amiga del Pueblo Latinoamericano. A las instituciones de Pachuca (México), al Centro Estatal de Atención al Niño y su Familia, al Grupo de Mujeres Cihualt, al Centro de Atención a Víctimas y, en especial al Instituto Hidalguense de las Mujeres, por recibirme y apoyarme durante toda mi estancia en el país. A todas las personas que trabajan en ellos, por su grato acogimiento y por permitirme llevar a cabo este estudio.*

*A mis compañeros de profesión, a María Arinero, por resolver mis dudas, a Flor Hidalgo por su buena disposición y gran ayuda en el seguimiento de las mujeres mexicanas. A Carlos Linares, por su cariño, por animarme. De manera muy especial, a Enrique Berbel, por mostrarme su entusiasmo por la psicología.*

*A Bernardino León y Francisco Muñoz, por el soporte informático y su ayuda en el diseño de la tesis. A Antonio García, gracias Toño por apartarte de la literatura y leer con dedicación mis escritos.*

*A mis padres, por tantos años alimentándome. A mis hermanos, por obligarme a compartir. A Clara y Lucía, por mostrarme el comienzo de la vida.*

*A la familia Arellano Ahumada, mi familia en México, por acogerme y hacerme sentir como en casa.*

*A Daniel, por su inagotable paciencia, por acompañarme durante casi todo este tiempo. A Beatriz, por hablar conmigo todos los días, y cuando digo todos es todos. A mi cuadrilla de San Sebastián. A mis amigos, a los que están aquí y a los que están en México, Chile y Argentina. A mi profesor de violonchelo. A todos, por ayudarme a olvidar la tesis durante algunos momentos.*

*A los que me han enseñado...*

*...a los que se me olvidan.*



# INTRODUCCIÓN

El trabajo que a continuación se presenta ha tenido como objetivo el desarrollo y evaluación de la eficacia de un programa de intervención para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en víctimas de violencia doméstica. En concreto, se ha evaluado la eficacia del programa de tratamiento en la sintomatología postraumática que presentan estas mujeres, así como en variables de adaptación y sintomatología concomitante, esto es, depresión, ansiedad, autoestima y cogniciones postraumáticas.

Esta investigación surge de cuatro cuestiones fundamentales: En primer lugar, del dramatismo que ha alcanzado la violencia doméstica en el conjunto de la sociedad; en segundo lugar, de la gravedad del daño psicológico que sufren las víctimas; en tercer lugar, de la escasez de programas de tratamiento para el TEPT en víctimas de violencia doméstica, siendo uno de los trastornos que con mayor frecuencia sufren estas mujeres; y finalmente, de la escasez de estudios bien controlados que evalúen la eficacia empírica de las intervenciones. A partir del estado de la cuestión, el equipo de investigación dirigido por Francisco Labrador Encinas diseñó un programa de intervención para mujeres maltratadas, dirigido específicamente al tratamiento del TEPT y sintomatología concomitante, que se ha mostrado altamente eficaz en trabajos anteriores (Labrador y Alonso, 2005; Labrador y Rincón, 2002; Rincón, 2003).

El trabajo que aquí se expone, continúa con esta línea de investigación, ofreciendo una nueva constatación empírica de la eficacia de la intervención. El programa de tratamiento ha sido aplicado a mujeres maltratadas de nacionalidad diferente. Principalmente se ha aplicado a mujeres españolas y a mujeres mexicanas. Es por ello que en la fundamentación teórica de la violencia doméstica, en ocasiones se hará referencia a esta problemática en México. También han participado mujeres maltratadas inmigrantes en nuestro país, procedentes en su mayoría de países de Sudamérica.

La posibilidad de desarrollar y evaluar la eficacia del programa de tratamiento en poblaciones de mujeres maltratadas distintas a la española ha supuesto una importante aportación de esta investigación a los trabajos anteriores, que fueron llevados a cabo únicamente con mujeres españolas, además de una oportunidad no sólo a nivel profesional, de profundizar en este grave problema social que afecta a todas las sociedades, sino también a nivel personal.

El contenido de esta investigación se estructura para su exposición en dos grandes bloques. Un *primer bloque* dedicado a la fundamentación teórica del trabajo, que a su vez se compone de



dos partes: violencia doméstica y trastorno de estrés postraumático. La parte teórica sobre violencia doméstica se estructura en siete capítulos, en los que se presentan: 1) Definición y caracterización de la violencia doméstica; 2) Epidemiología; 3) Situación legal y jurídica de la violencia doméstica; 4) Factores explicativos de la violencia doméstica; 5) Modelos explicativos de la violencia doméstica; 6) Consecuencias en la salud de la violencia doméstica y 7) Tratamiento psicológico en víctimas de violencia doméstica. La parte teórica sobre el trastorno de estrés postraumático se compone de seis capítulos, que hacen referencia a: 1) Definición y caracterización del TEPT; 2) Epidemiología del TEPT; 3) Comorbilidad y curso del TEPT; 4) Factores de riesgo para el desarrollo del TEPT en adultos; 5) Modelos explicativos del TEPT y 6) Tratamiento del TEPT. El último capítulo del marco teórico está dedicado a la propuesta de intervención para el tratamiento del TEPT en víctimas de violencia doméstica, que es evaluado en el segundo bloque de este trabajo.

El *segundo bloque* está dedicado a la parte empírica de esta investigación, y en él se presentan los objetivos e hipótesis de trabajo, la metodología e instrumentos utilizados para la validación de la intervención y los resultados obtenidos sobre su eficacia. En la parte final del trabajo se pueden consultar los instrumentos de evaluación, la descripción detallada del protocolo de intervención y el material utilizado a lo largo del tratamiento.

La investigación que aquí se expone ha podido ser realizada gracias a una Beca de Formación de Personal Investigador de la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid y del Fondo Social Europeo, que fue concedida a Edurne Alonso durante los años 2003 y 2007.

# PARTE TEÓRICA

---



# **Violencia doméstica**

---



# 1

## DEFINICIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

La violencia doméstica constituye un problema generalizado de índole social, un fenómeno frecuente y todavía encubierto, que afecta a las mujeres con independencia de la edad, raza, cultura y nivel socioeconómico.

A pesar de ser un problema con antecedentes históricos y legales, la violencia doméstica ha sido despenalizada e ignorada durante mucho tiempo, debido a la falsa creencia de que cualquier intento de actuación sobre ésta sería una intromisión en la intimidad familiar. Ha sido en los últimos 30 años cuando la violencia contra la mujer, en general, y la violencia doméstica, en particular, han dejado de ser una cuestión marginal, para convertirse en la actualidad en una gran preocupación compartida por todo el conjunto de la sociedad.

### 1.1. DEFINICIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

Definir un fenómeno tan complejo como es la violencia doméstica resulta complicado. Prueba de ello son la diversidad de términos acuñados en la literatura científica para referirse a este fenómeno. En concreto, las investigaciones publicadas en habla inglesa se refieren a este tipo de violencia con múltiples denominaciones, siendo las más frecuentes: “domestic violence”, “violence against women”, “intimate partner violence (IPV)”, “marital violence”, “battered women”, “family violence”, “wife assault” o “wife abuse”, entre otras. De la misma manera, las investigaciones en castellano utilizan términos como violencia de género, violencia familiar o intrafamiliar, violencia doméstica, violencia conyugal o mujeres maltratadas, principalmente. A pesar de que las diferentes denominaciones que adopta este tipo de violencia suelen ser utilizadas indistintamente, la realidad es que cada una de ellas sugiere una idea diferente sobre la naturaleza del problema, sus causas, e incluso sus soluciones (Medina, 2002).

La falta de un consenso en este punto, esto es, en la manera en que los expertos denominan un mismo fenómeno, conlleva importantes consecuencias en su definición, explicación e intervención. Por tanto, es importante detenerse en este aspecto y revisar las diferentes matizaciones de cada uno de estos términos, con el propósito de establecer diferenciaciones precisas entre ellos y aclarar qué se va a entender por violencia doméstica a lo largo de este trabajo.

De todos los vocablos utilizados para referirse a la violencia doméstica, el más amplio, al hacer referencia a todas las formas de violencia en contra de las mujeres, es el de **violencia de género**. Para definir esta forma de violencia es preciso recurrir a la *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer* (Declaración 48/104; Naciones Unidas, 1994), el

primer instrumento internacional de Derechos Humanos que aborda de forma explícita la violencia de género. En su artículo primero ofrece un concepto descriptivo de esta clase de violencia, considerando como tal “...*todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico para las mujeres, incluidas las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o privada*”.

Esta declaración supuso un hito histórico en el reconocimiento de la violencia de género. Tres son las razones que lo explicarían: en primer lugar, porque situó este problema en el marco de los Derechos Humanos, explicitando que la violencia contra las mujeres supone una violación de los derechos y libertades fundamentales. En segundo lugar, porque amplió el concepto de violencia contra las mujeres, al incluir tanto la violencia física, psicológica o sexual, como las amenazas de sufrirla, y tanto en el contexto familiar como en el de la comunidad o el Estado. Finalmente, porque enfatizó que se trata de una forma de violencia basada en el género, de modo que el factor de riesgo para ser víctima de ella es el hecho de ser mujer (Heyzer, 2000).

En definitiva, la violencia de género englobaría todas las formas de violencia que se dirigen contra las mujeres como consecuencia de su condición de género, con el objeto de mantener o incrementar la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre ellas. Ejemplos de este tipo de violencia serían todas las formas de discriminación hacia la mujer en distintos niveles (político, institucional, laboral, etc.), el acoso e intimidación sexual, las violaciones, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada, la utilización del cuerpo femenino como objeto de consumo, la segregación basada en ideas religiosas y, por supuesto, todas las formas de maltrato físico, psicológico y sexual que sufren las mujeres en cualquier contexto, a manos de una figura masculina, y que ocasionan una escala de daños que pueden culminar en la muerte. Precisamente, por tratarse de un concepto que abarca tantas formas de acción violenta, es preciso utilizar denominaciones específicas para cada una de ellas, que recojan adecuadamente los matices que las diferencian.

De manera más precisa, cuando la violencia de género es cometida por el cónyuge, pareja o ex pareja de la víctima, sea cual sea el grado de compromiso adquirido entre ellos, se ha denominado *violencia familiar, violencia conyugal o violencia doméstica*. Frecuentemente, estos términos se han utilizado indistintamente, pero la realidad es que el significado concreto de cada uno de ellos no es el mismo.

La **violencia familiar o intrafamiliar** haría referencia a todas las formas de abuso de poder que se desarrollan en el contexto de las relaciones familiares. Incluye formas de violencia muy distintas en sus manifestaciones y características, como el abuso de un menor por parte de sus familiares, la violencia relacionada con la dote o la mutilación genital, el maltrato de un

hermano a otro, etc. Serían los niños/as (maltrato infantil), las personas mayores (maltrato a ancianos) y las mujeres los grupos más vulnerables a este tipo de violencia.

En el sentido estricto del término, la **violencia doméstica** se circunscribe a aquella violencia cometida entre personas que comparten el mismo domicilio, estén unidas o no por una relación de parentesco. Sin embargo, al hablar de violencia doméstica no se alude únicamente al maltrato que ocurre en el espacio *privado e íntimo* del hogar, sino que se entiende por espacio doméstico al delimitado por las interacciones en contextos privados. Esta última matización es aplicable también a lo que se entiende por **violencia conyugal**, que, aunque parece estar referida exclusivamente al maltrato que tiene lugar entre personas unidas en matrimonio, alude, en realidad, a todo tipo de abuso ejercido entre personas que mantienen una relación sentimental, independientemente del grado de compromiso contraído y de la existencia o no de convivencia.

Es necesario matizar que con el uso de denominaciones como violencia familiar, violencia doméstica o conyugal se omite, en particular, el género de las personas implicadas, y se hace hincapié en la relación que une a quien ejerce la violencia y a quien la sufre, es decir, una relación de parentesco en el caso de la violencia familiar, o un vínculo de intimidad en el caso de la violencia doméstica o conyugal. No obstante, aunque el término violencia doméstica no explicita ni el género de la persona que maltrata ni el de la víctima y, en este sentido, puede referirse a la violencia cometida tanto por la mujer contra el hombre, como por el hombre contra la mujer o por parejas del mismo sexo, la realidad es que este tipo de vejaciones son soportadas en una proporción mucho mayor por las mujeres e inflingidas por los hombres. Aunque se ha comprobado que en los países industrializados las mujeres llevan a cabo conductas violentas, predominantemente de tipo psicológico, hay pocos indicios de que éstas sometan a los hombres al mismo tipo de violencia grave y paulatina que se observa con frecuencia en grupos clínicos de mujeres golpeadas (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2002).

Otros términos comunes para referirse a esta problemática han sido **mujeres maltratadas** o simplemente malos tratos. Pero tal y como señala Medina (2002), el término malos tratos parece referirse únicamente a las formas menores de violencia y, en este sentido, menosprecia la gravedad de estas acciones.

De todo ello se desprende la dificultad de encontrar una terminología precisa que recoja la naturaleza y las causas de este tipo de violencia y que refleje su gravedad. Dado que el término *violencia familiar* es un término demasiado amplio, que incluye, además de la violencia contra la mujer, la violencia ejercida contra cualquier miembro de la familia y con el término *violencia conyugal*, parece que se habla exclusivamente del maltrato entre personas unidas en matrimonio, resulta más apropiado hablar de *violencia doméstica*, para denominar la violencia (física, sexual y/o psicológica) que es ejercida a manos de la persona con quien la víctima sostiene o ha



sostenido una relación de afectividad, independientemente del grado de compromiso adquirido y de que compartan el espacio físico de la casa.

La definición de violencia doméstica presentada en el “*Estudio sobre las Medidas Adoptadas por los Estados Miembros de la Unión Europea para Luchar contra la Violencia hacia las Mujeres*”, llevado a cabo durante la presidencia española en la Unión Europea, hace referencia a “*aquel tipo de violencia, ya sea física, sexual y/o psicológica -en este último caso se debe producir de manera reiterada- ejercida sobre la/el cónyuge o persona ligada al agresor por una relación de afectividad, o sobre aquellos miembros de la familia que forman parte del núcleo de convivencia*” (Instituto de la Mujer [Díaz-Aguado, M.J. y Martínez Arias, R.], 2002a, p.12).

Walker (1999a, p.23) define la violencia doméstica como “*un patrón de conductas abusivas, que incluye un amplio rango de maltrato físico, sexual y/o psicológico y que es ejercido por una persona en contra de otra, en el contexto de una relación íntima, con el objeto de ganar o mantener el abuso de poder, control y autoridad sobre ella*”.

A partir de la revisión conceptual llevada a cabo en este capítulo, se podrían señalar algunos de los elementos mínimos que debe incluir una definición de violencia doméstica:

1. Ejercicio de violencia física, sexual y/o psicológica.
2. Violencia ejercida por la/el cónyuge o ex-cónyuge, pareja de hecho, ex-pareja, novio o ex-novio, o por cualquier otra persona con quien la víctima esté o haya estado unida por una relación de intimidad.
3. Violencia ejercida con el objetivo de controlar y dominar las conductas de la víctima.
4. Violencia reiterada en el caso de maltrato de tipo psicológico.

A partir de todas estas aclaraciones y a lo largo de este trabajo se utilizará el término violencia doméstica, al ser éste el término con el que mejor se identifica esta problemática a nivel social y el que usan mayoritariamente los profesionales e investigadores. Y siempre, a no ser que se indique lo contrario, se va a hacer referencia a la mujer como víctima de la misma.

## **1.2. TIPOS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA**

El objetivo principal de la violencia doméstica es el ejercicio de control y dominio sobre la mujer para conservar o aumentar el poder del varón en la relación. Sin embargo, las manifestaciones del comportamiento violento en conductas y actitudes son muy variadas, siempre con graves consecuencias para la salud física y psicológica de las víctimas.

Normalmente se consideran tres formas de violencia:

**Maltrato físico:** se refiere a cualquier conducta por parte del maltratador, que implique el uso de la fuerza física para agredir de manera intencional el organismo de otra persona, exponiéndole a un riesgo de lesión física, enfermedad, daño o dolor, con independencia de los resultados de dicha conducta. La violencia física puede ser un acto o una omisión. La primera hace referencia a un abuso físico, que incluiría diferentes conductas agresivas, desde empujones y zarandeos, a heridas, quemaduras o fracturas, pudiendo llegar, incluso, al homicidio. La violencia física por omisión, recogida en la tipología de la violencia que hace la OMS (Krug et al., 2002) como negligencia o privación, se refiere a aquellos casos en los que el maltratador priva a su víctima de los cuidados pertinentes en caso de enfermedad o, de manera voluntaria, no le protege de situaciones que entrañan riesgo para su integridad física.

El maltrato físico es la forma más evidente de violencia doméstica y el más fácil de identificar, por eso suele ser al que se le da más importancia, tanto en el ámbito personal como en el social y en el legal (Sarasua y Zubizarreta, 2000).

**Maltrato sexual:** está referido a la imposición forzada de relaciones sexuales o conductas de carácter sexual percibidas como degradantes por la víctima. Este tipo de violencia podría incorporarse dentro de la violencia física, pero se diferencia en la connotación de intimidad de este tipo de conductas.

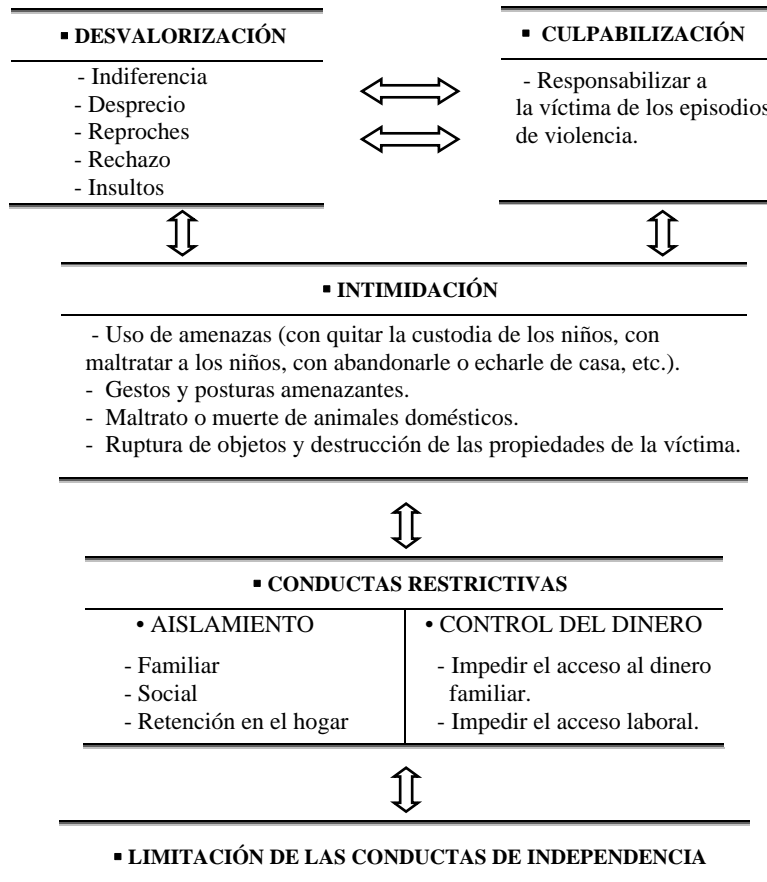
Es frecuente que el maltrato sexual sea minimizado por las mujeres, al creer que los hombres tienen unas necesidades que deben satisfacer a su manera (Torres y Espada, 1996). En consecuencia, no suele ser denunciado por las propias víctimas, que piensan que, aún sin desearlo, es un deber u obligación implicarse en este tipo de actos.

**Maltrato psicológico:** se refiere a cualquier conducta verbal o no verbal, activa o pasiva, que trate de producir de manera intencional en la víctima sentimientos de culpa o sufrimiento, intimidación y/o desvalorización. Este tipo de maltrato se caracteriza por frecuentes críticas y humillaciones, posturas y gestos amenazantes (amenazas de violencia, de suicidio, de llevarse a los niños, etc.), conductas destructivas (ruptura de objetos de valor económico o afectivo, maltrato de animales domésticos o destrucción de propiedades materiales de la víctima, entre otras) y por último, culpabilización y responsabilización a la víctima de los episodios violentos.

En ocasiones, el **maltrato social** y el **maltrato económico** se han considerado como dos categorías distintas, entendiéndose por maltrato social el aislamiento de la víctima de su entorno social, a través del control de sus relaciones familiares y de amistad, y por maltrato económico el control absoluto de los recursos materiales compartidos (dinero, bienes, valores). Sin embargo, se prefiere considerar estos dos tipos de violencia como subcategorías del maltrato psicológico, ya que ambas modalidades tienen como objetivo el control de la mujer a través de la creación de un fuerte sentimiento de desvalorización e indefensión (Sarasua y Zubizarreta, 2000).

El siguiente cuadro resume las diferentes manifestaciones de la manipulación que, a nivel emocional, supone el maltrato psicológico (Sarasua y Zubizarreta, 2000).

**Figura 1.** Tipología de la violencia psicológica (Sarasúa y Zubizarreta, 2000).



El acoso al que frecuentemente el agresor somete a la víctima, una vez finalizada la relación sentimental, ha comenzado a recibir en los últimos años una creciente atención en la literatura científica (Logan, Walker, Jordan y Leukefeld, 2006). Dada la naturaleza persistente y amenazante de este comportamiento, el acoso es considerado una forma de maltrato psicológico, que aparece una vez que la víctima ha decidido abandonar al agresor. El objetivo de esta conducta continúa siendo el control de la víctima y, en este sentido, es frecuente que el agresor la llame por teléfono, la espere en la calle o a la salida del trabajo, etc.

Esta clasificación de la violencia doméstica en violencia física, psicológica y sexual cumple una función descriptiva y facilita su análisis, pero no significa que estas variantes sean excluyentes. Normalmente, estas formas de violencia aparecen interrelacionadas. Así pues, la violencia física no se restringe a un golpe, sino que la implicación de este acto va más allá y habría que calificarlo, también, de violencia psicológica. A su vez, la violencia sexual implica violencia psicológica y, en la mayoría de las ocasiones, también violencia física. La violencia psicológica es la única que puede presentarse de manera aislada y, por ello, se insiste en su

especificidad. Todas estas variantes estarían unidas, además, por un denominador común, su finalidad. Tal y como señala Lorente (2001), el objetivo que pretende el agresor con su comportamiento violento no es otro que aleccionar a la mujer para dejar de manifiesto quién mantiene la autoridad en la relación y cuál debe ser el papel que debe jugar cada uno en ella, quedando claro que el de la mujer es estar sometida a los criterios, voluntad y deseos del maltratador.

### 1.3. COMIENZO Y CURSO DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

Una de las características principales de la violencia doméstica es su **instauración temprana** en la relación de pareja, durante el noviazgo o en los primeros años de convivencia con el agresor, aunque es frecuente que todavía la víctima no la perciba o sea minimizada. En un estudio de Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua (2002) con 212 mujeres maltratadas, un 73% de ellas refirió que la violencia había comenzado durante el noviazgo o en el primer año de matrimonio, porcentaje similar al hallado en un trabajo anterior (Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua y Zubizarreta 1997a). En una investigación llevada a cabo con 142 mujeres maltratadas, Bosh y Ferrer (2002) encontraron que en más del 60% de las víctimas la violencia se había establecido durante los dos primeros años de la relación. De manera más reciente, en un trabajo de Matuz (2004) en el que participaron 270 víctimas de violencia doméstica, la mitad de ellas manifestó haber comenzado a ser agredida antes de los 23 años y un 25% antes de los 19 años. En las primeras etapas la violencia doméstica suele ser de tipo psicológico y con el paso del tiempo, es frecuente que aparezcan los primeros episodios de violencia física, así como las agresiones de tipo sexual.

La violencia doméstica tiene un **curso crónico** en la mayoría de los casos. Así lo demuestran diferentes estudios, en los que la duración media del maltrato había sido de entre 10 y 13 años (Amor et al., 2002; Bosh y Ferrer, 2002; Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1996; Matuz, 2004; Rincón, Labrador, Arinero y Crespo, 2004).

Una vez que ha surgido el primer episodio de maltrato, la probabilidad de nuevas agresiones por “motivos” cada vez más insignificantes es mucho mayor. El maltratador aprende que la violencia es una estrategia eficaz y efectiva para controlar a la víctima, que experimenta como cada vez es maltratada más frecuentemente; su sufrimiento y su estado de indefensión, lejos de conmovir al agresor, funcionan para este último como una constatación de la eficacia de sus actos para lograr la conducta de sumisión de la víctima.

### 1.3.1. PATRÓN DE CICLO Y ESCALADA DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

La violencia doméstica tiende a cursar, aunque no siempre, siguiendo un *patrón de ciclo y escalada*. La “Teoría del Ciclo de la Violencia” desarrollada por Walker (1979, 1989) describe las tres fases que marcarían el desarrollo del maltrato en la mayoría de los casos.

La primera fase, denominada **fase de acumulación de la tensión**, se caracteriza por una formación gradual de tensión en la relación ante pequeños incidentes cotidianos, que aumentan la fricción y los conflictos entre los miembros de la pareja. Este aumento progresivo de la tensión puede, incluso, comenzar a manifestarse en esta fase a través de agresiones de tipo psicológico e incidentes “menores” de malos tratos físicos, como bofetadas o empujones.

En esta fase la víctima percibe que puede evitar o retrasar la ocurrencia de las agresiones si acepta las exigencias del maltratador, se muestra sumisa o ignora sus insultos y descalificaciones, o, por el contrario, acelerar su aparición si rechaza o se enfrenta a sus demandas. La víctima cree que puede controlar la situación, aunque, realmente, con su conducta de aceptación pasiva sólo consigue reafirmar o legitimizar la postura del maltratador, que obtiene una constatación de que el abuso es una forma efectiva para que ella se muestre sumisa, y se siente con el derecho de maltratarla. También es frecuente que la mujer atribuya la ocurrencia del maltrato a factores externos y transitorios (como por ejemplo, a dificultades en el trabajo de él u a otras personas, etc.), para evitar, así, tomar conciencia de la gravedad de la situación.

La segunda fase, denominada **fase de explosión**, se caracteriza por la liberación abrupta de niveles elevados de tensión acumulada, en forma de episodios graves de maltrato, ya sean de tipo físico, sexual y/o psicológico. La violencia es ejercida por el maltratador como un castigo ante la conducta de la mujer, que percibe que ha perdido totalmente el control sobre la ocurrencia de los actos violentos, ya que tanto el inicio como el fin de las agresiones es impredecible.

Este periodo es el más corto; su duración oscila, habitualmente, entre las dos y las veinticuatro horas, pero es el que produce un mayor daño en la víctima. En ocasiones, es después de este periodo cuando la víctima decide buscar asistencia médica, aunque esto ocurre en menos del 50% de los casos. La finalización de esta etapa suele ir seguida por un estado inicial en la mujer de choque, negación e incredulidad sobre lo ocurrido.

La tercera fase, conocida como **fase de arrepentimiento o reconciliación**, se caracteriza por un estado temporal de aparente calma y relativa tranquilidad, en el que la violencia desaparece y el maltratador muestra conductas reparadoras, pide perdón y promete que no volverá a suceder. Es frecuente que el agresor trate de justificar el maltrato, aludiendo a factores externos, como el paro, el alcohol, el exceso de trabajo u otros problemas, o, lo que es más grave y frecuente, descargando la responsabilidad sobre la mujer, por no haber hecho algo o haberlo hecho en contra de su voluntad.

El maltratador, por un lado, puede realmente creer que nunca más volverá a maltratarla y que será capaz de controlarse y, por el otro, que ya no será necesario recurrir a la violencia, ya que, dada la lección que ella ha recibido, no volverá a mostrar comportamientos que merezcan ser castigados. La víctima cree, sinceramente, que han sido determinadas circunstancias las que han llevado a su pareja a maltratarla y que no volverá a repetirse. Además, identifica las conductas de ternura y arrepentimiento que el agresor muestra en esta fase, y no su comportamiento violento de las fases anteriores, con cómo es él realmente. De lo contrario, supondría un choque y un derrumbamiento de todas sus expectativas vitales, de sus proyectos y de muchas de sus ilusiones (Lorente, 2001).

Una vez perdonado por la víctima, el ciclo iría evolucionando progresivamente hacia la primera fase. Empieza de nuevo la irritabilidad, la tensión aumenta y acaba esta etapa relativamente tranquila.

De esta forma, la violencia repetida e intermitente se asocia a un refuerzo inmediato (expresión en el agresor de arrepentimiento y ternura) y a un potencial refuerzo demorado (posibilidad de un cambio en su comportamiento), contribuyendo al mantenimiento de la víctima en la situación de malos tratos. A medida que aumenta la frecuencia y severidad de los incidentes agresivos, la fase de acumulación de tensión se hace más breve, la de explosión más larga e intensa y la de reconciliación menos frecuente, llegando incluso a desaparecer, lo que coincide en ocasiones con el momento en el que la mujer decide pedir ayuda o separarse (Nogueiras, 2004).

En la mayoría de los casos, la mujer maltratada no percibe este ciclo y reacciona con indefensión y sumisión ante el amor y la violencia, que son percibidos como acontecimientos que ocurren al azar (Walker, 1989). Serían estas respuestas de indefensión y sumisión de la víctima las que estarían reforzando el comportamiento agresivo del hombre, que percibe que su conducta consigue el resultado esperado, y contribuyendo, en consecuencia, al mantenimiento de la violencia. Así pues, este patrón de comportamiento, agresión-indefensión-sumisión, se alimenta progresivamente, dando lugar a una espiral de violencia, denominada por Walker como *escalada de la violencia*, en la que los episodios agresivos son cada vez más frecuentes y peligrosos (Labrador, Rincón, De Luis y Fernández, 2004).

#### **1.4. MANTENIMIENTO DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA**

Algunas de las macroencuestas de orientación sociológica estiman que en más del 70% de los casos, las mujeres maltratadas permanecen en el contexto doméstico en el que están expuestas a violencia durante un periodo de cinco años (Instituto de la Mujer, 2000, 2003). No obstante, en la última de las macroencuestas, llevada a cabo en 2006, se detecta un descenso en

el tiempo de permanencia de la mujer maltratada en la relación violenta (Instituto de la mujer, 2007).

Sin embargo, los estudios realizados en entornos clínicos señalan que, por término medio, estas mujeres permanecen en la relación violencia durante un periodo no inferior a diez años, antes de adoptar algún tipo de medidas (Labrador y Alonso, 2005; Rincón et al., 2004; Zubizarreta et al., 1994).

Existen diversos condicionantes socioeconómicos, emocionales y psicopatológicos implicados en la permanencia de la víctima en la relación violenta.

La *escasez de recursos económicos* en la víctima para alcanzar la autonomía, que la hacen, en la mayoría de los casos, dependiente económicamente del agresor, sería uno de los factores, aunque no el más relevante, asociados a su permanencia en la relación violenta. Según Torres y Espada (1996), son las mujeres dependientes económicamente del maltratador las que tienen mayor probabilidad de mantener una relación violenta durante un largo tiempo. En la misma dirección, Sarasua y Zubizarreta (2000) señalan que, actualmente, las mujeres más jóvenes e independientes económicamente tienden a permanecer menos tiempo en la relación abusiva y solicitan ayuda antes.

A *nivel social y familiar*, el temor a la desaprobación e incompreensión de familiares y amigos, el miedo al aislamiento si desvelan su condición de víctimas y la ausencia de una red de apoyo social y familiar, a menudo, paralizan a estas mujeres a la hora de buscar ayuda externa. La frecuencia con que estas mujeres ocultan su situación se evidencia en un estudio a nivel mundial llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud, en el que encontraron que hasta un 70% de las mujeres maltratadas entrevistadas refirió no haber mencionado anteriormente su condición de víctimas a otras personas (Krug et al., 2002). La existencia de hijos pequeños o la preocupación por la pérdida de su custodia y del hogar son variables que parecen jugar un papel importante en la decisión de las víctimas de permanecer con el agresor.

No obstante, serían los condicionantes a *nivel psicológico* los más determinantes en esta decisión. Por un lado, aspectos como: a) la minimización del problema; b) la vergüenza por estar sufriendo una situación tan degradante; c) la culpa por la ocurrencia de las agresiones; d) el miedo a las represalias del agresor si le abandona; e) el temor a un futuro en soledad y f) la resistencia a reconocer el fracaso de la relación, entre otros, favorecerían la permanencia de la mujer en la relación violenta. Una variable muy importante es la *dependencia emocional* de la víctima hacia el agresor, que en muchos casos siente que, a pesar de todo, le sigue queriendo y, en consecuencia, se siente incapaz de abandonarle.

Desde un punto de vista cognitivo, *creencias* del tipo “una pareja es para toda la vida”, “separarse sería dejar a los hijos sin un padre”, o “el comportamiento violento es transitorio”

favorecen la convivencia prolongada de la víctima con el agresor. Nogueiras (2004) afirma que la interiorización del ideal femenino tradicional contribuye a que las mujeres se mantengan durante tiempo en una relación de maltrato. Por otro lado, González y Santana (2001) señalan que la rigidez en las creencias de tipo religioso contribuye a la decisión de estas mujeres de permanecer en la relación abusiva.

Finalmente, las repercusiones que a *nivel emocional* sufren las víctimas de violencia doméstica, esto es, un deterioro grave en su nivel de autoestima, un bajo estado de ánimo y un estado permanente de indefensión y desesperanza generada por la falta de control de las agresiones, entre otras, no favorecen que tomen una decisión enérgica de abandonar al agresor. Walker (1989) señala que el progresivo aumento de la frecuencia y severidad de los malos tratos va agotando los recursos psicológicos de la víctima para poder escapar de la situación.

No obstante y a pesar de los obstáculos, muchas mujeres maltratadas acaban por dejar al agresor. Sarasua y Zubizarreta (2000) afirman que la intolerancia a los episodios de malos tratos se produce de forma definitiva cuando la víctima percibe de manera realista la gravedad de la situación y no se siente responsable de la aparición de los comportamientos agresivos, esto es, cuando toma conciencia de que ella no puede potenciar los comportamientos positivos de su pareja y de que no hay relación alguna entre su propia conducta y la probabilidad de ser agredida. Es en este momento cuando las víctimas comienzan a responsabilizar única y exclusivamente al agresor de las conductas violentas y es más probable que abandonen esta relación.

Otro factor que parece precipitar la decisión de las mujeres de separarse del maltratador es la extensión de la violencia, principalmente física, que hasta entonces se dirigía a la mujer, a los hijos (Labrador et al., 2004).

El Informe Mundial sobre Violencia y Salud de la OMS considera que el abandono del agresor no es un acto aislado, sino un proceso que incluye períodos de negación, culpa y sufrimiento, antes de que la mujer termine por reconocer la gravedad de la situación de violencia. En este informe se señala que es frecuente que las víctimas se separen y regresen varias veces antes de tomar la decisión de concluir definitivamente con la relación. Esta decisión ocurre, por lo general, cuando la violencia llega a ser lo suficientemente grave como para que exista el convencimiento de que el compañero no va a cambiar, cuando la situación comienza a afectar notablemente a los hijos o cuando las mujeres cuentan con el apoyo emocional y logístico de la familia y/o los amigos (Krug et al., 2002).

Sin embargo, el abandono de la relación abusiva por parte de la víctima no garantiza el cese definitivo de los malos tratos. Es más, Walker (2006) señala que es más peligroso abandonar la relación que permanecer en ella, siendo los dos años posteriores al abandono el



momento de mayor riesgo para las víctimas. Durante este periodo, es frecuente que los maltratadores aumenten el control sobre la víctima, acosándola y/o amenazándola, a veces no de manera tan frecuente por una cuestión de oportunidad, pero sí de manera mucho más grave, tanto por las lesiones que producen estas agresiones como por las consecuencias psicológicas que conlleva para estas mujeres el ver que ni separándose del agresor consiguen salir del infierno que venían viviendo (Lorente, 2001). El acoso al que el agresor somete a la víctima tras el abandono de la relación es sufrido, incluso, por mujeres que tienen una orden de protección. En un estudio reciente llevado a cabo por Logan, Shannon y Walker (2005), en el que participaron 757 víctimas de violencia doméstica con orden de protección, encontraron que más de la mitad de ellas (54%) refirió haber sido acosada por el agresor una vez finalizada la relación. Esto podría ser uno de los factores explicativos de que persistan en la víctima las secuelas psicológicas del maltrato, una vez abandonada la relación (Logan et al., 2005). Además, indicaría que la salida del hogar no resulta suficiente para la remisión de la sintomatología en estas mujeres (Echeburúa et al., 1996). Tal y como señala Echeburúa (2004), las repercusiones psicológicas que provoca el maltrato no experimentan una remisión si persiste el miedo en la víctima a ser objeto de nuevas vejaciones.

## 1.5. RESUMEN

El grupo de trabajo de Violencia y Familia de la Asociación Americana de Psicología define la violencia doméstica como “*un patrón de conductas abusivas, que incluye un amplio rango de maltrato físico, sexual y/o psicológico y que es ejercido por una persona en contra de otra, en el contexto de una relación íntima, con el objeto de ganar o mantener el abuso de poder, control y autoridad sobre ella*” (Walker, 1999, p.23).

Se consideran, principalmente, tres formas de violencia, que normalmente suelen aparecer interrelacionadas. La violencia física, cuando el maltrato implica el uso de la fuerza física para agredir de manera intencional el organismo de otra persona, violencia psicológica, cuando el objetivo es producir de manera intencional en la víctima sentimientos de culpa o sufrimiento, intimidación y/o desvalorización y violencia sexual, cuando se fuerza a la víctima a establecer relaciones sexuales o a llevar a cabo comportamientos de carácter sexual denigrantes para ella.

Independientemente de la forma en que se manifiesta, este tipo de violencia aparece desde los primeros años de la relación de pareja y es una conducta continuada en el tiempo, que se desarrolla siguiendo un patrón cíclico formado por tres fases, *acumulación de la tensión, explosión y arrepentimiento o reconciliación* (Walker, 1979, 1989). Estas fases, a través de las cuales el agresor intercala conductas agresivas con conductas reparadoras y de ternura, se

suceden continuamente, dando lugar a una espiral de violencia en la que las agresiones son cada vez más frecuentes e intensas.

Diversos condicionantes a nivel económico, social y familiar estarían jugando un papel fundamental en la decisión de las víctimas de permanecer en la relación violenta o, por el contrario, de abandonar al agresor. Pero son los factores psicológicos y emocionales los más importantes. Así pues, la autculpabilización por la ocurrencia de las agresiones, el miedo a las represalias del agresor si le abandona, el temor a un futuro en soledad y la dependencia emocional de la víctima hacia él, favorecerían la permanencia de la víctima en la relación violenta. Además, las consecuencias emocionales que provoca el maltrato irían agotando los recursos psicológicos de estas mujeres para poder escapar de la situación.

Por el contrario, la desculpabilización de la víctima por la ocurrencia del maltrato, su convencimiento de que el agresor no va a cambiar y la extensión de la violencia a los hijos favorecerían la decisión de abandonar la relación, aunque como se sabe, esto no garantiza el cese definitivo de los malos tratos.



A pesar de que en la actualidad se han comenzado a conocer algunos datos sobre la magnitud de esta problemática, su prevalencia real es todavía desconocida.

La ocultación de este fenómeno por parte de las víctimas, bien por motivos personales (miedo, culpa o vergüenza) o porque su legislación no reconoce la violencia doméstica como delito y, en este sentido, las mujeres maltratadas no denuncian, continúa haciendo difícil reunir datos exactos sobre la magnitud de este problema (Villavicencio y Sebastián, 1999a). Por lo tanto, la ausencia de estudios epidemiológicos en la mayoría de los países no significa que no exista este tipo de violencia, sino que es un indicador de la dificultad para obtener datos por parte de las autoridades o de los estudiosos del tema.

### **2.1. LIMITACIONES EN EL ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA**

La escasez de estudios epidemiológicos, la cuestionable fiabilidad de los datos que ofrecen muchos de ellos y la disparidad en las cifras sobre prevalencia entre los distintos países, hacen que la magnitud real de la violencia doméstica sea todavía desconocida.

El Informe sobre Violencia y Salud de la OMS, el primer trabajo exhaustivo a escala mundial, señala que los estudios epidemiológicos sobre malos tratos son un campo nuevo de investigación y, en consecuencia, presentan limitaciones, principalmente de orden metodológico, que explicarían las diferencias en las tasas de prevalencia entre los distintos países (Krug et al., 2002). Estas limitaciones serían: a) incongruencias en la forma en que se define la violencia; b) variaciones en los criterios de selección de las participantes (edad y estado civil, principalmente); c) diferencias en las fuentes de obtención de datos (grandes encuestas a escala nacional frente a estudios exhaustivos más pequeños); d) diferencias en los instrumentos de recogida de información, esto es, diferencias en la formulación y enmarque de las preguntas, duración de la entrevista y grado de privacidad de la misma y e) diferencias entre los entrevistadores, en el sexo, en su actitud y en su interés, que van a determinar el grado de comodidad de las mujeres durante la entrevista y su disposición para informar sobre su condición de víctimas.

Además, muchos de los estudios de prevalencia se han centrado únicamente en el maltrato físico porque se identifica y se puede evaluar más fácilmente y, en consecuencia, apenas existen datos disponibles sobre la prevalencia de otras formas de violencia doméstica, como la violencia psicológica o sexual.

En la “*Guía de Buenas Prácticas para Paliar los Efectos de la Violencia Contra las Mujeres y Conseguir su Erradicación*” de la Unión Europea, se plantea que las fuentes de obtención de información sobre la prevalencia de este tipo de violencia, esto es, registros oficiales y encuestas de población, presentan importantes debilidades. Dos serían las limitaciones principales de los registros oficiales: 1) subregistro de los casos, al ser recogidos únicamente aquéllos que son denunciados, y 2) la escasa información recabada sobre las víctimas. Respecto a las encuestas de población, las principales debilidades serían: 1) errores de muestreo; 2) escasa representatividad de la población de mujeres maltratadas y 3) dificultad para conocer la realidad de las víctimas, como consecuencia de un recuerdo sesgado (Instituto de la Mujer [Díaz-Aguado, y Martínez,], 2002b).

Con el objeto de solventar estas debilidades metodológicas en la recogida de información y favorecer la comparabilidad de los datos entre distintos países, la *Guía de Buenas Prácticas* recomienda: a) el acceso a todos los sectores de la población de mujeres maltratadas, sin exclusión de aquéllas que no cuentan con vivienda fija; b) la estandarización de las preguntas y la forma de preguntar, con el objeto de rastrear todas las formas de violencia; c) mejorar los procedimientos de registro; y d) desarrollar estadísticas clasificadas de acuerdo al nivel socioeconómico de las entrevistadas, que permitan detectar factores de vulnerabilidad al maltrato.

En definitiva, el conocimiento del alcance de la violencia doméstica es todavía parcial. Pueyo (2005) señala que el estudio de su prevalencia a través del número de homicidios, denuncias o encuestas sobre malos tratos tendría forma piramidal. Así pues, la estimación de la violencia doméstica a partir del número de muertes supondría únicamente la punta del iceberg, quedando la mayor parte del problema sumergida y mantenida en el lado oscuro del anonimato. Un nivel inferior lo ocuparía la violencia de la que informan las instituciones de salud o policía, a partir del número de demandas de ayuda y denuncias interpuestas por las víctimas, que tampoco reflejarían realmente la magnitud y gravedad de este fenómeno. Por debajo de este nivel estaría la violencia conocida a partir de encuestas de victimización, que serían la fuente más fiable en el estudio de su prevalencia. Sin embargo, la base de este fenómeno, de estructura piramidal, estaría ocupada por la violencia no informada, esto es, aquella violencia que no está reflejada en ninguna estadística, ocultando la gravedad y la magnitud real de este grave problema.

## **2.2. ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA**

Los datos más fiables sobre la realidad de este fenómeno son los ofrecidos en el informe de la Organización Mundial de la Salud (Krug et al., 2002), a partir de una revisión de 48

encuestas de población llevadas a cabo en diversos países de todo el mundo entre los años 1982 y 1999. En este informe se señala que entre un 10% y un 69% de las mujeres entrevistadas refirieron haber sido víctimas de malos tratos físicos en su relación de pareja en algún momento de su vida, y entre un 1.3% y un 52% haberlo sido en el último año. Para muchas de estas mujeres, la agresión física no había sido un suceso aislado, sino que los malos tratos eran frecuentes en su relación de pareja. Además, el informe publicó que maridos, ex cónyuges, novios y antiguos compañeros eran los responsables de la mitad de las muertes violentas de mujeres en el mundo.

Según un estudio reciente de la OMS sobre 24.000 mujeres de diez países, 1 de cada 6 mujeres ha sido víctima de violencia doméstica. No obstante, encontraron una gran diversidad en los datos. El porcentaje de mujeres que había sufrido malos tratos físicos en algún momento de su vida oscilaba entre un 13% y un 61% y en los 12 meses anteriores a la entrevista entre un 3% y un 29%. Respecto a la violencia sexual, entre un 6% y un 59% de las encuestadas declararon haber sufrido este tipo de abuso en algún momento de su vida y entre un 1% y un 44.4% en el último año. Finalmente, entre un 20% y un 75% de las mujeres habían experimentado violencia psicológica, en su mayoría en los últimos 12 meses previos a la entrevista (WHO, 2005).

En EEUU, la Asociación Médica Americana señala que el 25% de las mujeres es víctima de maltrato doméstico al menos una vez en su vida, siendo la violencia doméstica la causante del 30% del total anual de mujeres asesinadas. En este país se estima que las mujeres de entre 15 y 49 años tienen más probabilidad de morir o quedar gravemente heridas como consecuencia de la violencia doméstica que como consecuencia de la malaria, el cáncer o los accidentes de tráfico (American Psychological Association, 1999). La Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres (NVAW), llevada a cabo por Tjaden y Thoennes (2002), es probablemente uno de los mejores estudios epidemiológicos de la violencia doméstica realizado en EEUU. Participaron un total de 8000 mujeres y 8000 hombres mayores de 18 años, que fueron entrevistados telefónicamente sobre sus experiencias como víctimas de varias formas de violencia, incluida la violencia doméstica. Los resultados mostraron que un 22.1% de las mujeres refirió haber sido agredida físicamente y un 7.7% haber sido víctima de una agresión sexual en algún momento de su vida. En la mayoría de los casos, las agresiones habían sido perpetradas por el marido, ex marido, pareja o ex pareja de la víctima; concretamente, el 72% de las mujeres agredidas físicamente y el 62% de las agredidas sexualmente refirieron que había sido su marido, ex marido, pareja o ex pareja el causante de la violencia.

En la Unión Europea, el Informe Mundial sobre Violencia y Salud de la OMS (Krug et al., 2002) señala que la tasa de prevalencia de la violencia doméstica, aunque referida únicamente al maltrato físico y sexual, se sitúa entre el 14% y el 58%, con una incidencia referida al año anterior de entre un 6% y un 12%. La siguiente tabla muestra la tasa de incidencia

y prevalencia de femicidios cometidos por parejas o exparejas en distintos países de Europa en el año 2000, que confirma que la violencia doméstica se da en todos los países, independientemente de su nivel cultural, económico y democrático. Señalar que en todos ellos se ha encontrado una tasa de prevalencia superior a la encontrada en España, a excepción de Holanda. Los datos de nuestro país se comentarán más adelante.

**Tabla 2.1.** Femicidios cometidos por parejas o exparejas en diversos países europeos durante el año 2000 (Instituto de la Mujer, 2006)

	<b>Incidencia</b>	<b>Prevalencia*</b>
Alemania	128	3.58
Reino Unido	107	4.36
Rumania	119	12.62
Dinamarca	12	5.42
Finlandia	19	8.65
Noruega	12	6.58
Suecia	17	4.59
Holanda	12	1.83

\*Número de Femicidios por millón de mujeres mayores de 14 años

### 2.2.1. ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA EN ESPAÑA

En España se estima que la violencia doméstica afecta a alrededor del 20% de las mujeres (Fontanil et al., 2005; Labrador, Fernández y Rincón, 2006).

Ha sido en los últimos veinte años cuando se han comenzado a conocer cifras sobre la magnitud de este problema. La tasa de prevalencia de la violencia doméstica es estimada a partir de macroencuestas de ámbito nacional, llevadas a cabo por el Instituto de la Mujer, y a través del número de denuncias y muertes registradas por los organismos oficiales.

#### 2.2.2.1 Macroencuestas

Los estudios más importantes en España son las tres macroencuestas realizadas por el Instituto de la Mujer en el año 1999, en el año 2002 y la última de ellas, en el año 2006. Han sido llevadas a cabo de manera telefónica y evalúan la presencia de maltrato a través de 26 indicadores, que se refieren a diferentes situaciones de violencia doméstica, bien física, sexual o psicológica. Durante la entrevista se solicita a las mujeres que respondan si en la actualidad alguna persona de su hogar, su novio o pareja, aunque no conviva con ella, lleva a cabo “frecuentemente” o “a veces” determinados comportamientos, considerados como indicativos de violencia por las personas expertas. El cuadro 2.1 recoge los 26 indicadores utilizados en las macroencuestas.

**Cuadro 2.1.** Indicadores de la macroencuesta de violencia doméstica (Instituto de la Mujer, 2000, 2003, 2007).

---

**ÍTEMS DE LA MACROENCUESTA DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES**

---

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

La primera macroencuesta de esta naturaleza se llevó a cabo en el año 1999 y participaron 20.552 mujeres mayores de 18 años. Resulta especialmente interesante porque utiliza la distinción entre maltrato declarado y maltrato técnico. Es decir, se analiza la violencia teniendo en cuenta no sólo a las mujeres que refieren haber sido o estar siendo maltratadas (maltrato declarado), sino también a las que, aún sin conciencia de ello, han sido consideradas como maltratadas por los autores del estudio (maltrato técnico), al responder afirmativamente a al menos una de las 13 frases utilizadas en la encuesta como criterios de victimización de violencia grave (frases resaltadas en negrita en el cuadro anterior). De acuerdo con los resultados de esta encuesta, el 4.2% de las mujeres españolas mayores de edad declaró haber sido víctima de malos tratos durante el año anterior a la realización de la encuesta, lo que representa un total de aproximadamente 640.000 mujeres. Además, el 12.4% fue considerada técnicamente como “maltratada”, lo que representa un total de aproximadamente 1.865.000 mujeres. Del total de mujeres técnicamente maltratadas, en el 9% de los casos había sido la pareja de la víctima la causante del maltrato. De las mujeres con conciencia del maltrato, un 1.9% había sido maltratada por su pareja (Instituto de la Mujer, 2000).



En esta macroencuesta se encontró un mayor porcentaje de víctimas de violencia sexual en el grupo de mujeres que no era consciente de los malos tratos, en comparación con las mujeres que declararon ser maltratadas. Por el contrario, el porcentaje de víctimas de violencia física y psicológica era mayor en las mujeres auto clasificadas como maltratadas. Tal y como ha sido señalado anteriormente, la violencia sexual es más difícil de cuantificar, ya que es frecuente que estas mujeres normalicen este tipo de conductas abusivas y no sean conscientes de la violencia a la que están siendo sometidas.

En el año 2002 se llevó a cabo la segunda parte de esta macroencuesta. De las 20.652 entrevistas realizadas, un 11.1% de las mujeres se encontraba en situación objetiva de violencia en el ámbito doméstico, porcentaje algo inferior respecto al año 1999 (12.4%) y un 4.0% se autclasificó como maltratada, siendo el maltrato psicológico el más frecuente en este último grupo. Las cifras referidas únicamente a la violencia ejercida por la pareja señalan que en un 8.7% de las mujeres técnicamente maltratadas y en un 2.3% de las mujeres que declararon haber sufrido maltrato, había sido su pareja (ya sea la actual o el ex marido/ex pareja) la causante de las agresiones (Instituto de la Mujer, 2003).

Recientemente, se ha publicado la tercera parte de esta macroencuesta (Instituto de la Mujer, 2007), con el objeto de estudiar la evolución del maltrato contra las mujeres en el ámbito doméstico una vez aprobada la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Han sido 32.426 las mujeres mayores de 18 años y residentes en España que han participado en este estudio. Los resultados apuntan que un 9.6% de ellas se encuentra, sin ser consciente de ello, en situación objetiva de violencia (maltrato técnico), siendo en el 7.2% de los casos el maltrato ejercido por la pareja (ya sea la actual o el ex marido/ex pareja). Además, un 3.6% declaró haber sido maltratada durante el último año, siendo en un 2.1% de ellas la pareja/ex pareja/ex marido el causante de la violencia.

Se observa, por tanto, un descenso en el año 2006 respecto al año 2002 en el maltrato técnico y declarado, siendo la diferencia más importante en el caso del maltrato técnico.

Este descenso que muestra la última macroencuesta no se refleja en las cifras que recogen el número de denuncias y el número de muertes por violencia doméstica, que pasan a ser comentadas a continuación.

#### **2.2.2.2 Denuncias**

Se estima que en nuestro país únicamente entre el 10% y el 30% de las agresiones vividas por las mujeres maltratadas son denunciadas (Echeburúa y Corral, 1998; Sarasua y Zubizarreta, 2000). Esta cifra se reduce, aún más, en el colectivo de mujeres inmigrantes, que en muchos casos une a su condición de víctima la de irregular, lo que supone un freno a la hora de buscar ayuda e interponer una denuncia.

Hay que tener en cuenta también que las estadísticas están elaboradas a partir del número de denuncias interpuestas en el Cuerpo de Seguridad del Estado y no incluyen aquéllas presentadas ante algunas policías autonómicas, por lo que este sistema de recogida de los datos permite conocer únicamente la punta del iceberg (Gracia, 2002).

Teniendo en cuenta que solamente un pequeño porcentaje de las mujeres maltratadas denuncia y que la recogida de datos no es del todo exhaustiva, la estimación de la prevalencia de la violencia doméstica a partir de este indicador se traduce en un subregistro de las víctimas reales de esta lacra social.

Las primeras cifras de denuncias que salieron a la luz pública fueron las recogidas en las comisarías de policía por el Ministerio del Interior en el año 1984. A partir de este momento, el Instituto de la Mujer viene elaborando estadísticas anuales que permiten estudiar la evolución del número de denuncias (Disponible en: <http://www.mtas.es/mujer/mcifras/principal.htm>).

Tal y como se desprende de la tabla 2.1, el número de denuncias desde que aparecieran a la luz las primeras cifras oficiales hasta el año 1997 es muy similar (con ligeras oscilaciones), siendo 16.388 la media del número de ellas. Es en 1998 cuando el número de denuncias experimenta un incremento significativo respecto a los años anteriores, que continua de manera sistemática en los años posteriores.

**Tabla 2.2.** Número de denuncias recogidas en España desde 1984 a 2006. Cifras oficiales.

NÚMERO DE DENUNCIAS DE 1984 A 2006			
AÑO	DENUNCIAS	AÑO	DENUNCIAS
1984	16.441	1996	16.378
1985	16.810	1997	17.488
1986	17.056	1998	19.535
1987	15.196	1999	21.680
1988	14.461	2000	22.397
1989	17.738	2001	24.158
1990	16.089	2002*	43.313
1991	16.946	2003	50.090
1992	16.520	2004**	57.527
1993	15.908	2005	59.758
1994	16.284	2006***	57.454
1995	16.122		

**Nota:** \* Ampliación del número de relaciones consideradas entre víctima y agresor  
 \*\* Inclusión en las estadísticas oficiales las modificaciones legislativas de 2003.  
 \*\*\* Denuncias interpuestas hasta el mes de noviembre.

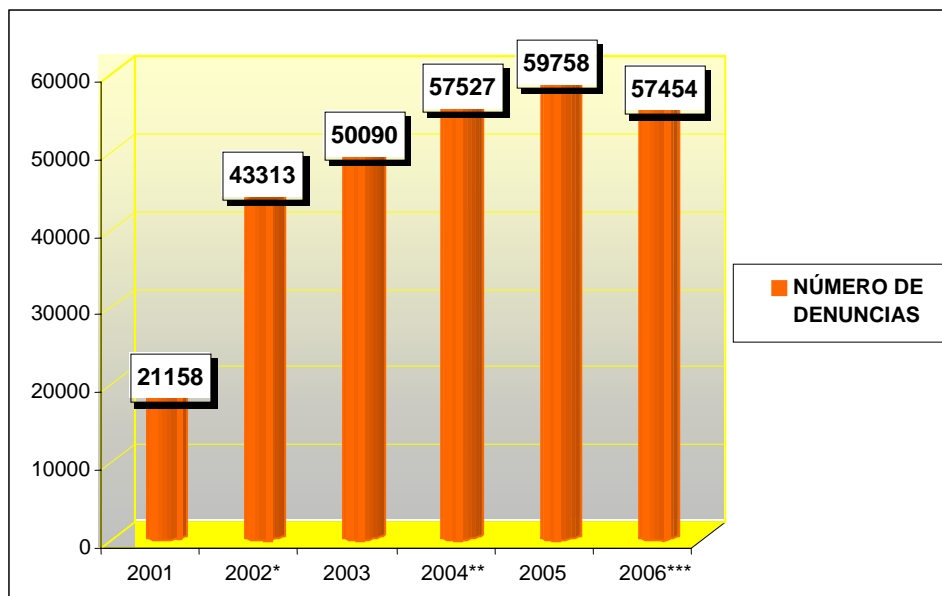
Desde un punto de vista metodológico, se debe tener en cuenta que hasta diciembre de 2001 estas estadísticas recogían únicamente aquellos casos de violencia perpetrados por el cónyuge o análogo, incluyendo bajo este último epígrafe solamente a la pareja de hecho. A partir de enero de 2002, con el objeto de dar cabida a aquellos casos en los que los malos tratos se producían cuando ya se había roto la relación o con independencia del grado de compromiso adquirido entre agresor y víctima, fue ampliado el número de relaciones consideradas entre éstos,

incluyendo al ex cónyuge (tanto en situación de separación como de divorcio), compañero o excompañero sentimental y novio o exnovio de la víctima como posibles agentes de la violencia. Además, a partir de 2004 las estadísticas oficiales recogen las modificaciones legislativas llevadas a cabo durante el año 2003, siendo una de las principales la consideración como “delito” de muchas de las infracciones que hasta entonces eran tratadas como “faltas”.

Todos estos cambios dirigidos a una mejora de las estadísticas podrían explicar en parte el notable incremento del número de denuncias en estos años, casi un 45% más de denuncias en 2002 respecto al año anterior y un 15% y 25% más en 2004 respecto al año 2003 y 2002, respectivamente. Por lo tanto, los datos más fiables a la hora de analizar la evolución en las cifras, son aquellos disponibles a partir del año 2004. En el año 2005, el número de denuncias aumenta en casi un 4% respecto al año anterior y en el 2006, aunque las cifras recogen las denuncias interpuestas hasta el mes de noviembre, éstas parecen experimentar un nuevo incremento.

La figura 2.1 muestra de manera gráfica los datos ofrecidos por el Instituto de la Mujer, que permiten analizar la evolución en el número de denuncias.

**Figura 2.1.** Evolución del número de denuncias por violencia doméstica desde 2001 hasta 2006. Datos oficiales (Instituto de la Mujer, 2006).



**Fuente:** Elaboración a partir de los datos facilitados por el Ministerio del Interior.

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

\* Ampliación del número de relaciones consideradas entre víctima y agresor.

\*\* Se incluyen las modificaciones legislativas de 2003.

\*\*\* Denuncias interpuestas hasta el mes de noviembre.

Este incremento sistemático en el número de denuncias interpuestas no necesariamente es el resultado de un aumento real de la violencia en el ámbito doméstico. Se ha señalado que este incremento podría ser un indicador del reciente despliegue en nuestra sociedad de recursos

sociales a disposición de las mujeres maltratadas, de la mayor sensibilidad social ante el problema y de los recientes cambios legislativos en materia de violencia doméstica, que favorecen que las mujeres estén mejor informadas, se sientan más respaldadas y empiecen a cambiar la resignación por el ejercicio de sus derechos.

De manera contraria, Medina (2002) defiende que este aumento del número de denuncias sí podría ser debido a un aumento real de la violencia doméstica en España durante los últimos años, como reacción al progreso de la situación social de la mujer y a la ruptura de los privilegios de poder masculino. Sin embargo, no hay datos disponibles que permitan valorar si esta interpretación es adecuada. Algunos datos podrían ayudar a defender más una interpretación que otra. Por ejemplo, el hecho de que se hayan incrementado fundamentalmente las denuncias por malos tratos psicológicos, que son más difíciles de identificar, parece defender la idea de que el aumento de las cifras es el resultado de una mayor información y concienciación social del problema. No obstante, en comunidades autónomas como Andalucía, en las que existe un mayor número de centros de atención a la mujer, es donde se ha observado una disminución en el número de denuncias presentadas desde 1989 (Medina, 2002).

A pesar de este crecimiento en las cifras, son todavía muchas las agresiones que quedan sin denunciar. Pero el problema no queda ahí, ya que muchas de las denuncias interpuestas ante las autoridades judiciales o policiales no llegan a la fase de diligencias previas, al ser retiradas por las mujeres antes de que se inicie el correspondiente procedimiento legal. Concretamente, el sobreseimiento de una instrucción penal por violencia doméstica a partir de la retirada de la denuncia por parte de la víctima se sitúa en un 63.5% (Themis, 1999).

Por otro lado, habría que tener en cuenta, además, que estas cifras recogen principalmente aquellos casos de malos tratos perpetrados en los sectores sociales menos favorecidos, que son los que con mayor frecuencia recurren a las fuerzas de seguridad para presentar denuncias y hacen uso de los servicios sociales a la hora de solicitar atención o asesoría psicológica y/o jurídica. En cambio, los malos tratos perpetrados en familias de niveles socioeconómicos más elevados no suelen denunciarse en las comisarías de policía y, por tanto, frecuentemente no aparecen en los datos facilitados por el Ministro del Interior (Echeburúa y Corral, 1998; Torres y Espada, 1996).

### **2.2.2.3 Homicidios**

Las cifras que recogen el número de homicidios por violencia doméstica reflejan de manera más dramática la tasa de prevalencia de este problema. Según el informe de la Organización Mundial de la Salud, el 68% de las muertes de mujeres en el mundo se debe a la violencia de género (Krug et al., 2002).

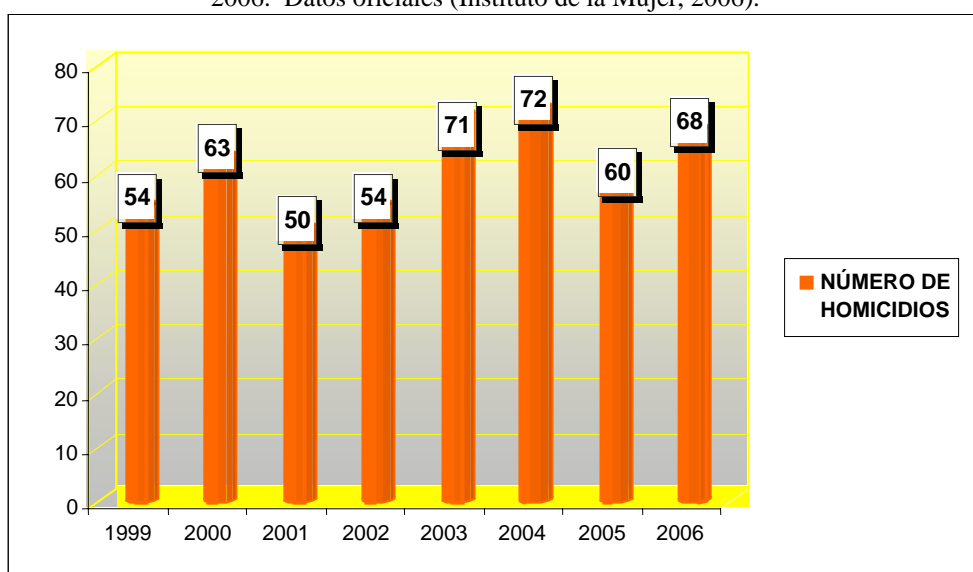
En nuestro país, el Instituto de la Mujer recoge el número de mujeres muertas por

violencia doméstica a partir de noticias en prensa y de las cifras oficiales facilitadas por el Ministerio del Interior. Estas cifras incluyen todos aquellos casos en los que la autoría de la agresión corresponde al cónyuge, excónyuge (incluido separado y divorciado), compañero sentimental, excompañero sentimental, novio o exnovio de la víctima.

Tal y como se desprende de la siguiente figura, desde el año 1999, en el que fueron 54 las mujeres muertas por violencia doméstica hasta la actualidad, las cifras que recogen el número de homicidios han experimentado una tendencia al alza.

La figura 2.2 recoge los datos oficiales ofrecidos por el Instituto de la Mujer del número de mujeres muertas por violencia doméstica

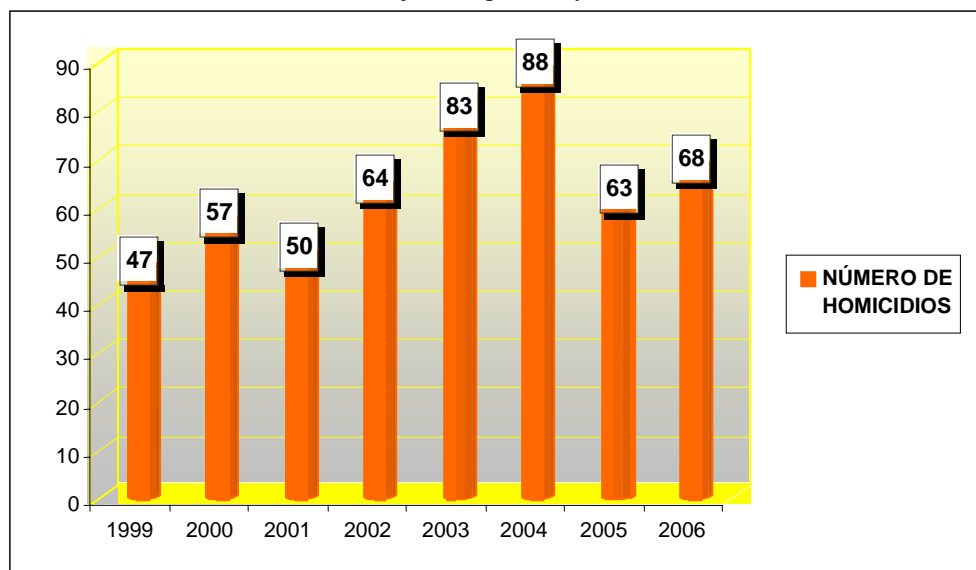
**Figura 2.2.** Mujeres muertas por violencia doméstica desde 1999 hasta 2006. Datos oficiales (Instituto de la Mujer, 2006).



Concretamente, en el año 2000 el número de mujeres muertas aumentó en casi un 15% respecto al año anterior. Este aumento revirtió en 2001 y 2002, pero en el año 2003 las cifras experimentan nuevamente un dramático incremento; casi un 25% más de mujeres muertas por violencia doméstica en ese año respecto a 2002. Este incremento pudiera estar relacionado con el progresivo aumento en el número de denuncias; en el año 2003 éstas aumentaron en un 15% respecto al 2002. Como se sabe, el momento en el que las víctimas denuncian el maltrato es uno de los de mayor riesgo para ser asesinada. En este sentido, el 98% de las mujeres asesinadas en España por violencia doméstica desde 1997 hasta 2000 acababan de denunciar a su pareja o habían iniciado trámites de separación (Varela, 2002). El incremento experimentado en 2003 en el número de homicidios vuelve a aumentar en una víctima al año siguiente y disminuye en un 8.7% en 2005. En el 2006, dos años después de la aprobación de la Ley Integral contra la Violencia Doméstica, son 68 las mujeres muertas, lo que supone una víctima cada cinco días. Los grandes avances en materia judicial no han podido poner freno a este grave problema social.

Por su parte, la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas (Disponible en: <http://www.separadasydivorciadas.org>) comenzó en 1998 a llevar en su página de Internet un contador del número de homicidios por violencia de género, en el que se especifica el tipo de relación entre agresor y víctima, aunque también incluye aquellos casos en los que el tipo de relación se desconoce. Concretamente, los datos que se han seleccionado para este trabajo, y que aparecen en la figura 2.3, son los correspondientes a aquellos casos en los que el homicidio ha sido perpetrado por el cónyuge, excónyuge, pareja, expareja, novio, exnovio o persona con la que la víctima mantenía o había mantenido una relación sentimental.

**Figura 2.3.** Mujeres muertas por violencia doméstica desde 1999 hasta 2006. Datos de la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas (2006).



Tal y como se desprende del recuento, existe una discrepancia en el número de muertes recogidas por el Ministerio del Interior y el recogido por la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas. Concretamente, hasta el año 2001 (éste no incluido) el número de víctimas facilitadas por el Ministerio del Interior era aproximadamente un 9% más que el facilitado por la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas. Sin embargo, a partir de 2003 las cifras oficiales son notablemente inferiores (a excepción del año 2006 en el que coinciden en el número de homicidios registrados), llegando, incluso, la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas a contabilizar casi un 20% más de mujeres muertas, como ocurre en 2004. Estas discrepancias se podrían deber a los diferentes criterios empleados en la recogida de los datos. Así, el Ministerio del Interior contabiliza las mujeres muertas en el acto, mientras que la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas hace un seguimiento e incluye, también, a aquellas otras mujeres que fallecen como consecuencia del maltrato, pero tras un periodo de hospitalización o similar (Bosch y Ferrer, 2002). Llorente (2001) añade que esta diferencia en las cifras también podría ser explicada por el desconocimiento, en ocasiones, del agente homicida hasta el dictamen judicial, por lo que debido a la demora que esto implica, a veces el homicidio no es incluido en las

estadísticas de violencia doméstica. Finalmente, hay que señalar que los datos ofrecidos por la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas son recogidos a partir de información aparecida en la prensa, lo que podría cuestionar la validez de los mismos.

En definitiva, se sabe que debido a distintos problemas en las fuentes de recogida de información y a que a veces no se incluyen entre las muertes algunos suicidios cometidos por las víctimas, que perciben que es la única salida para poner fin a su situación, las cifras de este tipo de homicidios en España no son del todo precisas. No obstante, los datos aportados son más que suficientes para reflejar la gravedad del problema de la violencia doméstica. De ellos se desprende la necesidad de un esfuerzo de la sociedad en su conjunto para su erradicación, exigiendo la adopción de medidas desde diferentes ámbitos (social, político, jurídico y psicológico), que presten ayuda a este tipo de víctimas.

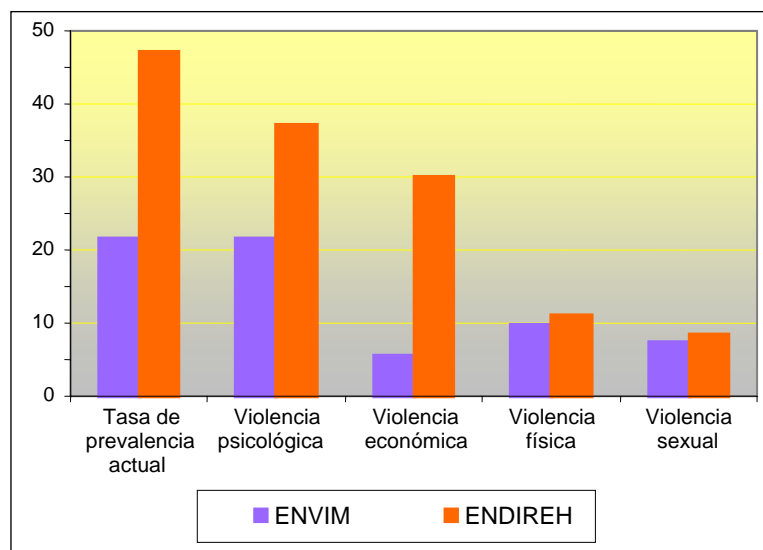
### **2.2.2. ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA EN MÉXICO**

A pesar de que en México el problema de la violencia doméstica afecta a una gran parte de la población femenina, las estimaciones oficiales sobre los índices de maltrato se encuentran todavía muy alejadas de la realidad. Esto se debe a que las distintas fuentes de información no coinciden en los casos registrados y a que no existe un consenso sobre lo que se entiende por los distintos tipos de violencia. Además, hay que tener en cuenta que muchas de las mujeres maltratadas no denuncian su condición de víctimas ante las autoridades pertinentes. Las razones que aluden las mujeres para no denunciar a sus parejas son: un 55.7% porque no lo consideran necesario, un 11.4% por no afectar a los hijos, un 6.4% porque no se le ha ocurrido, un 2.1% refiere que es el amor hacia su pareja el que le impide denunciar, un 1.8% por dinero y un 1.6% por desconfianza en la eficacia del sistema judicial (Aguayo, Cisneros, Jusidman y Sarre, 2003).

En el año 2003 se realizaron las dos primeras encuestas a nivel nacional, dirigidas específicamente al estudio de la prevalencia de la violencia doméstica: la Encuesta Nacional sobre Violencia Contra las Mujeres (ENVIM) de la Secretaría Nacional de Salud Pública (2004a) y la Encuesta Nacional sobre las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2004). En la primera participaron 26.042 mujeres mayores de 15 años y usuarias de los servicios de salud pública y en la segunda 34.184 mujeres mayores de 15 años y con pareja residente en el hogar. Los resultados que ofrecen ambas encuestas son relativamente inconsistentes (véase figura 2.4). Así pues, la ENVIM encontró que una de cada cinco usuarias de los servicios de salud (21.5%) había sufrido al menos un incidente de violencia (del tipo que sea), durante los 12 meses anteriores a la entrevista y una de cada tres en algún momento de su vida (Secretaría Nacional de Salud Pública, 2004a). Por su parte, la ENDIREH señaló que un 46.6% de las mujeres mayores de 15 años con pareja en el hogar (aproximadamente 24.5 millones de mujeres si se extrapola este porcentaje a la población total)

había sufrido uno o más episodios de malos tratos durante los 12 meses anteriores a la entrevista (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2004). Los datos ofrecidos sobre la tasa de prevalencia de los distintos tipos de violencia también son algo dispares. La ENVIM encontró que un 21.7% de las mujeres había sufrido malos tratos psicológicos y la ENDIREH detectó una tasa de prevalencia de un 37.1%. De la misma manera, la tasa de prevalencia de la violencia económica oscila de un 5.4% (ENVIM) a un 30% (ENDIREH), diferencias que podrían ser debidas a la forma de recogida de información, ya que la ENVIM únicamente incluyó dos preguntas sobre este tipo de violencia frente a las seis que incluyó la ENDIREH.

**Figura 2.4.** Tasa de prevalencia actual de violencia física, sexual, psicológica y económica. Resultados de la ENVIM y ENDIREH.



Por el contrario, los resultados sobre la violencia física y sexual son relativamente homogéneos. Así pues, la tasa de prevalencia de la violencia física oscila entre un 9.8% (alrededor de 5 millones de mujeres) (ENVIM) y un 11% (ENDIREH) y de la violencia sexual entre un 7.5% (ENVIM) y un 8.3% (ENDIREH).

A pesar de las discrepancias, se puede concluir que en México la tasa de prevalencia de la violencia doméstica es muy elevada, siendo el maltrato psicológico el que con mayor frecuencia sufren estas mujeres. La figura 2.4 representa de manera gráfica los resultados de ambas encuestas.



## **2.3. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA**

### **2.3.1. EDAD**

Cualquier mujer puede ser víctima de violencia doméstica independientemente de su edad. No obstante, si se estima la tasa de prevalencia a partir del número de denuncias presentadas, sería el grupo de mujeres de entre 31 y 40 años las más afectadas por el maltrato. Según las estadísticas facilitadas por el Instituto de la Mujer (2006), son las mujeres de entre 31 y 40 años las que más denuncian su condición de víctimas, seguidas por las mujeres de entre 21 y 30 años y de entre 41 y 50 años.

Concretamente, desde el año 2002 hasta la actualidad, alrededor del 35% del total de las denuncias por malos tratos han sido interpuestas por mujeres de entre 31 y 40 años, alrededor del 32% de las denuncias por mujeres de entre 21 y 30 años y aproximadamente el 17% por mujeres de entre 41 y 50 años. En la misma dirección apuntan las cifras que recogen el número de mujeres muertas. Es en el grupo de mujeres de entre 31 y 40 años, seguido del grupo de entre 21 y 30 años donde aparece el mayor número de homicidios en los últimos años, lo que apoyaría la idea de que el momento de la denuncia es uno de los de mayor riesgo de ser asesinada en este tipo de víctimas.

Los datos sobre México son congruentes con los encontrados en España. Así pues, la última encuesta llevada a cabo en este país por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2004) muestra que son las mujeres de entre 30 y 39 años las que con mayor frecuencia (27.9%) refieren haber sido víctimas de, al menos, un incidente de violencia en los doce últimos meses anteriores al estudio. Estarían seguidas por las mujeres de entre 40 y 49 años (21.3%) y de entre 20 y 29 años (20.4%).

### **2.3.2. NACIONALIDAD**

La incidencia del maltrato, tanto declarado como técnico, es mayor entre las mujeres extranjeras residentes en España que entre las mujeres españolas. En concreto, en la última macroencuesta realizada en nuestro país se encontró que un 7% de las mujeres extranjeras declaró haber sido víctima de malos tratos en el último año, el doble que las mujeres españolas. Asimismo, un 17.3% de ellas fue considerada técnicamente como “maltratada”, frente al 9.6% de las españolas (Instituto de la Mujer, 2007).

### **2.3.3. ESTADO CIVIL**

Según los últimos datos, el mayor porcentaje de mujeres técnicamente maltratadas aparece entre las separadas o divorciadas (14.9%) frente a las casadas o que conviven en pareja

(11.3%) y las solteras (8.6%). Asimismo, el mayor porcentaje de maltrato declarado se da entre las mujeres separadas o divorciadas (16.6%) frente a las casadas o en convivencia con el agresor (3.2%) y las solteras (3.3%) (Instituto de la Mujer, 2007).

En México, los resultados de la ENDIREH, al incluir únicamente a mujeres con pareja residente en el hogar, no ofrece datos sobre las víctimas ya separadas o divorciadas. No obstante, hace una distinción en el estado civil de la muestra, en función de si la mujer está o no casada con el agresor y en el caso de estarlo, si está unida a él únicamente por lo civil, únicamente por lo religioso o tanto por lo civil como por lo religioso. Los resultados señalan que casi el 50% de las mujeres maltratadas estaba casada con el agresor, tanto por lo civil como por lo religioso. El porcentaje más pequeño corresponde a las mujeres casadas con el agresor únicamente por lo religioso, que no supera el 3.5% (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2004).

#### **2.3.4. NIVEL EDUCATIVO**

La violencia doméstica afecta a cualquier mujer, independientemente de su nivel educativo. Sin embargo, en nuestro país y según el informe del año 2000 publicado por el Instituto de la Mujer, un 12% de las mujeres técnicamente maltratadas tenía estudios universitarios, porcentaje inferior al de la población general de mujeres, que se sitúa en un 13.9% (Instituto Nacional de Estadística, 2001). En el grupo de mujeres técnicamente maltratadas aparece el porcentaje más elevado de mujeres sin estudios o con estudios primarios incompletos (47%). Por otro lado, el porcentaje de mujeres con estudios medios y primarios es muy similar entre las víctimas auto clasificadas como maltratadas (41.3%) y la población general de mujeres (41%) (Fundación La Caixa [Alberdi, I. y Matras, N.], 2002).

En México, parecen ser las mujeres sin estudios o con estudios primarios las más afectadas por este tipo de violencia (56.3%) en comparación con las mujeres con estudios secundarios (33.4%) o con las que han cursado algún año de estudios universitarios (7.2%) (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2004).

#### **2.3.5. ACTIVIDAD LABORAL**

Respecto a la actividad laboral, según el informe del año 2000 del Instituto de la Mujer, el nivel de actividad de las mujeres técnicamente maltratadas es más bajo (27.5%) en comparación con la media de la población general de mujeres (30.8%). Sin embargo, en las víctimas que se autclasifican como maltratadas el nivel de actividad es algo más elevado (32.2%). Por otro lado, el porcentaje de amas de casa es superior en las mujeres técnicamente maltratadas (47%) que en las que se declaran como maltratadas y que en la población general de mujeres (42%). De ello se podría desprender, bien que la actividad laboral facilitaría en estas

mujeres la toma de conciencia de su condición de víctima, o bien que esta percepción subjetiva de su condición de víctima impulsaría a estas mujeres a incorporarse al mundo laboral, como medio de lograr la independencia respecto al agresor (Fundación La Caixa [Alberdi, I. y Matas, N.], 2002).

En México, el 60% de las víctimas son mujeres sin ingresos económicos, bien dedicadas a las labores domésticas o a otra actividad no remunerada (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2004).

### **2.3.6. HÁBITAT**

En España y según los últimos datos ofrecidos por el Instituto de la Mujer, hay una asociación entre el maltrato declarado y el tamaño del hábitat; a medida que aumenta el tamaño poblacional de los municipios de residencia aumenta el porcentaje de mujeres que se declaran como maltratadas. En cuanto al maltrato técnico, parece no haber relación entre éste y el tamaño del hábitat, pero sí se percibe un descenso de la incidencia de mujeres técnicamente maltratadas en los municipios más pequeños y en los de más de 50.000 habitantes en el año 2006 respecto al año 1999 y 2002 (Instituto de la Mujer, 2000, 2003, 2007).

En este sentido, Lorente (2001) señala que en las comunidades autónomas con más densidad de población, hay una mayor tasa de denuncias por malos tratos y, por otro lado, la tasa de suicidios como consecuencia de la violencia doméstica es menor. Esta mayor percepción subjetiva de la condición de víctima podría ser explicada por diferentes factores: 1- por una mayor conciencia social y un mayor número de dispositivos de ayuda para mujeres en las grandes poblaciones; 2- por el anonimato que brindan las zonas urbanas y que pueden animar a estas mujeres a denunciar, sin el temor a que este acto sea conocido públicamente; y 3- por la mayor conciencia que de sus derechos podrían tener las mujeres de las grandes ciudades.

De la misma manera, en México son las mujeres de las zonas urbanas las que con mayor frecuencia refieren haber sido víctimas de violencia por parte de su pareja (48.1%) en comparación con las mujeres de zonas rurales (41%) (localidades con menos de 2.500 habitantes). Al analizar los porcentajes atendiendo al tipo de violencia experimentada, aparece que son las mujeres que habitan en zonas urbanas las que con mayor frecuencia refieren recibir malos tratos psicológicos; sin embargo, en los casos de violencia física, son las mujeres pertenecientes a zonas rurales las que con mayor frecuencia declaran recibir este tipo de agresiones (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2004). Por lo tanto, parece lógico pensar que, dado que el maltrato psicológico es más difícil de identificar, las mujeres de zonas rurales, donde existe una menor conciencia social del problema, no estarían siendo conscientes de este tipo de violencia, aunque sí de las formas más evidentes, como es la violencia física.

## 2.4. RESUMEN

La prevalencia real de la violencia doméstica es todavía desconocida. La escasez de estudios epidemiológicos, la cuestionable fiabilidad de los datos que ofrecen muchos de ellos y la disparidad en las cifras que recogen las tasas de prevalencia de este tipo de violencia en distintos países dificultan conocer la magnitud real de este grave problema social.

Los datos más fiables señalan que entre un 10% y un 69% de las mujeres han sido víctimas de malos tratos físicos en su relación de pareja en algún momento de su vida y entre un 1.3% y un 52% lo han sido en el último año. En EEUU, la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres indica que un 22.1% de las entrevistadas había sido agredida físicamente y un 7.7% había sido maltratada sexualmente en algún momento de su vida. La última encuesta nacional realizada en México señala que casi la mitad de la población femenina mayor de 15 años y con pareja residente en el hogar había sufrido, al menos, un incidente de malos tratos en los últimos 12 meses anteriores a la entrevista. En España según los datos del estudio más reciente, un 7.2% de las mujeres se encuentra, sin ser consciente de ello, en situación objetiva de violencia a manos de su pareja/ex marido/ex pareja y un 2.1% declara haber sido maltratada en el último año. Son las mujeres extranjeras las más afectadas por este problema.

El número de denuncias y homicidios por violencia doméstica facilitados por el Ministerio del Interior es otro indicador de la gravedad de este fenómeno. En nuestro país, las cifras que recogen el número de denuncias han experimentado un progresivo aumento en los últimos años. Este incremento podría estar explicando el dramático aumento del número de homicidios, que es, sin duda, el reflejo más alarmante de esta lacra social.

A pesar de no haber un perfil sociodemográfico que defina las víctimas de violencia doméstica, según datos facilitados por el Instituto de la Mujer, son las mujeres de entre 31 y 40 años las que más denuncian la violencia doméstica, siendo en este mismo grupo de edad, donde se ha registrado un mayor número de mujeres maltratadas muertas en los últimos años. Asimismo, en México son las mujeres de entre 30 y 39 años las que con mayor frecuencia refieren haber sido víctimas de, al menos, un incidente de violencia en el último año.

En nuestro país, los últimos datos apuntan que el mayor porcentaje de mujeres técnicamente maltratadas y que se declaran como tal aparece entre las mujeres separadas y divorciadas. Por otro lado, el porcentaje de mujeres sin estudios o con estudios primarios incompletos es mayor en las mujeres consideradas técnicamente como “maltratadas” y su nivel de actividad más bajo en comparación con la media de la población general de mujeres españolas. Por el contrario, el nivel de estudios de las mujeres que se auto clasifican como maltratadas es similar al de la población general femenina y el nivel de actividad, incluso, mayor. En México son las mujeres maltratadas sin estudios o con estudios primarios y sin ingresos económicos las

más afectadas por este tipo de violencia. Finalmente y respecto al hábitat, son las mujeres de zonas urbanas las que con mayor frecuencia refieren haber recibido malos tratos.

# 3

## CONCEPTUALIZACIÓN LEGAL Y JURÍDICA DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

En los últimos veinticinco años la violencia doméstica ha dejado de ser considerada un problema perteneciente al ámbito privado de las personas, para convertirse en un fenómeno de preocupación y alarma del conjunto de la sociedad. La mayor visibilidad de este tipo de violencia ha favorecido que la comunidad internacional y, especialmente, la Unión Europea reconozcan la gravedad del problema en sus justas dimensiones y comiencen a tomar medidas para erradicarlo.

La Organización de Naciones Unidas ha mostrado preocupación por la violencia contra las mujeres, en general, y por la violencia doméstica, en particular, en todos los ámbitos sociales, políticos, raciales y culturales. El Decenio de Naciones Unidas para la Mujer, que tuvo lugar durante los años 1975-1985, contribuyó poderosamente a la visibilidad de este problema (Naciones Unidas, 1985). Asimismo, la creación de un marco jurídico internacional ha desempeñado un papel fundamental en la lucha contra esta lacra social.

Uno de los instrumentos legales de mayor autoridad en materia de violencia de género fue la *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer*, en la que se exigió a los estados medidas legislativas y administrativas para prevenir, investigar y castigar este tipo de violencia (Naciones Unidas, 1979).

Otros acontecimientos claves que han ido apuntalando el reconocimiento de la violencia contra las mujeres como un problema internacional son los siguientes:

- III Conferencia Mundial sobre las Mujeres celebrada en Nairobi en 1985. Los malos tratos contra las mujeres fueron considerados como un verdadero problema de la comunidad internacional y uno de los principales obstáculos para el desarrollo y la paz.

- Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993, donde se aprobó la “*Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*” (Declaración 48/104; Naciones Unidas, 1994). Marcó un hito en el reconocimiento internacional de este problema, al considerar este tipo de violencia como un obstáculo para el logro de la igualdad, el desarrollo y la paz, y un atentado contra los derechos humanos fundamentales de las mujeres, su libertad e integridad física. Además de la definición de la violencia contra las mujeres (art.1º), la Declaración de Naciones Unidas enumera en su artículo 2º los actos que se consideran violencia de género: “a) la violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia [...], la violación por el marido [...], los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación; b) la violencia física, sexual y psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive la

violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexual en el trabajo, en instituciones educativas y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada, y c) la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra”.

- IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de las Naciones Unidas celebrada en Beijing en 1995, donde se aprobó la Plataforma para la Acción, que insta a los gobiernos a que se responsabilicen de los actos de violencia contra las mujeres, sus causas y sus consecuencias, y tomen medidas integrales para su prevención y eliminación.

De la misma manera, el Consejo de la Unión Europea ha ido otorgando a la violencia doméstica un protagonismo cada vez mayor en sus políticas, elaborando diversas Resoluciones, Recomendaciones, Declaraciones y Acciones dirigidas a su erradicación. En el año 1997, el Parlamento Europeo puso en marcha la iniciativa DAPHNE, con el objeto de promover medidas preventivas destinadas a combatir la violencia contra los/as niños/as, adolescentes y mujeres, que se convirtió en enero del 2000 en un programa completo de cuatro años de duración (Diario Oficial de las Comunidades Europeas, 2000). De manera más reciente, ha sido aprobado el programa DAPHNE II (2004-2008) para continuar con la prevención y erradicación de este tipo de violencia (Diario Oficial de la Unión Europea, 2004).

### **3.1. SITUACIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA EN ESPAÑA**

El gobierno español comenzó a dar respuesta institucional a la violencia doméstica a partir del 1984. En este año, el Ministerio del Interior inició la publicación del número de denuncias por malos tratos, se creó la primera casa de acogida para las víctimas y se ratificó la “Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer”, aprobada en Nueva York en 1979.

En los últimos años, las Políticas de Igualdad del gobierno han otorgado a la violencia contra las mujeres un lugar destacado dentro de su programa político. En enero de 1988, el Consejo de Ministros aprobó el denominado *Plan de Acción Contra la Violencia de Género en el Ámbito Doméstico 1998-2000*, con el objetivo de erradicar este tipo de actos en el seno de las familias y de arbitrar los medios necesarios para paliar sus efectos en las víctimas (Instituto de la Mujer, 1998). Dicho plan se articulaba en seis áreas de actuación, a saber: sensibilización y prevención, educación y formación, recursos sociales, sanidad, legislación y práctica jurídica e investigación.

Como consecuencia de la ejecución del I Plan, se incrementaron notablemente los recursos disponibles para las víctimas y sus hijos y se llevaron a cabo importantes modificaciones legislativas, recogidas en la Ley Orgánica 14/1999, de 9 de junio, de Modificación del Código Penal de 1995 en materia de protección a las víctimas de malos tratos

(Jefatura del Estado, 1999). Algunas de estas modificaciones son: 1) Se tipifica como modalidad comitiva la violencia psíquica; 2) Ofrece un concepto de habitualidad en el maltrato, tanto físico como psíquico, que alude al número de actos de violencia que resulten acreditados, así como a la proximidad temporal de los mismos, con independencia de que hayan sido ejercidos sobre la misma o diferentes víctimas y de que hayan sido o no objeto de enjuiciamiento en procesos anteriores; y 3) Se amplían los sujetos pasivos de delito, con lo que se trata de extender el ámbito de la protección más allá del hogar o la familia en sentido estricto, y proteger los casos en los que ya ha habido separación, al menos de hecho. En marzo de 2001 se aprobó el *II Plan Integral contra la Violencia Doméstica 2001-2004* (Instituto de la Mujer, 2002c) que continuó con la labor iniciada en la lucha contra este problema social. Dentro de las medidas que incluye este plan, habría que destacar la firma de un convenio para la creación del Observatorio sobre Violencia Doméstica, constituido el 26 de septiembre de 2002, con el objeto de servir como centro de análisis de la situación y evolución de la violencia contra la mujer en nuestro país, a través de un seguimiento de los procesos judiciales iniciados por malos tratos y de las sentencias dictadas por los tribunales.

En materia judicial, los principales avances dirigidos a proporcionar una respuesta integral y coordinada por parte de todos los poderes públicos a la violencia doméstica y evitar, así, el desamparo de las víctimas se concretan en la reciente aprobación de dos leyes. En primer lugar, la aprobación de la Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la *Orden de Protección a las Víctimas de Violencia Doméstica*, que ha venido a constituir una herramienta jurídica de suma importancia, al permitir la protección integral (física, económica, jurídica, social y policial) e inmediata de las víctimas de malos tratos (Jefatura del Estado, 2003). En concreto, establece *medidas penales*, como el alejamiento del agresor o la prisión provisional, entre otras, *medidas civiles y cautelares*, como la atribución del uso del domicilio familiar y de la custodia de los hijos a las víctimas, así como el establecimiento de una pensión alimentaria y *ayudas económicas* para aquellas mujeres sin ingresos. La orden de protección puede ser solicitada por la propia víctima, incluso, estando en situación irregular, como es el caso de muchas de las mujeres inmigrantes en nuestro país.

En segundo lugar, la aprobación por unanimidad el 22 de diciembre de 2004 de la *Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral Contra la Violencia de Género*, que sitúa el problema de la violencia contra las mujeres en un asunto de estado (Jefatura del Estado, 2004). De manera específica, con esta ley se pretende proporcionar una respuesta integral al problema de la violencia contra las mujeres y establecer medidas de sensibilización, prevención, detección e intervención en diferentes ámbitos (educativo, sanitario, social, institucional, penal y judicial). En concreto, la Ley Integral, como se conoce a la *Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral Contra la Violencia de Género*, incluye medidas destinadas a transmitir al conjunto de



la sociedad “*nuevas escalas de valores, basadas en el respeto de los derechos y libertades fundamentales y en la igualdad entre hombres y mujeres*” (art.3), en las que se incluirían las actuaciones en el orden educativo (arts.4-9), en el ámbito de la publicidad y los medios de comunicación (arts. 10-14) y en el ámbito sanitario (art.15 y 16). Contempla también medidas dirigidas a favorecer la autonomía de las víctimas y su readaptación a la vida social y laboral, por ejemplo, reducción del tiempo de trabajo, movilidad geográfica y flexibilidad de horarios en el ámbito laboral (art.21), programas específicos de empleo (art.22), ayudas sociales y económicas, esto es, prioridad en el acceso a viviendas protegidas y residencias públicas de mayores (arts.27 y 28, respectivamente) y medidas de prevención y protección a las víctimas, concretamente, derecho a una asistencia social integral (art.19) y asistencia jurídica gratuita unificada en todos los procedimientos (art. 20), entre otras.

Desde el ámbito judicial, la Ley Integral ha diseñado una nueva respuesta “organizativa y funcional” para este tipo de violencia. Uno de los logros más relevantes ha sido la creación de Juzgados Exclusivos de Violencia contra la Mujer, con potestad de actuación en cada una de las causas que afectan a una misma víctima, tanto penales como civiles. Únicamente fueron diecisiete los juzgados que asumieron las competencias propias de la violencia doméstica de manera exclusiva desde su creación el 29 de junio de 2005. En la actualidad son diez más los que están funcionando, aunque se han creado otros trece, que es esperable que empiecen a funcionar a principios de 2007. La Ley Integral contempla también la formación de jueces y fiscales (art.47), en concreto, el establecimiento de un fiscal contra la violencia de género como delegado del fiscal general del Estado, que intervendría directamente en aquellos procesos penales y civiles de especial trascendencia. Desde diciembre de 2005, las víctimas pueden solicitar, además, una asistencia letrada que les informe y asesore en materia de judicial, con el objeto de potenciar el que estas mujeres denuncien la violencia y, en caso de haberlo hecho, que no retiren la denuncia.

Desde el punto de vista penal, una de las novedades de la ley es el incremento de la respuesta punitiva frente a la violencia de género. En este sentido, las amenazas y coacciones leves contra la pareja o ex pareja han sido elevadas a la categoría de delito, incorporándose a los artículos 171 y 172 del Código Penal. Asimismo, la pena mínima de prisión para los agresores ha sido aumentada de tres a seis meses. Sin embargo, hay que señalar que, a pesar de que el maltrato habitual está castigado con penas que van desde los 6 meses a los 3 años de cárcel, en la mayoría de los casos el maltratador queda impune. La realidad es que cuando el agresor no tiene antecedentes penales, por ser la primera vez que delinque, tiene derecho a que se le suspenda la pena privativa de libertad y a acogerse a la participación en planes de rehabilitación, reeducación y tratamiento psicológico para maltratadores. No obstante y dejando a un lado el escepticismo sobre la utilidad de este tipo de medidas, la realidad es que estos planes se han puesto en marcha

en algunas comunidades con carácter experimental, pero su funcionamiento parece no estar resultando por el momento ni satisfactorio, ni esperanzador. Además, no hay inmediatez entre las sentencias condenatorias y el cumplimiento de los programas de rehabilitación, por lo que, en el mejor de los casos, el agresor participa en estos programas después de un año de ser condenado.

En definitiva, la mayoría de los maltratadores están en la calle, cumpliendo únicamente con las medidas de alejamiento de la víctima, por lo que pueden en cualquier momento agredirla nuevamente. Sin duda, el incumplimiento de las penas por los maltratadores supone una revictimación secundaria de estas mujeres, ya que al no ser castigado quien durante tanto tiempo las ha maltratado, no sienten reconocido todo el daño sufrido. A nivel social, de la impunidad de este tipo de actos se deduce que el maltrato no es un hecho reprochable, traduciéndose en una mayor tolerancia a este tipo de violencia.

Quizá sea demasiado pronto para hacer una valoración en profundidad de la Ley Integral, pero se podrían destacar algunos logros importantes. Por un lado, habría que resaltar el carácter preventivo más que paliativo de la ley, que incluye importantes modificaciones legales dirigidas contra las causas últimas de este tipo de violencia, que se encuentran en factores sociales, culturales, educacionales y de ausencia de recursos para las víctimas. Asimismo, la implantación de juzgados exclusivos, que asumen únicamente las competencias propias de la violencia, y los recursos jurídicos puestos a disposición de las mujeres maltratadas, han supuesto un incontestable avance, del que podría ser testigo el aumento del número de denuncias por violencia doméstica producido en el año 2005 y 2006 respecto al 2004.

La cara opuesta de la moneda es que el número de juzgados, jueces y fiscales para los casos de violencia doméstica parece resultar insuficiente, lo que se traduce, a menudo, en una demora en la respuesta judicial a este tipo de víctimas. Por otro lado, tal y como se ha señalado anteriormente, las medidas penales impuestas a los maltratadores resultan poco eficaces.

Por tanto, la aprobación de la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género presenta aspectos positivos y negativos, incluso controvertidos, como la presunta inconstitucionalidad de algunos de sus preceptos, por ser considerados discriminatorios hacia el hombre. Pero de lo que no cabe duda es que su aprobación ha supuesto una respuesta contundente, no sólo por parte del ámbito político, sino de todo el conjunto de la sociedad, para poner fin a una lacra social que resulta impermisible. No obstante y a pesar de la firme voluntad social, política y jurídica para erradicar la violencia doméstica, el camino por recorrer es todavía muy largo y no exento de dificultades. El momento actual es un momento de expectación sobre la eficacia de estas medidas y de lucha por su mejora y por la consecución de nuevos logros.

### 3.2. SITUACIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA EN MÉXICO

En México, el reconocimiento de este tipo de violencia en sus justas dimensiones es muy reciente y resulta todavía insuficiente. Si bien se han producido avances positivos en el plano legislativo y en ciertas políticas gubernamentales, es todavía mucho lo que queda por hacer en la erradicación de este problema.

Uno de los acontecimientos que ha resultado clave en la lucha contra este tipo de violencia fue la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém do Para” adoptada el 9 de junio de 1994 y que fue ratificada por México el 12 de noviembre de 1998. En ella se consideró la violencia contra la mujer como *“cualquier acción o conducta basada en el género que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”* (art.1). La violencia doméstica queda recogida en el artículo 2, entendida como *“aquella violencia contra la mujer, física, sexual o psicológica, que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual”*. Esta convención insta a los estados a condenar todas las formas de violencia contra la mujer e incluir en su legislación interna normas penales, civiles y administrativas para prevenir, sancionar y erradicarlas (art.7) (ACNUR, 1994).

En México, la regulación de la violencia doméstica como tal es relativamente reciente. Dos serían los acontecimientos claves que han contribuido a su regulación. En primer lugar, la aprobación para el Distrito Federal de la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar, que entró en vigor en agosto de 1996 y, en segundo lugar, la reforma en 1997 de la legislación penal y civil para considerar la violencia intrafamiliar como delito y como causal de divorcio, respectivamente.

En la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar se considera este tipo de violencia como *“cualquier acto de poder u omisión intencional, recurrente o cíclico, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicoemocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia dentro o fuera del domicilio familiar, que tengan parentesco o lo hayan tenido por afinidad civil, matrimonio, concubinato o mantengan una relación de hecho”*. La promulgación de esta ley supuso un innegable avance en la atención legal a las mujeres maltratadas. Así pues, supuso la regulación, por primera vez y de manera específica, de la violencia doméstica, se definieron las diversas formas de violencia dentro del hogar y se reconocieron las uniones de hecho.

A pesar de estos logros importantes en materia de legislación, la respuesta a la violencia doméstica desde el sistema judicial mexicano no se encuentra regulada de manera uniforme y

adecuada, lo que expone muy a menudo a las víctimas a una situación de desprotección y desamparo. El carácter federal del sistema de gobierno mexicano otorga a cada uno de los estados que componen la república (treinta y un estados y el Distrito Federal) una relativa autonomía en lo que respecta a las respuestas legales y a las políticas institucionales que pueden dar a algunos delitos, entre los que se incluye la violencia contra la mujer, quedando en manos de las autoridades de los niveles estatales el castigo de los maltratadores. La realidad parece indicar que en varios estados la legislación y las políticas resultan inadecuadas para abordar la problemática de la violencia contra las mujeres, en tanto, las garantías existentes no se adecuan a las obligaciones internacionales contraídas por el gobierno mexicano, conforme a las cuales debe adoptar todas las disposiciones penales, civiles y administrativas necesarias para prevenir, castigar y erradicar la violencia contra las mujeres. La situación es la siguiente: en siete de las treinta y dos jurisdicciones independientes de México no existe ninguna legislación específica sobre la prevención y el castigo de la violencia doméstica y en otros siete estados no reconocen la violencia doméstica como un delito. De los veinticinco estados donde sí se penaliza la violencia doméstica, los códigos penales de quince de ellos exigen que las mujeres hayan sufrido violencia “reiterada” en la familia para que el hecho se califique como delito. Únicamente en once estados la violencia doméstica es considerada como una contravención al código civil estatal, además de un acto delictivo, aunque en siete de ellos los actos de violencia deben ser también “reiterados” para ameritar sanciones.

La realidad legal para las mujeres víctimas de violencia doméstica no resulta muy alentadora, siendo frecuente la exposición a situaciones de revictimización cuando deciden iniciar un proceso legal. Así pues, no es extraño que en las instituciones de procuración de justicia reciban mensajes desalentadores que les muestren la inconveniencia de interponer una denuncia o que reciban un tratamiento como provocadoras de la violencia o trasgresoras por denunciar, por lo que a menudo estas mujeres deciden finalmente no hacerlo. En este sentido, la inexistencia de un marco legal adecuado que proteja a las víctimas y castigue a los agresores y la débil aplicación de la legislación vigente se traduce en un bajo nivel de denuncias por este tipo de violencia y, en consecuencia, en una subestimación oficial de la incidencia y prevalencia de esta problemática en la población de mujeres mexicanas; a su vez, esta subestimación de los casos de violencia reduce el grado de presión requerido para llevar a cabo las reformas legales necesarias.

Como avances positivos en este campo, hay que resaltar otras medidas que a nivel federal se han llevado a cabo, con el fin de adecuar su política y legislación a los estándares internacionales de derechos humanos sobre la igualdad sexual y la prevención y castigo de la violencia contra la mujer. Así pues, en el año 1999 se creó el primer Programa Nacional contra la Violencia Intrafamiliar y en el 2001 se fundó el Instituto Nacional de las Mujeres, con el fin

de instituir un sistema integral, interdisciplinario e interinstitucional para la eliminación de la violencia familiar. Sin embargo, y sin menospreciar la importancia de estas iniciativas, los presupuestos destinados a estos programas han resultado insuficientes y las acciones realizadas parecen no haber tenido el impacto esperado.

A nivel de salud, la respuesta a las víctimas de violencia doméstica se encuentra regulada de manera más adecuada y uniforme que a nivel judicial. La expedición en marzo de 2000 de la Norma Oficial Mexicana (NOM-190-SSA1-1999) para la prestación de servicios de salud y los criterios para la atención médica de la violencia familiar, que delimita las responsabilidades de los profesionales y las instituciones de salud en la asistencia a estas víctimas, significó un avance incuestionable. De acuerdo con dicha norma, todos los centros de salud y hospitales deben establecer lineamientos internos a fin de referir a las víctimas de violencia doméstica a las autoridades apropiadas, incluida la Procuraduría General de Justicia. Asimismo exige que todas las instituciones del sector salud lleven un registro de cada uno de los casos de violencia doméstica atendidos, con el propósito de estimar los alcances de este problema social.

Sin embargo, la efectividad de la norma se ve limitada por una serie de factores, principalmente, porque muchos profesionales de la salud desconocen su existencia. Un estudio publicado en 2004 por la Secretaría Nacional de Salud Pública señala que la difusión de la norma oficial y la capacitación del personal de salud para aplicarla han sido muy precarias. Además, no existen en la mayoría de los servicios de salud públicos, ni en la mayoría de los de seguridad social programas específicos para hacer frente a la violencia doméstica, y el personal de salud muestra muchas veces resistencias importantes para involucrarse en lo que considera un asunto que no es de su competencia. Con el fin de paliar estas deficiencias, a partir de enero de 2006 la Secretaría de Salud Pública comenzó a distribuir un modelo para la aplicación de la norma oficial en las secretarías de salud estatales, en los hospitales públicos y en los centros de salud (Secretaría Nacional de Salud Pública, 2004b).

En definitiva y pese a los avances logrados en México hasta el momento, aún prevalece una cierta permisividad social alrededor de la violencia hacia las mujeres, lo cual impide que el problema se detecte y se atienda adecuadamente. Este sería el principal obstáculo para su prevención y erradicación.

# 4

## FACTORES EXPLICATIVOS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

La comprensión de un problema tan complejo como es la violencia doméstica exige un análisis en profundidad. Durante mucho tiempo se ha tratado de dar cuenta de este fenómeno atendiendo a factores explicativos unicastales, principalmente de tipo individual. Ejemplo de este tipo de explicaciones reduccionistas son las que consideran que son las características psicológicas de la víctima y el agresor, en concreto, la presencia de un trastorno mental o un problema abusivo de alcohol, la causa de la violencia doméstica. Otras, incluso, han llegado a considerar a las mujeres maltratadas como masoquistas, defendiendo que consciente o inconscientemente son ellas las que buscan y provocan el ser objeto de este tipo de vejaciones. Intentar comprender la etiología de la violencia doméstica a partir de un único factor explicativo, resulta insuficiente; únicamente se consigue un acercamiento simplista y parcial a esta problemática social, extremadamente alejado de su verdadera complejidad. Además, buscar el origen del maltrato en la mujer supone, en gran medida, justificarlo y culpabilizar a la víctima por su ocurrencia.

Por lo tanto y a pesar de que parece no haber un acuerdo en la investigación, ni datos concluyentes sobre los factores implicados en este problema, lo que sí parece claro es que la violencia doméstica es un fenómeno multicausal, en el que intervienen no sólo factores individuales, sino también sociales, culturales y de la propia relación de pareja.

A continuación, se realiza un análisis de la violencia doméstica a través de los diferentes factores implicados en su origen y mantenimiento. Es importante señalar que la mayoría de las investigaciones sobre factores relacionados con la violencia doméstica se han centrado en la violencia física principalmente, siendo escasos los estudios sobre factores de riesgo asociados al maltrato psicológico y sexual.

### 4.1. FACTORES INDIVIDUALES

#### 4.1.1. FACTORES ASOCIADOS A LA PERPETRACIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

##### 4.1.1.1 Perfil sociodemográfico del maltratador

Respecto al perfil sociodemográfico de los hombres maltratadores, Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997) en un estudio con agresores que acudían al Servicio de Violencia Familiar del País Vasco, encontraron que éstos tenían una media de edad entorno a los 40-45 años, la mayoría estaban casados o con hijos y pertenecían a un nivel socioeconómico medio-bajo en más de la mitad de los casos. No obstante, los autores señalan que estas características podrían

representar tanto o más a las personas que acceden a estos servicios que realmente a los maltratadores.

Black, Schumacher, Smith Slep y Heyman (1999) llevaron a cabo una revisión de los estudios que relacionan edad, nivel educativo y económico y riesgo en el hombre de maltratar físicamente a su pareja. Respecto al factor edad, concluyen que a medida que aumenta la edad del varón (a partir de los 15 años) disminuye el riesgo de agresión. En este sentido, Riggs, Caulfield y Street (2000) señalan que la prevalencia del maltrato correlaciona negativamente con la edad de la pareja.

En lo que a nivel educativo se refiere, las investigaciones apuntan que el nivel de educación estaría negativamente asociado con la violencia doméstica, aunque no de manera concluyente (Black et al., 1999). O'Leary y Curley (1996) encontraron en un estudio con agresores en tratamiento por este problema que tenían un menor nivel educativo que sus homólogos no maltratadores en tratamiento por problemas de pareja. Sin embargo, no encontraron diferencias significativas en el nivel educativo de los agresores y el de los hombres que referían encontrarse satisfechos en su relación de pareja.

Por último, el bajo nivel de ingresos económicos o el desempleo parecen ser variables significativamente relacionadas con el riesgo de violencia doméstica (Black et al., 1999). Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997) explican esta relación señalando que la escasez de recursos educativos, sociales y económicos, que caracteriza a las clases sociales más bajas en comparación con los estratos socioeconómicos altos, sería una fuente de estrés que aumentaría la probabilidad de aparición de conductas violentas. En la misma dirección, Riggs, Caulfield y Street (2000) señalan que un nivel alto de estrés familiar, derivado de un bajo nivel socioeconómico y/o de la pérdida de empleo, estaría relacionado con la perpetración de este tipo de violencia. Si bien no hay investigaciones concluyentes al respecto, un nivel socioeconómico bajo estaría funcionando como una fuente de estrés, de frustración y de sentimiento de ineficacia en el hombre, por no haber cumplido con el papel culturalmente esperado de proveedor de los recursos económicos de la familia, que aumentaría la probabilidad de que maltrate a su pareja (Krug et al., 2002). Aunque también hay que considerar que esta sobrerrepresentación de la clase social baja en los casos de violencia doméstica también podría ser debida al mayor uso por parte de este estrato social de los programas comunitarios y de los servicios sociales (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997).

En definitiva, de la revisión de estos estudios parece desprenderse que los maltratadores serían hombres más bien jóvenes, con un nivel educativo bajo, con escasos ingresos económicos y en situación de desempleo o empleados en trabajos poco cualificados en comparación con sus homólogos no violentos. Sin embargo, aunque estas variables sociodemográficas pueden estar

relacionadas con un aumento en la probabilidad de aparición de conductas violentas, el tamaño del efecto encontrado en los diferentes estudios es pequeño (Black et al., 1999).

#### **4.1.1.2 Exposición a la violencia doméstica en la familia de origen**

La exposición a la violencia en la familia de origen durante la infancia de los maltratadores ha sido objeto de muchas investigaciones, sin embargo, no hay claridad al respecto y los resultados no son del todo concluyentes.

Walker (2006) señala que el mayor riesgo para ser maltratador en la edad adulta es haber experimentado violencia doméstica en la familia de origen. No obstante, ni todos los maltratadores han sido expuestos a violencia doméstica durante la infancia, ni todos los hombres expuestos a este tipo de violencia se convierten en agresores. En el estudio llevado a cabo en nuestro país por Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997) encontraron que únicamente un tercio de los maltratadores había experimentado maltrato en su familia de origen. Estos mismos autores señalan que al ser desconocido el porcentaje de personas expuestas a violencia doméstica en la infancia es difícil establecer el valor de este factor.

En definitiva, parece que la exposición a este tipo de actos en la infancia, bien como testigo o como víctima directa, puede considerarse un factor de riesgo para la perpetración de violencia contra la pareja en la edad adulta, pero no es una condición necesaria ni suficiente (Black et al., 1999; O'Leary, 2005; Riggs, Caufield y Street, 2000).

#### **4.1.1.3 Trastornos de la personalidad**

Durante algún tiempo se ha sostenido que los hombres que maltrataban a sus mujeres eran enfermos mentales. Sin embargo, las investigaciones más recientes en este campo parecen rechazar esta hipótesis. Un estudio de Zubizarreta et al. (1994) indica que la incidencia de un trastorno psicopatológico (excluyendo el alcoholismo) entre los maltratadores se sitúa únicamente entre el 5% y el 7%. En la misma línea, Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997) señalan que si bien es frecuente que los maltratadores presenten algunos rasgos de personalidad acentuados, como dependencia emocional, agresividad generalizada, problemas en el control de la ira, impulsividad, déficit de autoestima, celos, etc., la mayor parte de ellos son personas sin un trastorno psicopatológico específico.

No obstante, hay estudios que defienden la existencia de una relación, aunque sea pequeña, entre violencia doméstica y trastornos psicopatológicos. Del estudio meta analítico de Black et al. (1999) se desprende que, en comparación con sus pares no violentos, los hombres maltratadores tienden a obtener puntuaciones más altas en algunas escalas de trastornos de personalidad, como son los trastornos de personalidad antisocial, agresiva y límite. Riggs,



Caufield y Street (2000) señalan que sería el trastorno límite de personalidad uno de los trastornos mentales más frecuentemente relacionado con la perpetración de violencia doméstica.

#### 4.1.1.4 Consumo abusivo de alcohol

Son muchos los estudios que han relacionado el consumo abusivo de alcohol y el riesgo de perpetrar malos tratos contra la pareja. En una revisión de los trabajos llevados a cabo en EEUU, Black et al. (1999) encontraron que la ingesta abusiva de alcohol estaba asociada de manera significativa a la violencia doméstica. Las investigaciones al respecto indican que el riesgo de maltratar a su pareja en los hombres que tienen problemas de abuso de alcohol es tres veces mayor (44%) que en los hombres que no son consumidores problemáticos (15%) (Riggs, Caufield y Street, 2000).

En un estudio llevado a cabo en nuestro país, un 68% de las mujeres maltratadas refirieron que su pareja consumía alcohol de manera abusiva y un 36% que consumía drogas con regularidad, consumo que, a menudo, era utilizado por el agresor como una excusa o justificación de su conducta violenta, intentando liberarse así de la responsabilidad de sus actos (Villavicencio, 1996). De manera más reciente, la autora concluye que, a pesar de existir una clara asociación entre el consumo abusivo de alcohol y la violencia doméstica, se sabe muy poco sobre la naturaleza de esta relación (Villavicencio, 2001).

O'Leary y Schumacher (2003) llevaron a cabo un estudio para analizar si entre el consumo de alcohol y la violencia doméstica existía una relación lineal y, en este sentido, a mayor consumo de alcohol mayor probabilidad de maltrato o, por el contrario, existiría un umbral en el consumo, por debajo del cual la probabilidad de perpetrar violencia es baja, pero una vez superado el riesgo de hacerlo aumenta. Los participantes en el estudio eran hombres que habían formado parte en dos encuestas llevadas a cabo a nivel nacional en EEUU, la Encuesta Nacional de Violencia Familiar y la Encuesta Nacional de Familias. Fueron agrupados en seis categorías en función de la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol (abstinencia, bajo, bajo-moderado, moderado-alto, alto y consumo abusivo diario). Encontraron que había una correlación positiva, aunque baja, entre el riesgo de perpetrar violencia doméstica y las seis categorías de consumo de alcohol. Únicamente los hombres con un problema de consumo abusivo de alcohol (dos últimas categorías) contribuyeron de manera considerable a esta relación, constituyéndose en punto de corte para el riesgo de maltrato. O'Leary y Schumacher (2003) concluyen que parece más apropiado considerar patrones de consumo de bebida en la conceptualización del alcohol como un factor de riesgo asociado a la violencia doméstica.

En definitiva, a pesar de no haber resultados concluyentes sobre el rol que juega el alcohol en la violencia doméstica, lo que sí está claro es que ni todos los maltratadores presentan un problema de alcohol, ni todos los hombres con este problema maltratan. Además, considerar

la ingesta de alcohol como causa de este tipo de actos tampoco explicaría por qué el agresor en estado de embriaguez descarga su violencia únicamente contra su mujer, ni por qué la maltrata también cuando está sobrio. Por tanto, el consumo abusivo del alcohol no puede ser considerado una variable necesaria ni suficiente en la explicación de la violencia, aunque sí parece tener un papel importante en algunos casos, probablemente, como liberador y desinhibidor de la conducta violenta.

#### **4.1.1.5 Características psicológicas**

Los estudios sobre las características psicológicas de los maltratadores no ofrecen datos concluyentes y, a menudo, incluso, resultan contradictorios, por lo que es difícil establecer factores que diferencien a los hombres maltratadores de la población general de varones. El nivel de hostilidad y asertividad del agresor han sido las dos características psicológicas más frecuentemente relacionadas con la perpetración de violencia doméstica.

De la revisión que llevan a cabo Riggs, Caufield y Street (2000) se desprende que los hombres maltratadores tienden a mostrarse más hostiles y malhumorados en comparación con sus homólogos no maltratadores y a responder de manera menos asertiva y más agresiva a los conflictos de pareja. Rosenbaum y O'Leary (1989) llevaron a cabo un estudio en el que por primera vez se evaluó de manera sistemática el nivel de asertividad de los agresores y se comparó con el de sus pares no abusadores, concluyendo que los maltratadores se diferenciaban de estos últimos por ser menos asertivos con sus mujeres.

Por otro lado y de manera contraria a lo que se ha señalado en ocasiones, Jacobson y Gottman (2001) afirman que únicamente un mínimo porcentaje de maltratadores presenta un déficit real en el control de los impulsos, siendo en la mayoría de los casos la conducta violenta una elección voluntaria, además de ser ejercida de manera selectiva.

#### **4.1.1.6 Otros factores**

Otro factor que se ha estudiado es la relación entre trauma cerebral y perpetración de violencia doméstica. En este sentido, las investigaciones apuntan que los hombres que han sufrido un trauma cerebral presentarían dificultades en el control de impulsos, niveles más altos de hostilidad y se mostrarían más agresivos que quienes no presentan daño cerebral (Riggs, Caufield y Street, 2000). Pero una categoría tan amplia como "trauma cerebral", realmente no ayuda mucho a precisar causas.

A modo de síntesis, se podría concluir que ninguno de los factores relacionados con el riesgo de cometer este tipo de actos violentos constituye por sí mismo una causa explicativa del maltrato, aunque sí parece que algunos de ellos, como el consumo abusivo de alcohol, estarían funcionando como factores facilitadores de la violencia doméstica.

#### **4.1.2. FACTORES ASOCIADOS A LA VICTIMIZACIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA**

Tal y como se ha señalado en este capítulo, intentar explicar la violencia doméstica aludiendo a las características de las mujeres maltratadas es sinónimo de culpabilizar a las víctimas del abuso al que están siendo sometidas y justificar las conductas violentas, lo que es absolutamente condenable.

Por tanto es importante aclarar que el objetivo de este apartado no es encontrar un perfil de mujeres maltratadas, que pudiera diferenciar este grupo de sus homólogas no maltratadas, sino todo lo contrario, defender que no existe ningún factor o grupo de factores capaces de distinguir las mujeres víctimas de las que no lo son. Prueba de ello es que después de revisar la literatura científica no han sido encontrados indicadores concluyentes asociados al riesgo de ser víctima de este tipo de violencia.

El único factor asociado de manera significativa a la victimización de violencia doméstica es la *condición de género femenino*, esto es, el mero hecho de ser mujer. Así pues, se estima que de todas las personas adultas víctimas de violencia doméstica alrededor del 90-95% son mujeres.

Otros factores que se han relacionado con la victimización de violencia doméstica son la exposición a la violencia en la familia de origen, el abuso de alcohol u otras sustancias adictivas y la presencia de alteraciones psicopatológicas en estas mujeres.

##### **4.1.2.1 Exposición a la violencia doméstica en la familia de origen**

No hay estudios que permitan concluir que la exposición a la violencia doméstica en la infancia correlaciona con victimización en la edad adulta (Riggs, Caufield y Street, 2000). Tal y como señalan Villavicencio y Sebastián (1999a), la victimización infantil estaría más relacionada con los agresores que con las víctimas adultas de malos tratos. En este sentido, Amor et al. (2002) hallaron que la mayoría de las mujeres de su estudio (80%) no tenían antecedentes de maltrato en su familia de origen.

En definitiva, parece que la exposición a malos tratos en la familia de origen en las mujeres maltratadas sería una variable de vulnerabilidad, no a la victimización en la edad adulta, sino a que la respuesta psicológica de estas mujeres cuando se presenta una situación de malos tratos sea menos adaptativa (Villavicencio y Sebastián 1999a).

##### **4.1.2.2 Abuso de alcohol y otras sustancias**

El consumo abusivo de alcohol y otras sustancias adictivas en las mujeres maltratadas, como un factor de riesgo para su victimización, ha recibido un escaso e inconsistente apoyo empírico. En este sentido, la gran mayoría de los estudios que examinan la relación entre

victimización y consumo de alcohol y drogas en mujeres maltratadas son estudios transversales, siendo difícil determinar si el abuso de sustancias adictivas es anterior a la violencia o, por el contrario, surge como una estrategia de afrontamiento a la experiencia de victimización. Los datos disponibles sugieren que el abuso de alcohol y sustancias adictivas estaría ejerciendo un papel más determinante en esta problemática en el caso de los maltratadores (Riggs, Caufield y Street, 2000).

#### **4.1.2.3 Características psicológicas**

Si bien existen algunos trabajos que han pretendido determinar la existencia de ciertas características de personalidad en las mujeres maltratadas, que estarían provocando o aumentando la probabilidad de ser víctima de este tipo de violencia, la evidencia empírica demuestra que las mujeres maltratadas constituyen un grupo heterogéneo de población, que no presentan rasgos o características de personalidad comunes y que su perfil psicológico corresponde al perfil de la mayoría de la población femenina (Bosch y Ferrer, 2002; Villavicencio y Sebastián, 1999a).

#### **4.1.2.4 Características psicopatológicas**

La escasez de estudios longitudinales dificulta determinar si los síntomas psicopatológicos son un antecedente o, por el contrario, surgen como consecuencia de la exposición crónica a la violencia (Riggs, Caufield y Street, 2000). Villavicencio y Sebastián (1999a) señalan que la presencia de psicopatología previa en estas mujeres no supera a la de la población general de mujeres, aunque sí consideran la condición de víctima como una variable de riesgo para el desarrollo de desórdenes clínicos y trastornos emocionales.

Por lo tanto, en aquellas víctimas que presentan algún trastorno psicopatológico, éste sería una consecuencia de la exposición prolongada a la violencia y no una causa de los malos tratos. Esperar lo contrario no sólo no tiene ningún sentido, sino que se trataría de una justificación de la violencia.

En definitiva, la existencia de ciertas características previas en las mujeres víctimas de violencia doméstica, como es la historia anterior de malos tratos, el consumo abusivo de alcohol o la presencia de psicopatología no son factores que causen o aumenten la probabilidad de ser víctima de este tipo de agresiones. Tal y como ya se ha señalado anteriormente, la búsqueda de factores explicativos en ciertas características de estas mujeres, lejos de facilitar el entendimiento de la complejidad de este fenómeno, favorece la culpabilización de la víctima por la ocurrencia del maltrato y la justificación del comportamiento violento. Por lo tanto, es más apropiado focalizar las investigaciones en aquellas características de las mujeres maltratadas que estarían impidiendo la decisión de abandonar la relación abusiva. Además, es necesario comenzar a

estudiar este fenómeno desde modelos explicativos integrales, que contemplen factores de la relación de pareja, comunitarios y socioculturales implicados en la etiología y mantenimiento de este tipo de violencia.

## **4.2. CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN DE PAREJA**

Las características de la relación de pareja han centrado el foco de muchas investigaciones sobre violencia doméstica. Concretamente, en todos los estudios revisados por Black et al. (1999) los conflictos y la insatisfacción en la relación de pareja se relacionaban entre moderada y severamente con la violencia doméstica. Parece que las relaciones de pareja en donde la violencia encuentra cabida son relaciones con mayores niveles de malestar, dificultades de comunicación, más conflictivas y caracterizadas por un mayor número de interacciones negativas que aquellas relaciones de pareja en las que no hay violencia. No obstante, aunque la mayoría de las investigaciones señalan que las parejas que experimentan un nivel alto de malestar en su relación tienen mayor riesgo de violencia, no está claro si es el malestar previo el que conduce a la violencia o es la violencia la causante de este grado severo de malestar (Riggs, Caufield y Street, 2000).

Rosenbaum y O'Leary (1989) afirman que los conflictos en la relación de pareja son un factor necesario pero no suficiente en la perpetración de violencia doméstica. En este sentido, en su estudio encontraron que en aquellas parejas en las que existían graves conflictos entre sus miembros, la activación de la violencia necesitaba de la presencia de una o más de las siguientes variables: que los hombres fueran menos asertivos que sus mujeres, que hubieran sido maltratados de pequeños o que hubieran estado expuestos a este tipo de vejaciones en su familia de origen.

Por otro lado, O'Leary (2005) sostiene que la presencia de violencia al comienzo de la relación de pareja es un factor predictivo de su estabilización a largo plazo. En un estudio anterior Murphy y O'Leary (1989) señalan que el 70% de los agresores que maltratan psicológicamente a su pareja comienzan a agredirla físicamente un año más tarde. Por tanto, la violencia doméstica parece encontrar uno de sus predictores más robustos en los antecedentes tempranos de violencia verbal y psicológica en la relación de pareja.

## **4.3. FACTORES COMUNITARIOS Y SOCIOCULTURALES**

Desde un punto de vista cultural, se ha considerado la estructura patriarcal, que define a los varones como superiores por naturaleza y les confiere el derecho y la responsabilidad de imponer medidas disciplinarias para controlar y dirigir la conducta de su mujer, como causa específica de la violencia doméstica. Sin embargo, Llorente (2001) defiende que, más que en la etiología, los factores sociales estarían incidiendo en la dificultad de erradicar este tipo de

violencia. En este sentido, las creencias y valores sociales estereotipados de los roles femeninos tradicionales en el hogar, esto es, pasividad, subordinación, tolerancia, abnegación, etc., transmitidos y perpetuados por la familia, la escuela o los medios de comunicación refuerzan el concepto estereotipado de la inferioridad de la mujer respecto al hombre, desempeñando un papel determinante en el mantenimiento de este tipo de violencia.

Por otro lado, en el Informe Mundial de la OMS (Krug et al., 2002) se señala que la forma en que una comunidad responde a la violencia doméstica influye en los niveles generales de maltrato en esa comunidad. Así pues, en los países donde hay una aceptación social de la violencia doméstica, en donde no se contemplan sanciones ni legales ni morales contra este tipo de actos y donde las mujeres maltratadas no encuentran recursos, ni apoyo social y familiar, serían los países con los niveles más altos de violencia. En este sentido, Villavicencio (2001) habla de barreras del entorno o barreras ambientales, para hacer referencia a las dificultades externas con las que se encuentran las mujeres maltratadas y que suponen un obstáculo en su decisión de abandonar la relación abusiva, ya que impiden a las víctimas aumentar su seguridad y supervivencia durante el periodo de separación del agresor. Según la autora, estas barreras serían la escasez de servicios sociales eficaces, seguros y accesibles para las víctimas, la presión social y la desigualdad económica a las que están expuestas estas mujeres y la falta de información, la desinformación o la información sesgada a la que tienen acceso.

Otro de los aspectos que destaca el informe de la OMS es que la violencia ejercida por la pareja sería más grave en las sociedades donde la situación de las mujeres se halla en un estado de transición. Esto es, en aquellas sociedades donde las mujeres comienzan a desempeñar roles no tradicionales, entran a formar parte del mundo laboral, alcanzando una mejor posición socioeconómica, y donde disminuyen las desigualdades estructurales entre hombres y mujeres, la violencia doméstica estaría funcionando como una estrategia del hombre para hacer cumplir la autoridad masculina.

#### **4.4 RESUMEN**

Hay un acuerdo en considerar la violencia doméstica como un fenómeno de gran complejidad, cuya comprensión exige una mirada multifactorial.

Desde un punto de vista individual, los estudios sobre factores asociados a la perpetración y victimización de este tipo de violencia no ofrecen datos concluyentes. Algunos indicadores, como un bajo nivel educativo, una situación económica precaria o la exposición a la violencia doméstica en la familia de origen del agresor no son factores determinantes, pero aumentarían la probabilidad de aparición de violencia doméstica. Por otro lado y en contra de lo que algunas investigaciones defienden, si bien es frecuente que los maltratadores presenten

algunos rasgos de personalidad patológicos, como dependencia emocional, agresividad generalizada, problemas en el control de la ira, impulsividad, déficit de autoestima, celos, altos niveles de hostilidad, etc., la mayor parte de ellos son personas sin un trastorno psicopatológico específico, a excepción del consumo abusivo de alcohol.

Respecto a las víctimas, la evidencia empírica demuestra que las mujeres maltratadas constituyen un grupo heterogéneo de población, sin que se puedan encontrar factores que diferencien a las mujeres maltratadas de la población general de mujeres.

Por lo tanto, reducir el problema de la violencia doméstica a las características individuales de las personas implicadas, eludiendo otros aspectos como el contexto sociocultural donde la violencia se inserta o las características de la relación de pareja, supone un alejamiento de la complejidad de este problema.

# 5

## MODELOS EXPLICATIVOS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

Muchas han sido las teorías que han tratado de explicar el origen y el mantenimiento de la violencia doméstica. Villavicencio y Sebastián (1999a) en la revisión que llevan a cabo sobre el tema sugieren que las teorías explicativas de este tipo de violencia pueden ser agrupadas en dos grandes bloques, teorías sociológicas y teorías psicológicas.

Entre las teorías sociológicas se incluiría la *teoría del aprendizaje social o teoría de la transmisión intergeneracional de la violencia*, que parte del supuesto de que la violencia es aprendida, a través de la experiencia directa y/o la observación del comportamiento de otras personas y, a partir de ahí, trata de establecer la correlación entre una historia previa de violencia familiar y el convertirse en víctima o agresor en el futuro. Otras teorías de corte sociológico serían la *teoría de los recursos* y la *teoría del intercambio*, que plantean que la violencia es un recurso para conseguir lo que se desea, la *teoría del estrés*, que entiende que el comportamiento violento es el resultado de situaciones estresantes, ante las cuales el individuo carece de recursos personales y de estrategias de afrontamiento para mitigar su impacto, o la *teoría feminista*, entre otras, que considera la violencia dentro de la familia como la manifestación extrema de la situación de opresión a la que están sometidas las mujeres en una sociedad patriarcal.

En relación a las teorías psicológicas, han sido la *teoría del ciclo de la violencia* de Walker (a la que se ha hecho referencia anteriormente) y la *teoría de la indefensión aprendida*, las más utilizadas en el área de investigación sobre violencia doméstica. La teoría de la indefensión aprendida explica la permanencia de las mujeres maltratadas en la relación violenta a partir de los déficit cognitivos, afectivos y motivacionales que sufren las víctimas, ante la percepción de falta de control sobre el comportamiento del agresor.

Si bien, estas teorías han contribuido a la comprensión de la violencia doméstica, al centrarse únicamente en factores individuales, las explicaciones que ofrecen resultan excesivamente reduccionistas. Son necesarios, por tanto, modelos más acordes con la complejidad de este fenómeno, que traten de integrar aquellos factores que a nivel cultural, social y familiar pudieran estar implicados en su etiología y mantenimiento.

A continuación, se hace una revisión de los modelos actualmente más influyentes, al ofrecer explicaciones multicausales de la etiología y el mantenimiento de la violencia doméstica.

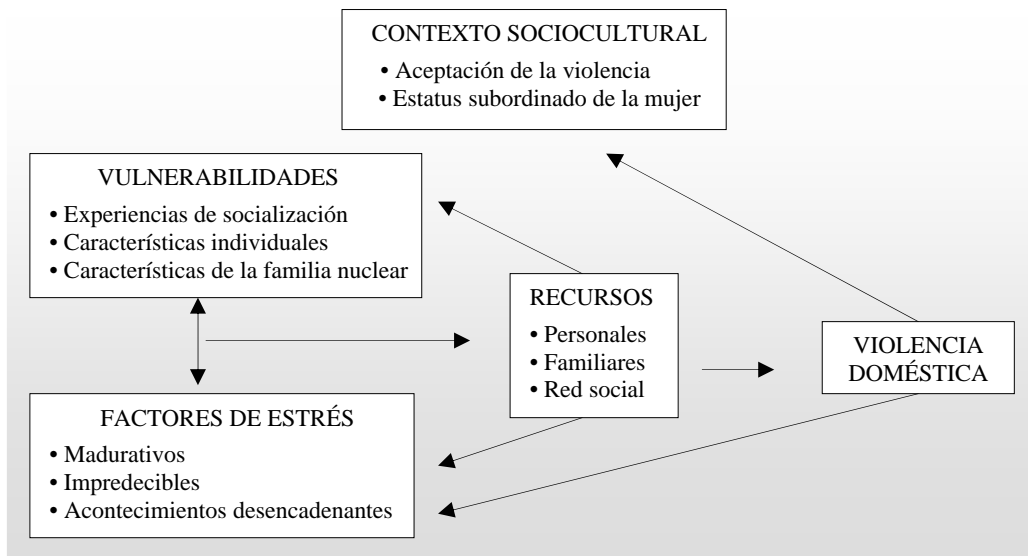


## 5.1. MODELOS EXPLICATIVOS DE LA ETIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

### 5.1.1. MODELO INTERACTIVO DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA (Stith y Rosen, 1992)

Uno de los modelos actualmente más influyentes en la explicación de este problema es el Modelo Interactivo de la Violencia Doméstica, desarrollado por Stith y Rosen (1992). Este modelo adopta una perspectiva multicausal e interactiva, que contempla aquellos factores socioculturales, individuales, familiares y situacionales implicados en el origen de la violencia dentro del marco familiar (sea del tipo que sea). Según este modelo, los valores socioculturales relacionados con la violencia y con los roles sexuales estarían incidiendo sobre las vulnerabilidades, tanto a nivel individual como familiar, a la violencia, sobre los factores situacionales estresantes, sobre los recursos de afrontamiento de tipo personal, familiar o de la red social y finalmente, sobre la definición y percepción de la propia violencia. La figura 5.1 ofrece de manera gráfica un esquema de este modelo.

**Figura 5.1.** Modelo Interactivo de la Violencia Doméstica (Stith y Rosen, 1992).



Más detalladamente, Stith y Rosen (1992) aluden al *contexto sociocultural* para hacer referencia al conjunto de valores y normas compartidos por las familias de una misma comunidad y cultura. De este conjunto de valores y normas serían la *aceptación de la violencia*, por un lado, y el *estatus subordinado de la mujer respecto al hombre*, por el otro, los factores más relacionados con la violencia doméstica. En concreto, la aceptación de la violencia haría referencia a la legitimidad con la que ésta es tratada en los medios de comunicación, esto es, como una forma efectiva de castigar y de resolver conflictos, contribuyendo a perpetuar un modelo sociocultural que justifica y defiende su validez y fomenta su uso. Estos valores culturales son también los responsables de la consideración del estatus subordinado de la mujer

respecto al hombre, al que se debe someter y sacrificar sus necesidades a favor de las de los hijos o de la pareja.

Respecto a los **factores de vulnerabilidad tanto individuales como familiares**, Stith y Rosen (1992) incluyen *las experiencias de socialización, las características individuales y las características de la familia nuclear*. Estos autores señalan que las experiencias de socialización, en concreto, la experiencia y exposición de los hijos a violencia doméstica incrementan la probabilidad de que manifiesten comportamientos violentos en la edad adulta. Respecto a las características individuales, serían la presencia de rasgos de personalidad violentos, la sensación de no tener poder, el comportamiento posesivo y celoso, la baja autoestima, la carencia de recursos de afrontamiento y la dependencia a algún tipo de sustancia adictiva, los factores que, en interacción con el estrés situacional, aumentarían el riesgo para el ejercicio de la violencia doméstica. Finalmente, en relación a las características familiares, sería la calidad de la relación de pareja el factor más relacionado con la aparición de la violencia en momentos de alto estrés familiar.

Los **factores de estrés situacional** harían referencia, por un lado, al *estrés de tipo madurativo*, es decir, a la ansiedad familiar que surge en los momentos de cambio normativo en el ciclo vital y, que de manera inevitable, experimentan todas las familias a lo largo del tiempo. Stith y Rosen (1992) afirman que es en estos momentos de transición cuando el riesgo de aparición de conductas disfuncionales, como, por ejemplo, la violencia doméstica, es mayor. Por otro lado, los factores de estrés situacional harían referencia al *estrés impredecible*, esto es, a los cambios en la vida de una familia de carácter no normativo, y que estarían incrementando el riesgo de violencia doméstica. Por último, hacen referencia a los *acontecimientos precipitadores inmediatos*, que son aquellas conductas que lleva a cabo la víctima y que, sin guardar relación alguna con el comportamiento violento del agresor, son utilizadas por este último para justificar su agresión.

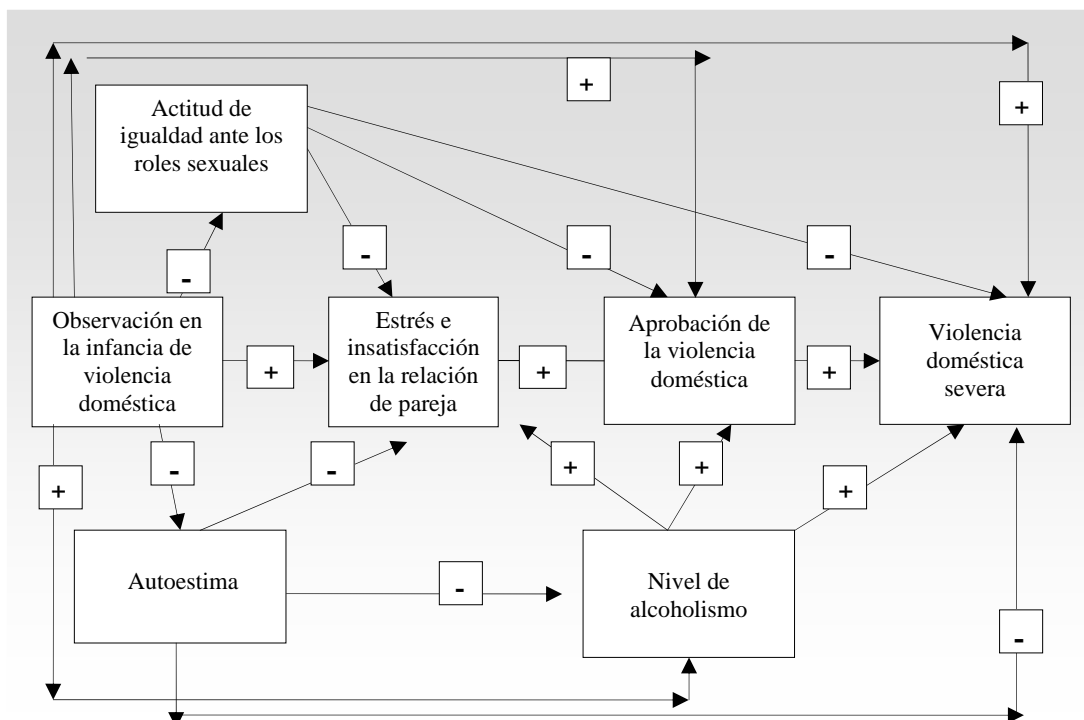
Los **recursos**, entendidos como la capacidad de los individuos y las familias para satisfacer y enfrentar las demandas de la vida cotidiana sin recurrir a conductas disfuncionales, sería el último factor mencionado por Stith y Rosen (1992) en su Modelo Interactivo. Abarcaría tres categorías: *los recursos personales*, como son el bienestar económico, el nivel educativo, el estado de salud tanto física como psicológica y los recursos psicológicos o características de personalidad; *los recursos del sistema familiar*, esto es, su grado de cohesión grupal, su capacidad de adaptación a los cambios normativos y no normativos, la calidad comunicacional y la distribución de poder, factores que van a determinar la manera en que la familia afronta el estrés y las dificultades de una manera adaptativa; y por último, la *red social* y el apoyo del que dispone la familia en momentos de dificultad.

Este modelo, que sin duda se acerca de una manera más compleja al problema de la violencia doméstica, está focalizado en los aspectos causales de ésta, buscando los factores responsables en el contexto sociocultural, en el marco familiar y en las características personales del maltratador que estarían jugando un papel determinante en la movilización de conductas violentas. Sin embargo, este modelo obvia aquellos factores que podrían estar asociados a la victimización o aquellos mecanismos responsables del mantenimiento de la violencia doméstica en el tiempo.

### 5.1.2. MODELO PREDICTIVO DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA (Stith y Farley, 1993)

Posteriormente, Stith y Farley (1993) proponen un Modelo Predictivo de la Violencia Doméstica, basado en sus propias investigaciones y en la teoría del aprendizaje social. Este modelo considera que los malos tratos llevados a cabo por el agresor son consecuencia de una variable exógena, la experiencia de violencia conyugal durante la infancia en su familia de origen, y de cinco variables endógenas: un alto nivel de estrés e insatisfacción marital, la aprobación de la violencia como estrategia efectiva de resolución de conflictos, una actitud de desigualdad ante los roles sexuales, un consumo abusivo de alcohol y un nivel bajo de autoestima. La figura 5.2 ofrece de manera gráfica un esquema de este modelo.

**Figura 5.2.** Modelo Predictivo de la Violencia Doméstica (Stith y Farley, 1993).



Con el objeto de analizar la correlación entre cada uno de estos factores, Stith y Farley (1993) evaluaron un total de 115 hombres que acudían a programas de apoyo, bien por ser maltratadores (64.7%) o consumidores abusivos de alcohol (64.7%), en cada una de las variables

que conforman su modelo. Los resultados mostraron que era la combinación de la variable exógena y las cinco variables endógenas lo que predecía el comportamiento violento. No obstante, los dos factores que de manera más fuerte correlacionaban con la severidad de la violencia doméstica fueron la actitud de desigualdad frente a los roles sexuales y la aprobación de la violencia en la relación de pareja. En este sentido, una actitud de desigualdad frente a los roles sexuales correlacionaba con una mayor aprobación de la violencia como estrategia efectiva de resolución de conflictos, aumentando la probabilidad del comportamiento violento. Por lo tanto, dado que estos dos predictores de la violencia derivan de actitudes sociales, que se transmiten por aprendizaje y que legitiman el uso de la violencia en los hombres para mantener el poder en la relación de pareja, estos autores enfatizan la importancia de programas de prevención y programas psicoeducativos en la erradicación de este grave problema.

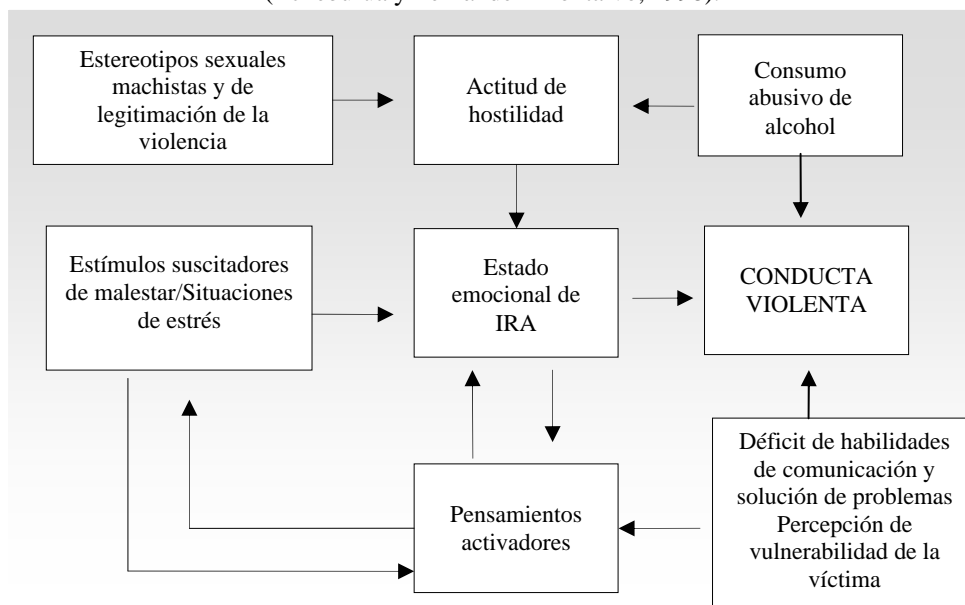
Es importante señalar que no todas las relaciones establecidas teóricamente en este modelo se confirman empíricamente, por lo que son necesarias futuras investigaciones que evalúen la validez del mismo.

Por otra parte, son necesarios modelos que contemplen, además, los factores implicados en el mantenimiento de la violencia, tanto desde el punto de vista del agresor, en cuyo repertorio conductual se instaura la agresión como un comportamiento efectivo en la resolución de conflictos, como desde el punto de vista de la víctima, concretamente en su decisión de continuar o de abandonar definitivamente al agresor.

### **5.1.3. MODELO DE LOS MECANISMOS PSICOLÓGICOS DE LA VIOLENCIA EN EL HOGAR (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998)**

Echeburúa y Fernández-Montalvo (1998) proponen un modelo centrado en los mecanismos psicológicos que llevan al agresor a maltratar, que contempla además factores familiares y sociales implicados tanto en la génesis como en el mantenimiento de la violencia. Concretamente, sugieren que la conducta violenta en los hogares es el resultado de un estado emocional intenso de ira, que interactúa con unas actitudes de hostilidad, un repertorio pobre de conductas (déficit de habilidades de comunicación y de solución de problemas) y unos factores precipitantes (situaciones de estrés, consumo abusivo de alcohol, celos, etc.), así como de la percepción de vulnerabilidad de la víctima. La figura 5.3 representa gráficamente el modelo propuesto por Echeburúa y Fernández-Montalvo (1998).

**Figura 5.3.** Modelo de los Mecanismos Psicológicos de la Violencia en el Hogar (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998).



De manera más específica, estos autores señalan que en el desarrollo del comportamiento violento estarían interviniendo los siguientes factores:

**A- Actitud de hostilidad**, que deriva concretamente de actitudes y sentimientos negativos (de maldad, de venganza, de cinismo, etc.), desarrollados por una evaluación negativa generalizada de las conductas de la pareja, que generan un impulso a hacer daño. Esta actitud puede ser el resultado de estereotipos sexuales machistas, de la percepción de indefensión de la víctima, de celos patológicos en el agresor y de la creencia de que la violencia es una estrategia legítima para solucionar los problemas.

**B- Un estado emocional de ira**, que surge en el maltratador de forma descontrolada y que está facilitado por la actitud de hostilidad y por pensamientos activadores relacionados con recuerdos de situaciones negativas vividas en la relación de pareja o con estímulos generadores de malestar ajenos a la pareja (dificultades laborales, económicas, problemas en la educación de los hijos, etc.).

**C- Factores precipitantes directos**, como es el consumo abusivo de alcohol o drogas, que en interacción con los problemas de la vida cotidiana contribuyen a la aparición de las conductas violentas.

**D- Repertorio pobre de conductas y trastornos de personalidad**. Concretamente, estos autores se refieren a un déficit de habilidades de comunicación y de solución de problemas, que impide un enfrentamiento adecuado de los conflictos. Además, otras alteraciones de la personalidad, como suspicacia, celos, baja autoestima, o falta de empatía, entre otras, agravarían aún más el problema.

**E- Percepción de vulnerabilidad de la víctima** que facilita que la ira del agresor sea descargada contra ella y en un entorno en el que es más fácil ocultar lo sucedido.

**F- Reforzamiento de las conductas violentas.** Dado que la conducta violenta serviría al agresor para obtener determinados objetivos, en especial, la actitud de sumisión de la víctima, se instauraría en su repertorio comportamental como una estrategia efectiva y rápida de conseguir lo que desea. De la misma manera, la conducta sumisa de la víctima se vería también reforzada negativamente, al evitar con ella consecuencias peores. Echeburúa y Fernández-Montalvo (1998) concluyen que sería este reforzamiento de las conductas violentas, junto con otras variables, como la dependencia emocional y económica de la mujer, la presión social hacia la víctima, el temor a la soledad, etc., los factores implicados en el mantenimiento de la violencia doméstica en el tiempo.

## 5.2. MODELOS EXPLICATIVOS DEL MANTENIMIENTO DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

La permanencia de la víctima en convivencia prolongada con el agresor es un fenómeno controvertido. Recientemente, Foa, Cascardi, Zoellner y Feeny (2000) han centrado una investigación para detectar qué factores podrían estar implicados en la decisión de la víctima de continuar o abandonar definitivamente al agresor y han elaborado dos modelos explicativos, uno de corte psicológico y otro ambiental.

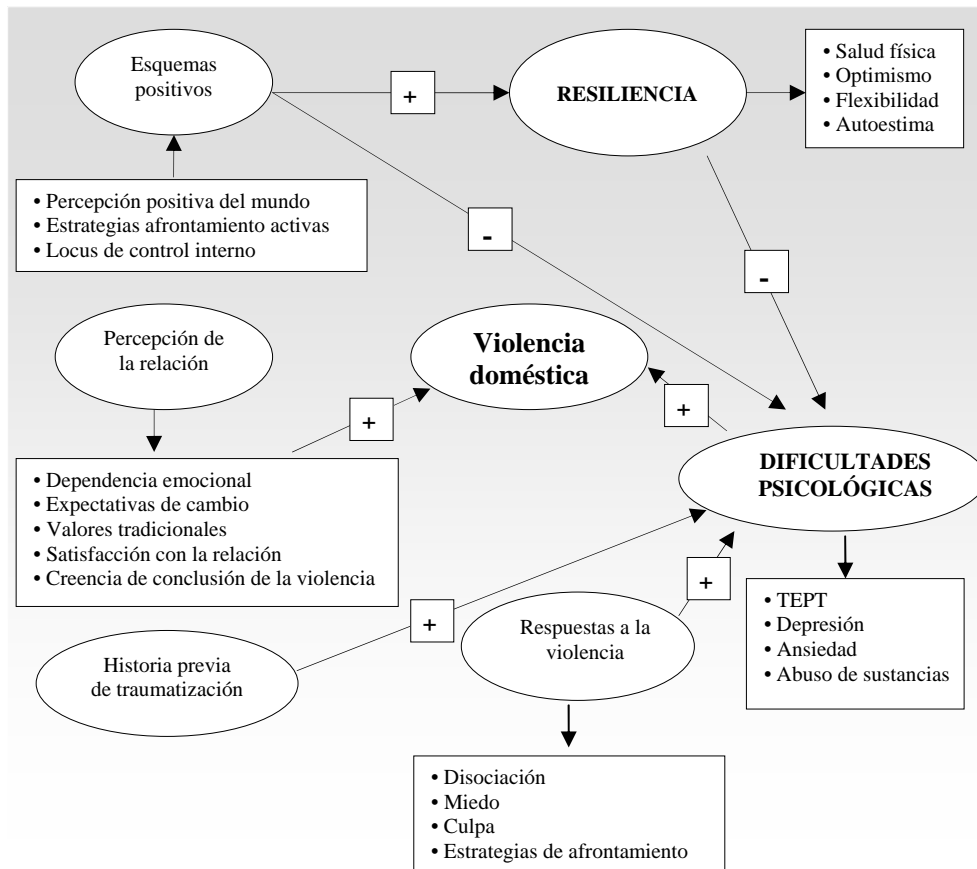
Estos autores señalan que en la decisión de las víctimas de permanecer o abandonar la relación violenta habría dos factores implicados, que constituyen el eje central de sus dos modelos. El primer factor haría referencia a las *dificultades psicológicas* que frecuentemente presentan las víctimas expuestas de manera crónica a este tipo de violencia, esto es, trastorno de estrés postraumático (TEPT), depresión, ansiedad y/o consumo de sustancias, principalmente. Estas dificultades psicológicas mermarían los recursos de estas mujeres, dificultando la adopción de decisiones enérgicas y favoreciendo su permanencia en la relación abusiva. Por el contrario, el segundo factor del que hablan Foa et al. (2000) es la *resiliencia o factores de protección* frente al daño psicológico que provoca la violencia, entendida como una autoestima positiva, optimismo, salud física y estrategias de afrontamiento cognitivas y emocionales adecuadas ante situaciones estresantes. Este segundo factor ayudaría a mantener en buen estado los recursos psicológicos de estas mujeres, facilitando el abandono de la relación violenta.

A partir de estos dos factores proponen un modelo psicológico y un modelo ambiental para explicar el mantenimiento de la violencia doméstica, que incluyen aquellos condicionantes individuales y contextuales, respectivamente, relacionados, por un lado, con la vulnerabilidad en las víctimas al desarrollo de desórdenes psicológicos tras la exposición prolongada a la violencia y, por el otro, con la resiliencia frente al desarrollo de estos desórdenes clínicos.

### 5.2.1. MODELO PSICOLÓGICO DE LA PERMANENCIA DE LA VÍCTIMA EN LA RELACIÓN VIOLENTA

Desde su modelo psicológico, estos autores señalan que habría tres factores implicados en la vulnerabilidad de las mujeres maltratadas para desarrollar desórdenes psicológicos como consecuencia de la violencia. La figura 5.4 muestra el modelo psicológico propuesto por Foa et al. (2000).

**Figura 5.4.** Modelo Psicológico de la permanencia de la víctima en la relación violenta (Foa et al., 2000).



Por un lado, la experiencia de malos tratos en la infancia y la exposición a otros sucesos estresantes incrementarían el riesgo de desarrollar problemas psicopatológicos en estas víctimas. Por otro lado, Foa et al. (2000) afirman que las respuestas de miedo o de culpa en la víctima, la presencia de síntomas disociativos durante o después del episodio violento o el uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas, como la negación o la evitación, agravarían los problemas psicológicos de estas mujeres, favoreciendo su permanencia en la relación abusiva.

Por el contrario, una percepción positiva del mundo y la vida, estrategias de afrontamiento activas y un locus de control interno son variables que correlacionan negativamente con el desarrollo de desórdenes psicológicos y positivamente con una mayor probabilidad de abandonar al agresor.

Otros factores implicados en la permanencia de la víctima en la relación violenta serían la dependencia emocional respecto al agresor, el pensar que él puede cambiar, esquemas tradicionales sobre los roles sexuales, satisfacción con la relación abusiva y la creencia de que los episodios violentos no volverán a ocurrir.

### **5.2.2. MODELO AMBIENTAL DE LA PERMANENCIA DE LA VÍCTIMA EN LA RELACIÓN VIOLENTA**

Desde su modelo ambiental, estos autores se centran en aquellos condicionantes del entorno implicados en una mayor vulnerabilidad o resiliencia frente al desarrollo de desórdenes psicológicos y, en consecuencia, en la decisión de las víctimas de permanecer o abandonar la relación abusiva.

Foa et al. (2000) afirman que el acceso en estas mujeres a recursos reales y tangibles, como la disponibilidad de alojamiento, empleo, ingresos económicos suficientes y posibilidad de un cuidado externo para sus hijos, favorecerían la decisión de abandonar la relación violenta. Asimismo, la disponibilidad de recursos interpersonales, esto es, un contacto frecuente con la red de apoyo social y familiar y un alto grado de satisfacción con la misma, estarían funcionando como un amortiguador de los efectos negativos de la violencia sobre la salud psicológica de estas mujeres. Por tanto, la disponibilidad de recursos interpersonales correlacionaría de manera positiva con la decisión de abandono y el cese de la violencia. La importancia de una red social en víctimas de violencia doméstica ha sido objeto de investigación en un estudio reciente de Gootman, Dutton, Vankos y Weinfurt (2005) en el que participaron 406 víctimas de violencia doméstica. Encontraron que el apoyo social constituía para estas mujeres un importante factor de protección frente a un nuevo episodio agresivo durante un periodo de un año. Concretamente, estos autores encontraron una interacción entre el apoyo social y la historia de violencia, de tal manera que en aquellas participantes con una historia muy severa de violencia el apoyo social no era un factor de protección; por el contrario, en los casos en los que la historia de violencia era menos severa, aquellas mujeres que carecían de una red social de apoyo tenían un 65% de probabilidad de ser víctima de malos tratos durante el año siguiente al estudio, frente a un 20% en aquellas que sí disponían de recursos a nivel social.

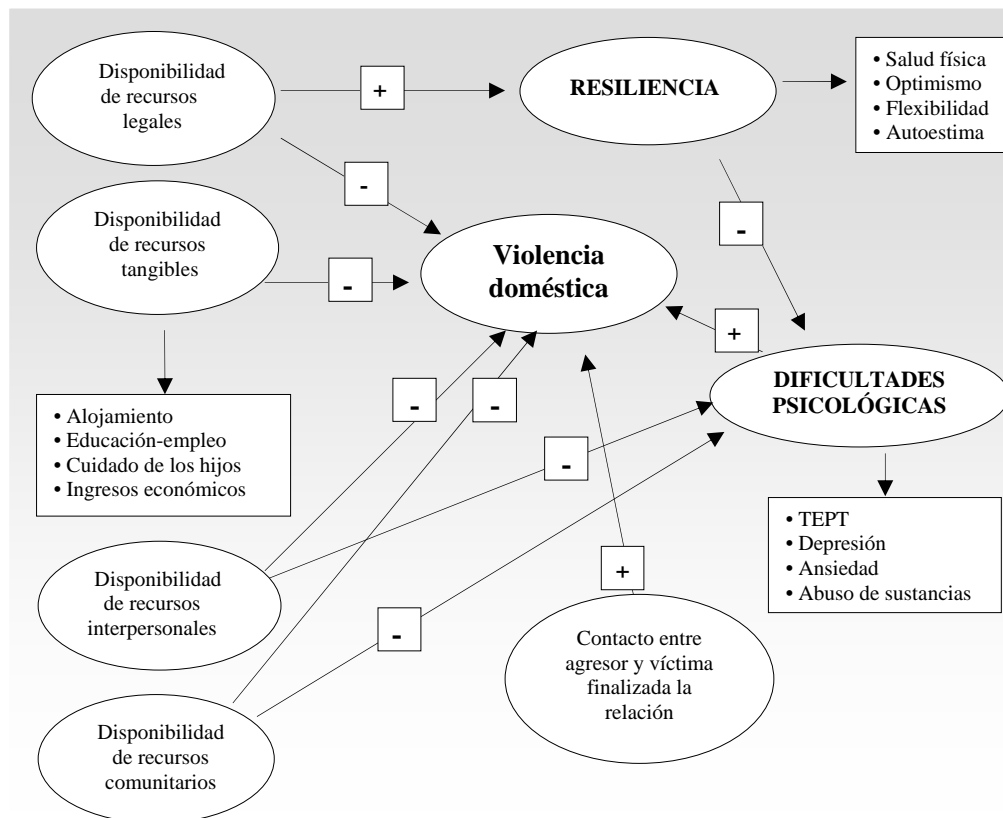
Siguiendo con el modelo de Foa y colaboradores y en la misma dirección que la disponibilidad de apoyo social, el acceso a los recursos comunitarios, esto es, a recursos sanitarios, servicios sociales, casas de acogida, centros de atención psicológica, entre otros, correlaciona de manera negativa con el desarrollo de dificultades psicológicas en las mujeres maltratadas y positiva con el abandono del agresor y el cese de la violencia. Foa et al. (2000) afirman que la disponibilidad de recursos legales y un alto grado de satisfacción con los mismos



se relacionan de manera positiva con la resiliencia frente al deterioro psicológico que provoca la violencia en estas víctimas.

Finalmente, estos autores señalan que el estado de la relación entre el agresor y la víctima tras la ruptura va a influir en el cese definitivo o en la continuidad de la violencia. Concretamente, los repetidos y frecuentes contactos entre la víctima y el agresor una vez finalizada su relación, ya sean de manera voluntaria o impuestos por cuestiones relacionadas con la custodia de los hijos, etc., se asocian negativamente con el cese de la violencia y de manera positiva con el aumento de las secuelas psicológicas en las mujeres maltratadas. Así pues, en aquellos casos en los que el abandono de la relación violenta por parte de la víctima no sólo no garantiza el fin de la violencia, sino que, incluso, ésta podría incrementarse, se asocia positivamente con la permanencia de estas mujeres en la relación abusiva.

**Figura 5.5.** Modelo Ambiental de la permanencia de la víctima en la relación violenta (Foa et al., 2000).



Este modelo teórico presentado por Foa et al. (2000) ofrece un marco conceptual de la violencia doméstica que integra aquellos condicionantes, tanto psicológicos como ambientales, implicados en la decisión de las víctimas de acabar con la relación violenta o, por el contrario, de continuar en la misma. El marco teórico que proponen estos autores incluye dos modelos predictivos complementarios del mantenimiento de la violencia en el tiempo, un modelo psicológico y un modelo ambiental, que juntos sitúan a este grave fenómeno social en un amplio contexto psicosocial.

### **5.3. RESUMEN**

Han sido muchos los modelos teóricos que han tratado de explicar la etiología y el mantenimiento de la violencia doméstica. No obstante, la mayoría lo ha hecho desde una perspectiva unicausal. Recientemente, han surgido modelos multicausales, que intentan integrar los diferentes factores personales, sociales y culturales implicados en este problema.

Desde un punto de vista etiológico, el Modelo Interactivo de la Violencia Doméstica desarrollado por Stith y Rosen (1992) es uno de los más influyentes. Según este modelo, los valores socioculturales relacionados con la violencia y con los roles sexuales estarían incidiendo sobre las vulnerabilidades, tanto a nivel individual como familiar, a la violencia, sobre los factores situacionales estresantes, sobre los recursos de afrontamiento de tipo personal, familiar o de la red social y finalmente, sobre la definición y percepción de la propia violencia. Posteriormente, Stith y Farley (1993) proponen un Modelo Predictivo de la Violencia Doméstica que considera que los malos tratos perpetrados por el agresor son consecuencia de una variable exógena, la experiencia de violencia durante la infancia en la familia de origen, y de cinco variables endógenas: un alto nivel de estrés e insatisfacción marital, la aceptación de la violencia como estrategia efectiva de resolución de conflictos, una actitud de desigualdad ante los roles sexuales, un consumo abusivo de alcohol y un bajo nivel de autoestima.

Echeburúa y Fernández-Montalvo (1998) sugieren en su Modelo sobre los Mecanismos Psicológicos de la Violencia que la conducta violenta es el resultado de un estado emocional intenso de ira en el agresor, que interactúa con unas actitudes de hostilidad, un repertorio pobre de conductas (déficit de habilidades de comunicación y de solución de problemas) y unos factores precipitantes (situaciones de estrés, consumo abusivo de alcohol, celos, etc.), así como de la percepción de vulnerabilidad de la víctima. La actitud de sumisión de la víctima, que supone para el agresor la evidencia de que la violencia es un modo efectivo para conseguir su objetivo, y para ella una forma de evitar consecuencias peores, es considerada desde este modelo como un potente reforzador del comportamiento violento.

Recientemente Foa, Cascardi, Zoellner y Feeny (2000) han desarrollado un marco teórico para explicar el mantenimiento de la violencia, que alude a dos factores principales implicados en la decisión de las víctimas de acabar o continuar en la relación violenta, esto es, la vulnerabilidad versus resiliencia frente al desarrollo de desórdenes psicológicos como consecuencia de la exposición prolongada al maltrato. A partir de ahí han desarrollado dos modelos predictivos complementarios del mantenimiento de la violencia en el tiempo, un modelo psicológico y un modelo ambiental, que incluyen aquellos condicionantes individuales y del entorno implicados en la vulnerabilidad y resiliencia en las víctimas frente al desarrollo de problemas psicológicos y en su decisión de continuar o acabar con la relación violenta. Estos

modelos, sin duda, aportan una comprensión muy enriquecedora del problema de la violencia doméstica, al situar este grave fenómeno en un amplio contexto psicosocial.

# 6

## CONSECUENCIAS EN LA SALUD DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

La violencia doméstica constituye un fenómeno que atenta indiscriminadamente contra la población femenina, convirtiéndose hoy en día en la principal amenaza para su integridad física y psicológica. El elevado impacto sobre la salud de quienes la sufren ha obligado a considerar esta forma de violencia como uno de los mayores asuntos de salud y de los derechos humanos (WHO, 2000).

Las mujeres que son objeto de violencia doméstica tienen un riesgo superior al doble de enfermarse y sufrir problemas de salud física y mental que las mujeres que no han sido maltratadas (WHO, 2005). La gravedad de las secuelas en las víctimas se relacionaría con la intensidad del maltrato, persistiendo incluso mucho después de que la relación violenta haya terminado (Krug et al., 2002). El Informe Mundial sobre Violencia y Salud de la OMS ofrece una clasificación del impacto de la violencia en las mujeres, que es recogida en la siguiente tabla.

**Tabla 6.1.** Consecuencias en la salud de la violencia doméstica. Informe Mundial sobre Violencia y Salud de la OMS (Krug et al., 2002).

<b>FÍSICAS</b>	<b>PSICOLÓGICAS Y DEL COMPORTAMIENTO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lesiones abdominales y torácicas</li> <li>▪ Moratones e hinchazón</li> <li>▪ Síndrome de dolor crónico</li> <li>▪ Discapacidad</li> <li>▪ Fibromialgia</li> <li>▪ Fracturas</li> <li>▪ Trastornos del aparato digestivo</li> <li>▪ Síndrome de colón irritable</li> <li>▪ Desgarros y abrasiones</li> <li>▪ Lesiones oculares</li> <li>▪ Reducción de las funciones físicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abuso de alcohol y drogas</li> <li>▪ Depresión y ansiedad</li> <li>▪ Trastornos de la conducta alimentaria y del sueño</li> <li>▪ Sentimientos de vergüenza y culpabilidad</li> <li>▪ Fobias y trastorno de pánico</li> <li>▪ Inactividad física</li> <li>▪ Baja autoestima</li> <li>▪ Trastorno de estrés postraumático</li> <li>▪ Trastornos psicósomáticos</li> <li>▪ Conductas autolíticas y autodestructivas</li> <li>▪ Comportamiento sexual de riesgo</li> </ul>
<b>SEXUALES Y REPRODUCTIVAS</b>	<b>MORTALES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trastornos ginecológicos</li> <li>▪ Infertilidad</li> <li>▪ Inflamación de la pelvis</li> <li>▪ Complicaciones en el embarazo/aborto espontáneo</li> <li>▪ Enfermedades de transmisión sexual (SIDA, etc.)</li> <li>▪ Aborto practicado en condiciones peligrosas</li> <li>▪ Embarazo no deseado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mortalidad relacionada con el SIDA</li> <li>▪ Mortalidad maternal</li> <li>▪ Homicidio</li> <li>▪ Suicidio</li> </ul>

En España, un estudio del Instituto de la Mujer señala que las secuelas que con mayor frecuencia sufren las mujeres maltratadas son los dolores de espalda o articulaciones, cambios en el estado de ánimo, irritabilidad, ansiedad o angustia y dolores de cabeza. La siguiente tabla recoge las consecuencias que a nivel físico y psicológico más frecuentemente sufren las mujeres maltratadas (Instituto de la Mujer, 2000).

**Tabla 6.2.** Consecuencias en la salud de la violencia doméstica. Instituto de la Mujer (2000).

SÍNTOMA	% MUJERES MALTRATADAS	% POBLACIÓN FEMENINA GENERAL
• Dolores de cabeza	51.8	43.3
• Dolores de espalda o articulaciones	72.1	64.2
• Gripe	27.3	21.8
• Fatiga permanente	27.6	16.8
• Insomnio	47.2	34.9
• Cambios del estado de ánimo	72.4	53.1
• Ganas de llorar sin motivo	50.3	31.7
• Tristeza	40.6	21.3
• Ansiedad o angustia	52.3	32.0
• Irritabilidad	54.2	35.1
• Inapetencia sexual	44	23.6

Si bien las secuelas provocadas por el maltrato físico son más evidentes, el impacto a nivel psicológico y el deterioro en la calidad de vida de estas mujeres es más difícil de identificar y evaluar. Con el objeto de establecer el impacto real de los efectos de la violencia contra la mujer sobre la salud individual y sobre la salud pública, se ha establecido un indicador mixto basado en la pérdida de Años de Vida Saludables (AVISA). Este indicador permite calcular el número de años perdidos en relación a una esperanza de vida teórica, basada en las características de la población y de la sociedad utilizada como referencia, que aplicado a esta problemática determinaría el número de pérdida de AVISA que se producen como consecuencia de la violencia doméstica (Lorente, 2001).

Desde este enfoque se ha considerado que los daños físicos provocados por este tipo de violencia suponen el 55% de los AVISA perdidos, mientras que los “no físicos”, referidos a los psicológicos y a la salud reproductora, suponen el 45% de la pérdida de AVISA. Al comparar los AVISA perdidos por violencia doméstica con los perdidos como consecuencia de otras patologías o situaciones se desprende que los malos tratos están situados en tercer lugar, después de la diabetes y los problemas durante el parto (aunque este último dato se refiere fundamentalmente a los países en vías de desarrollo con un sistema de salud deficiente). Por lo tanto, teniendo en cuenta esta matización, el maltrato a la mujer se situaría en segundo lugar, por delante de las cardiopatías y los accidentes de tráfico (Lorente, 2001).

En el Informe Mundial sobre Violencia y Salud de la OMS (Krug et al., 2002) se resumen en tres las principales conclusiones sobre las consecuencias generales del maltrato en la salud de las víctimas:

- La influencia del maltrato puede persistir mucho tiempo después que éste haya cesado.
- Cuanto más grave es el maltrato, mayores son sus efectos sobre la salud física y mental de la víctima.
- Los efectos de diferentes tipos de maltrato y de episodios múltiples de maltrato a lo largo del tiempo parecen ser acumulativos.

## 6.1. CONSECUENCIAS FÍSICAS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

El informe de la OMS señala que entre el 40% y el 72% de las mujeres físicamente maltratadas han sufrido lesiones en algún momento de su vida (Krug et al., 2002). En EEUU los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2005) informan que la violencia doméstica afecta a más de 32 millones de estadounidenses al año, produciendo más de 2 millones de lesiones y cerca de 1.300 muertes.

Las lesiones sufridas por las víctimas de malos tratos abarcarían toda la tipología de la traumatología forense, desde simples contusiones, heridas por diversos tipos de armas, hasta la discapacidad permanente y la muerte. El maltrato físico y psicológico está unido a un sinnúmero de efectos adversos, tales como dolor de espalda o de pelvis, trastornos ginecológicos, embarazos con complicaciones, enfermedades de transmisión sexual (ETS), dolores de cabeza, trastornos del sistema nervioso central y afecciones cardíacas o circulatorias (Campbell et al., 2002; Plichta, 2004; Tjaden y Thoennes, 2002).

No obstante, tal y como señala la OMS, las lesiones no son el resultado físico más frecuente en las víctimas de violencia doméstica, sino que son más comunes los “trastornos funcionales”, esto es, una gran cantidad de dolencias que a menudo no tienen una causa médica discernible, como el síndrome de colón irritable, la fibromialgia, los trastornos del aparato digestivo y diversos síndromes de dolor crónico (Krug et al., 2002). Echeburúa (2004) señala que sería la situación de estrés crónico, que caracteriza la situación de violencia doméstica, la responsable de la aparición de éstas y otras alteraciones en las mujeres maltratadas.

Asimismo, además de los trastornos que sufren las víctimas como consecuencia directa de la violencia sufrida, otros problemas crónicos de salud en estas mujeres, tales como artritis, diabetes, presión arterial alta, migrañas o epilepsia podrían ser exacerbados por el maltrato (Campbell et al., 2002).

Lorente (2001) afirma que un 30% de las mujeres maltratadas sufre agresiones durante el embarazo, siendo la provocación o amenaza de un aborto una de las posibles consecuencias de la violencia en la salud física de estas víctimas en periodo de gestación. Villavicencio (1996) encontró que el 58% de la muestra había sido maltratada durante el embarazo y un 17% había sufrido un aborto o amenaza de aborto por las agresiones de su pareja.

A pesar de las graves repercusiones que las agresiones provocan en la salud física de las víctimas, menos de la mitad solicita asistencia médica. Por otro lado, de las mujeres que buscan ayuda, la mayoría no lo hace de manera inmediata, acudiendo finalmente a consultas ordinarias en vez de a servicios de urgencia, quizá para tratar de restar importancia a las agresiones o evitar que se identifiquen las heridas y se comuniquen al juzgado el origen de las mismas. Esta actitud se ha denominado *síndrome del paso a la acción retardado* (Villavicencio, 1993). Muchas veces

es el agresor quien niega la asistencia médica a la víctima. En este sentido, Villavicencio (1996) encontró que un 32% de las mujeres maltratadas afirmaba que su pareja le había negado asistencia médica necesitándola.

## **6.2. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA**

La experiencia de violencia en el hogar es una variable de riesgo para el desarrollo de desórdenes clínicos y trastornos emocionales. La OMS (1998) afirma que las mujeres que experimentan malos tratos tendrían entre 4 y 6 veces más probabilidad de necesitar tratamiento psiquiátrico que aquéllas que no los sufren. En España se estima que el 60% de las víctimas de este tipo de violencia sufre problemas psicológicos (Llorente, 2001).

Los estudios acerca de los problemas mentales en mujeres americanas con una historia de violencia doméstica señalan que las víctimas tienen entre tres y cinco veces más riesgo de depresión, suicidio, trastorno de estrés postraumático y abuso de sustancias que las mujeres que no son víctimas (Golding, 1999). Concretamente, serían el trastorno de estrés postraumático y la depresión los trastornos psicológicos más frecuentes en mujeres maltratadas. Asimismo, de la revisión que lleva a cabo Golding (1999) de estos estudios se desprende que el riesgo de desarrollar un TEPT o una depresión es ocho veces mayor en mujeres víctimas de violencia doméstica que en víctimas de agresión sexual en la infancia.

Se han llevado a cabo algunas investigaciones para determinar qué características de la violencia podrían estar relacionadas con la gravedad psicopatológica de las víctimas. En este sentido, Amor, Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta (2001a) realizaron un estudio comparativo con el objeto de detectar diferencias psicopatológicas en estas mujeres en función de la modalidad de violencia experimentada. Participaron 250 víctimas de malos tratos, físicos y/o psicológicos que habían acudido a centros de asistencia psicológica especializados en este tipo de atención. Estos autores encontraron que, a pesar de la mayor gravedad objetiva de la violencia en las mujeres físicamente maltratadas, no aparecieron diferencias significativas en el perfil psicopatológico de las víctimas, atribuibles al tipo de maltrato experimentado.

Street y Arias (2001) afirman que la violencia psicológica es un predictor más potente del TEPT que la violencia física en mujeres maltratadas. En este sentido, en un estudio llevado a cabo por Polo (2001) con mujeres que acudían a los Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid se detectó que la tasa de prevalencia de maltrato psicológico en pacientes ambulatorias era de un 75.9% y de maltrato físico de un 28.1%.

Torres y Espada (1996) señalan que el malestar emocional resulta de mayor intensidad en aquellas víctimas que han sufrido más años de violencia, que en la infancia también sufrieron maltrato y que no han denunciado su victimización.

Sarasua y Zubizarreta (2000) consideran que la percepción que de su propio malestar psicológico tiene la víctima depende del momento en el que se encuentre en la relación de maltrato. De este modo, las víctimas con niveles más altos de malestar subjetivo serían aquellas que están inmersas en la relación violenta, que mantienen una relación afectiva con su pareja y que no han considerado la posibilidad de una separación.

A continuación, se describen los principales trastornos y problemas psicopatológicos que presentan estas mujeres. El trastorno de estrés postraumático, al ser el punto central de este trabajo, va a ser abordado más adelante en un capítulo aparte.

### **6.2.1. SÍNDROME DE LA MUJER MALTRATADA**

Este síndrome, desarrollado por Walker, describe una sintomatología específica que con frecuencia aparece en las mujeres maltratadas, como consecuencia de la exposición repetida al ciclo de la violencia. Se caracteriza por un aumento de la respuesta fisiológica, aislamiento, fatalismo, reducción de los niveles de autoestima e indefensión aprendida, siendo estos cambios a nivel psicológico uno de los factores responsables del mantenimiento de la mujer maltratada en la relación abusiva (Walker, 1991).

De manera más específica, este síndrome incluiría un conjunto de síntomas primarios característicos de la sintomatología postraumática, esto es, ansiedad, hipervigilancia, reexperimentación del trauma, recuerdos recurrentes e intrusivos y embotamiento emocional. Sin embargo, parece que este síndrome es más complejo que el TEPT, ya que, además de la sintomatología postraumática, incluye un conjunto de síntomas secundarios, como baja autoestima, somatización, distorsiones cognitivas, disfunciones sexuales, sentimientos de tristeza y deterioro de las relaciones interpersonales, entre otros.

Estas mujeres en un intento de adaptarse a una situación tan aversiva como es la exposición crónica a la violencia incrementarían su habilidad para afrontar los estímulos adversos y minimizar el dolor (Walker, 1991). Algunas de las estrategias de afrontamiento serían la idealización del maltratador, minimización o negación del peligro, disociación y supresión de los sentimientos de ira contra el agresor, a quien la víctima exculparía de sus ataques y de su comportamiento violento y con quien se vincularía de manera paradójica.

Montero (2001) describe el establecimiento de este vínculo paradójico entre la víctima maltratada y el agresor en su planteamiento del Síndrome de Adaptación Paradójica a la Violencia Doméstica (SAPVD), un cuadro clínico derivado de la extensión del Síndrome de Estocolmo a la violencia doméstica, pero que carece actualmente de estudios científicos que lo validen. Montero (2001) describe un proceso de cuatro fases que culminaría en el desarrollo de este vínculo paradójico:



*Fase desencadenante:* Independientemente de que se hubieran producido incidentes previos de maltrato psicológico, esta fase comienza cuando la mujer recibe la primera expresión de violencia física a manos de su pareja. Este primer episodio de agresión física, en su propia casa y a manos de su pareja, supondría para la víctima la ruptura del espacio de seguridad y confianza construido en la relación afectiva. Desde un punto de vista emocional, esta primera agresión provocaría en la mujer una reacción de miedo intenso y un importante sentimiento de pérdida. Desde un punto de vista cognitivo, el aspecto más significativo es un estrechamiento de los canales atencionales, sesgados y comprometidos hacia las señales de peligro y amenaza, que inevitablemente movilizarán recursos para su afrontamiento. Cuando la agresión finaliza, la víctima entra en un estado agudo de ansiedad de curso progresivo, que probablemente correlacionará con accesos ocasionales de ira. La incapacidad de la víctima para modificar de manera eficaz su entorno, así como la acumulación de afecto negativo y consolidación del sentimiento de pérdida favorecerán el desarrollo posterior de un cuadro depresivo.

*Fase de reorientación:* La reevaluación que la víctima lleva a cabo en esta fase de la ruptura del espacio de seguridad provocará un patrón general de desorientación e incertidumbre, que junto al miedo y al sentido de pérdida, contribuyen a borrar los límites de la inserción de la víctima en su núcleo primario de relación, el lugar seguro para ella. La percepción de la víctima de su incapacidad para manejar un entorno hostil, su desorientación debida a la pérdida de referentes, su estado de incertidumbre y la exposición permanente a una situación de peligro contribuyen a la cronificación del proceso agudo y reactivo de estrés hacia un estado crónico de ansiedad.

En esta fase de reorientación y coincidiendo con algún signo de arrepentimiento del agresor, la mujer buscará en su propio comportamiento razones que legitimen el uso de la violencia por parte del maltratador, lo que le llevará a autoculparse, a sentir vergüenza y a concluir que la agresión es un castigo para corregir alguna conducta impropia.

La *fase de afrontamiento* está marcada por un proceso de evaluación secundaria, en el que la víctima valora sus propios recursos disponibles para hacer frente a las demandas contextuales y lograr una inserción más funcional en el nuevo entorno. Es de esperar que en un contexto de restricción estimular, de ruptura del espacio de seguridad y afectada por sesgos atencionales, la habilidad de la víctima para llevar a cabo una evaluación secundaria esté distorsionada. Además, la carencia de vías saludables de expresión emocional y el aumento de los sentimientos de culpa y vergüenza provocan en la víctima un comportamiento de entrega y sumisión, un progresivo deterioro en su nivel de autoestima, un profundo estado de aislamiento y un estado depresivo que irá evolucionando hacia un patrón distímico.

En la última fase, *fase de adaptación*, la mujer, consciente de una situación de inferioridad respecto al agresor, concibe que nada puede hacer para cambiar la adversidad del

entorno, comprometiéndose en la búsqueda de nuevos factores que le suministren estabilidad y equilibrio. De este modo, la víctima establece un vínculo paradójico con el maltratador, en un intento de afrontar la escalada de agresiones y buscar la seguridad y el equilibrio. Este vínculo paradójico se caracteriza por la construcción de un nuevo modelo mental para hacer frente a la situación, en el que la víctima disociará las experiencias negativas de las positivas en su relación con el maltratador y se concentrará en estas últimas, asumiendo la parte de arrepentimiento de éste, sus deseos, motivaciones y excusas, y proyectando su propia culpa al exterior de la pareja (hacia quienes el agresor haya declarado como sus enemigos o responsables de la situación), protegiendo así su debilitada autoestima.

Si bien este síndrome podría ayudar a entender la dificultad de estas mujeres para poner fin a la relación violenta y, en este sentido, permanecer durante tantos años con una pareja maltratadora, son necesarias futuras investigaciones que lo apoyen y validen. Por otro lado, Montero (2001) reconoce que su incidencia podría no ser tan común como la presencia de otros condicionantes en la permanencia de la mujer en la situación de violencia, tales como la dependencia afectiva y económica, reacciones de miedo, desórdenes de la personalidad u otra clase de circunstancias de índole personal o familiar.

### **6.2.2. DEPRESIÓN**

La depresión es una de las categorías diagnósticas más utilizadas a la hora de describir los problemas psicopatológicos que presentan las mujeres maltratadas. Golding (1999) llevó a cabo un meta-análisis en el que revisó 18 estudios que relacionaban depresión y maltrato doméstico de tipo físico, encontrando una tasa de prevalencia de esta diagnóstico en víctimas de violencia doméstica que oscilaba entre un 15% y un 83%, con una media ponderada de 47.6%. Esta tasa de prevalencia es muy superior a la encontrada en la población general de mujeres, cuya tasa oscilaba entre el 10.2% y 21.3%.

Gleason (1993) comparó la tasa de prevalencia de trastornos psicológicos entre un grupo de 62 mujeres maltratadas y un grupo de 1095 mujeres que habían participado en un estudio epidemiológico de trastornos mentales, realizado a nivel nacional en Estados Unidos. Del total de mujeres maltratadas, 30 se encontraban en casa de acogida y el resto en su propio domicilio, en convivencia o no con el agresor. Encontró que el 63% de las mujeres de casa de acogida y el 81% de las que vivían en su domicilio cumplían criterios DSM III para el diagnóstico de depresión mayor, frente al 7% de las mujeres del estudio epidemiológico.

Riggs, Caulfield y Street (2000) afirman que más de un 50% de las mujeres maltratadas cumplen criterios para el diagnóstico de depresión mayor, pudiendo alcanzar niveles de hasta un 80%.

En España, Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua y Zubizarreta (1997a) llevaron a cabo un estudio con 126 mujeres víctimas de violencia doméstica (física, psicológica y/o sexual) y encontraron que un 64% se situaba por encima del punto de corte establecido por el Inventario de Depresión de Beck para el diagnóstico de este cuadro clínico, independientemente de la modalidad de maltrato al que eran o habían sido sometidas. En un estudio más reciente en el que participaron 70 víctimas de violencia doméstica, Rincón et al. (2004) encontraron que un 84.2% presentaba depresión, evaluada a partir del BDI, siendo en más del 50% de nivel moderado o grave.

Algunos estudios han tratado de encontrar qué factores podrían estar implicados en el desarrollo de depresión en mujeres víctimas de violencia doméstica. En este sentido, el tipo de atribución que hace la víctima de la ocurrencia del maltrato ha sido relacionado con el desarrollo de síntomas depresivos en mujeres maltratadas. Así pues, la autoculpabilización sobre lo sucedido está relacionada con la aparición de depresión en estas víctimas (Cascardi y O'Leary, 1992).

Un dato relevante es que la depresión no sólo la padecen las mujeres que permanecen en la relación violenta, sino que también aparece muchas veces y con mayor intensidad en aquellas mujeres que ya han abandonado al agresor (Andrews y Brown, 1998). En este sentido, la atribución que hace la víctima de la ocurrencia de los malos tratos a rasgos internos y estables de su propia personalidad correlaciona positivamente con índices elevados de depresión una vez que la mujer ha abandonado al agresor. Por otro lado, la tendencia a hacer este tipo de atribuciones estaría relacionada con haber experimentado malos tratos en la niñez (Andrews y Brown, 1998).

Asimismo, la percepción de falta de control sobre el comportamiento agresivo del maltratador y de su incapacidad para salir de la situación de violencia explicarían el estado depresivo en el que están inmersas estas víctimas (Walker, 1991). Mitchell y Hodson (1983) señalan que la ausencia de una red de apoyo social, familiar e institucional aumenta la gravedad de la sintomatología depresiva en mujeres víctimas de violencia doméstica.

En un estudio de Villavicencio y Sebastián (1999b) con mujeres maltratadas en casas de acogida encontraron que el uso de estrategias de afrontamiento evitativas y la exposición al maltrato en la familia de origen eran variables que correlacionaban de manera positiva con el desarrollo de depresión.

En el estudio de Amor et al. (2002) encontraron que aquellas mujeres que no denuncian su situación de violencia y aquellas que permanecen en el hogar con el agresor sufren una mayor sintomatología depresiva.

En definitiva, la depresión es junto al TEPT una de las categorías diagnósticas que con mayor frecuencia presentan las mujeres maltratadas. La situación de aislamiento y cautiverio a la que se ven sometidas estas víctimas, la ruptura de su marco de referencia previo, la pérdida de

refuerzos positivos y actividades gratificantes y la sensación de indefensión ante la percepción de falta de control sobre la violencia y de recursos para enfrentarla son factores que podrían estar explicando el desarrollo de este cuadro clínico en este tipo de víctimas.

### **6.2.3. TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

Según el estudio de Gleason (1993) la fobia específica, la agorafobia, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y el trastorno de estrés postraumático serían los trastornos de ansiedad que con mayor frecuencia aparecen en mujeres víctimas de violencia doméstica. Así pues, la tasa de prevalencia de la fobia específica era de un 80% en las mujeres maltratadas en casa de acogida y de un 63% en las víctimas que vivían en su casa, frente a una prevalencia de un 15% en mujeres no maltratadas. Por otro lado, el 30% y 28% de las mujeres maltratadas en casa de acogida y en su propio domicilio, respectivamente, cumplían criterios para el diagnóstico de agorafobia según criterios DSM III, frente a un 8% de las mujeres de la muestra epidemiológica. Respecto a la ansiedad generalizada, la tasa de prevalencia era de un 38% en las mujeres de refugio, de un 47% en las víctimas que vivían en su casa y de un 6% en la muestra epidemiológica. Finalmente, la tasa de prevalencia del TOC era algo inferior, 33%, 44% y 3% en las mujeres de casa de acogida, en las mujeres en su domicilio y en las mujeres del estudio epidemiológico, respectivamente.

Respecto a las variables predictoras, Villavicencio y Sebastián (1999b) encontraron en un estudio con 80 mujeres maltratadas que permanecían en casas de acogida, que el trastorno obsesivo compulsivo correlacionaba de manera negativa con el tiempo de permanencia en la casa y de manera positiva con la exposición a la violencia en la familia de origen durante la infancia o adolescencia y con el uso de estrategias de afrontamiento evitativas. En relación a la ansiedad fóbica, encontraron que la experiencia de maltrato de tipo sexual correlacionaba de manera positiva con el desarrollo de este cuadro clínico. El trastorno de estrés postraumático se tratará en el capítulo 8 por ser el eje central de este trabajo de investigación.

### **6.2.4. OTROS PROBLEMAS PSICOPATOLÓGICOS**

#### **6.2.4.1 Baja autoestima**

Numerosos estudios concluyen que el maltrato físico, sexual y psicológico disminuye la autoestima de las víctimas, al provocar un deterioro significativo de la percepción de sí mismas, aumentar las creencias de autoevaluación negativa e incompetencia y disminuir la capacidad para poder afrontar adecuadamente la situación de maltrato.

En el estudio de Echeburúa et al. (1997a), se encontró que las mujeres maltratadas, independientemente del tipo de maltrato experimentado, presentaban un nivel de autoestima inferior a la población normal. Sin embargo, algunos estudios señalan que es el maltrato

psicológico, debido a su función de control, el que provocaría un mayor deterioro en la autoestima de estas víctimas (Lynch y Graham- Bermann, 2000).

Las continuas críticas y descalificaciones por parte del agresor y la tendencia en estas mujeres a autoculpabilizarse por la ocurrencia del maltrato son factores determinantes en el desarrollo de una autoevaluación negativa. Por otro lado, la situación de aislamiento a la que se ven sometidas y de restricción de contactos sociales privaría a estas mujeres de oportunidades de contrastar esta autoevaluación negativa, fomentando el desarrollo de una autoimagen cada vez más desfigurada y deteriorada (Villavicencio y Sebastián, 1999a).

Respecto a las variables predictoras, Cascardi y O'Leary (1992) examinaron la relación entre autoestima, severidad, frecuencia y gravedad de las lesiones sufridas en 33 mujeres que estaban siendo víctimas de maltrato en el momento del estudio. Encontraron que una baja autoestima correlacionaba de manera significativa con la gravedad y severidad del maltrato. Por otro lado, la relación entre maltrato y niveles de autoestima estaría influida por otros factores como el apoyo social (Mitchell y Hodson, 1983). En este sentido, el disponer de una red de apoyo social es un factor relacionado con un mayor grado de bienestar y una mejora en los niveles de autoestima en mujeres maltratadas en casas de acogida (Villavicencio y Sebastián, 1999b).

#### **6.2.4.2 Abuso o dependencia de sustancias adictivas**

En un intento de aliviar de manera transitoria el malestar físico o emocional generado por la cronicidad de la violencia, algunas mujeres maltratadas recurren al consumo de sustancias adictivas (drogas, alcohol o psicofármacos).

Golding (1999) encuentra, tras la revisión de los estudios sobre violencia doméstica, que el consumo de drogas puede afectar hasta un 8.9% de las víctimas de violencia doméstica, porcentaje que está por encima de la media de la población femenina normativa, siendo más frecuente en las mujeres maltratadas más jóvenes. En el estudio de Gleason (1993), al que se ha hecho referencia anteriormente, el 10% de las mujeres en casas de acogida y el 25% de las mujeres maltratadas que vivían en su domicilio consumían estas sustancias, frente a un 4% de las mujeres de la muestra epidemiológica.

Respecto al alcohol, su consumo es mucho más frecuente en mujeres maltratadas que en el resto de la población femenina. Según el estudio de Golding (1999), la tasa de prevalencia en esta población oscila entre un 6.6% y un 44%, situándose la media en torno al 18.5%, porcentaje muy por encima de la media de la población normativa (del 4% al 8%). Parece que la cantidad de consumo de alcohol en mujeres maltratadas aumenta cuanto mayor es la percepción de amenaza a su integridad física, estando, por lo tanto, directamente relacionada con la gravedad de la violencia experimentada (Clark y Foy, 2000).

De la misma manera, el consumo excesivo de psicofármacos, principalmente de analgésicos, en forma de autoterapia es frecuente en mujeres maltratadas, como un intento de reducir la ansiedad inmediata y bloquear el malestar físico y emocional derivado de una situación de estrés crónico, como es el maltrato prolongado (Echeburúa y Corral, 1998). En un estudio de Groeneveld y Shain (1989) con mujeres víctimas de violencia doméstica encontraron que el 74% tomaba sedantes y un 40% sustancias para dormir.

Por otra parte, según Dutton (1992) las mujeres maltratadas en ocasiones presentan otras adicciones, como compra compulsiva, adicción a los juegos de azar, etc., así como trastornos de la impulsividad (bulimia, cleptomanía, etc).

#### **6.2.4.3 Suicidio o ideación suicida**

La tasa de prevalencia de suicidio en mujeres víctimas de malos tratos encontrada en el estudio meta-analítico de Golding (1999) oscila entre un 4.6% y un 77%, con una media ponderada que se sitúa en un 17.9%, muy por encima de la media de la población normativa.

Ser o haber sido víctima de malos tratos es una de las causas de intento autolítico entre las mujeres. En el estudio de Stark, Flitcraft y Frazier (1979) encontraron que un 29% del total de mujeres ingresadas en el servicio de urgencias de un hospital por intento de suicidio eran maltratadas, habiéndolo sido ese mismo día la mitad de ellas, y el 75% restante durante los seis meses anteriores al ingreso. En un estudio posterior, añadieron que uno de cada cuatro intentos de suicidio entre las mujeres es causado por los malos tratos (Stark y Flitcraft, 1988). En España Villavicencio (1996) entrevistó a un grupo de mujeres maltratadas y encontró que un 32.5% de ellas había intentando o planeado suicidarse a lo largo de la relación abusiva. De manera más reciente, Lorente (2001) ha sugerido que en nuestro país entre el 20% y el 40% de las mujeres que se suicidan cada año tienen antecedentes de malos tratos.

Entre los factores de riesgo del suicidio, Blaauw, Arensman, Kraaij, Winkel y Bout (2002) afirman que es la situación de aislamiento a la que están sometidas las víctimas de malos tratos la variable que mejor predice la decisión de estas mujeres de acabar con su vida, como la única solución para escapar del sufrimiento que están viviendo. Por otro lado, parece más frecuente el intento de suicidio en las víctimas que, además del maltrato, han sufrido abusos sexuales en la infancia (Blanco 2004).

#### **6.2.4.4 Inadaptación**

El estudio de Echeburúa et al. (1997a) señala que las mujeres maltratadas presentan un índice muy alto de inadaptación a la vida cotidiana, sin que haya diferencias significativas en función del tipo de maltrato experimentado.

En el estudio de Amor et al. (2002) las mujeres que habían sufrido más años de maltrato y aquellas que presentaban antecedentes de violencia en su familia de origen eran las que manifestaban un mayor grado de inadaptación a la vida cotidiana.

Vázquez (1999) recoge los hechos ocurridos en una relación abusiva que deteriorarían el nivel de adaptación global de estas mujeres. Estos hechos serían el aislamiento social al que se ven forzadas por el agresor, que provocaría elevados niveles de inadaptación en el área social; la aparición de alteraciones psicopatológicas, que tendría como consecuencia una grave inadaptación a nivel emocional; el deterioro en las relaciones familiares, que conllevaría una inadaptación a nivel familiar; y el bajo rendimiento y ausentismo laboral y el aislamiento respecto a los compañeros de trabajo, que deterioraría la adaptación en esta área. En un estudio llevado a cabo en los EEUU por Lloyd y Talud (1999) en el que compararon mujeres que habían sido víctimas de violencia doméstica con mujeres que no lo habían sido, encontraron que las primeras habían estado un mayor número de veces en situación de desempleo, habían cambiado más veces de trabajo, recibían menos ingresos y habían sufrido más problemas de salud física y psicológica que afectaban a su desempeño laboral en comparación con las mujeres no maltratadas.

#### **6.2.4.5 Distorsiones cognitivas**

Es frecuente que las mujeres maltratadas que conviven con el agresor utilicen estrategias cognitivas para hacer frente al impacto psicológico que provoca el maltrato, estrategias que suponen a menudo una distorsión de la realidad para encontrar una consonancia cognitiva entre la gravedad de la realidad en la que están inmersas y el mantenimiento de la relación.

La fase evolutiva del proceso violento determina el tipo de estrategia utilizada (Echeburúa, Amor y Corral, 2002). Así pues, estos autores afirman que en las primeras fases del maltrato, en las que la violencia suele ser más sutil e incluso imperceptible y de tipo predominantemente psicológico, la negación y minimización del problema, la justificación y normalización de los episodios agresivos y la atención selectiva a los aspectos positivos de la pareja son las estrategias de afrontamiento que con más frecuencia utilizan las víctimas. Cuando la violencia se agrava la víctima puede llegar a sobrevalorar la creencia de que el agresor cambiará y a autoinculparse por el maltrato o por no saber tratar a su pareja. Por último, cuando la violencia está definitivamente instaurada en la relación de pareja y la mujer toma conciencia de que el agresor no cambiará, entra en un estado de desesperanza y desamparo. En este estado, en el que desconfía de su capacidad para abandonar al maltratador, la víctima comienza a adoptar su sistema atribucional, esto es, atribuir a factores externos la ocurrencia de los episodios violentos, con el fin de justificar su permanencia en la relación y a modo de defensa psicológica para disminuir la disonancia cognitiva.

Por otro lado, la exposición repetida a la violencia provoca en las víctimas una ruptura en su sistema de creencias previo, principalmente en la forma en que perciben el mundo, a los demás y a sí mismas, provocando distorsiones cognitivas en estas tres áreas. Así pues, la ocurrencia del suceso traumático en el lugar supuestamente más íntimo y seguro para la víctima, el propio hogar, y a manos de la persona en la que ha depositado toda su confianza, rompe la percepción de seguridad e invulnerabilidad que previamente tenía, dando lugar a la aparición de distorsiones cognitivas basadas en la creencia de que el mundo es un lugar totalmente peligroso y que cualquier persona puede hacerle daño. Dutton (1992) señala que la percepción de vulnerabilidad de la víctima se generalizará a todos los lugares a los que su pareja tiene acceso y que esta percepción no se llega necesariamente a restablecer después de la separación, el divorcio o el cambio de domicilio, debido a que este tipo de acontecimientos frecuentemente provocan un aumento en la severidad de los malos tratos.

Por otro lado, las distorsiones cognitivas sobre sí misma en las mujeres maltratadas harían referencia fundamentalmente a su autoinculpación por la ocurrencia de los malos tratos, sobre todo en aquellas que han sido física o sexualmente abusadas. La creencia de que la conducta del agresor depende de su propio comportamiento, lleva a estas mujeres a responsabilizarse a sí mismas de los actos violentos y a intentar cambiar las conductas del maltratador. Sin embargo, cuando comprueban reiteradamente el fracaso de sus expectativas es frecuente que desarrollen sentimientos de culpa y de fracaso (Sarasua y Zubizarreta, 2000).

Echeburúa y Corral (1998) afirman que casi la mitad de las víctimas se atribuyen a sí mismas la culpa por la ocurrencia del maltrato, lo que podría estar relacionado con las conductas que la víctima ha realizado para evitar el agravamiento de la violencia, esto es, mentir, encubrir al maltratador, consentir el maltrato a los hijos por temor, etc.

Miller y Porter (1983) diferencian tres tipos de cogniciones de autoinculpación en mujeres maltratadas: por ser ellas las causantes de los episodios de violencia, por no ser capaces de detenerlos y por tolerar la violencia, señalando que son este último tipo de pensamientos los más frecuentes en las mujeres maltratadas y los que, en mayor medida, determinarían el deterioro emocional y conductual que manifiestan estas víctimas.

Kubany et al. (2004) señalan que la severidad de las ideas de culpa en las mujeres víctimas de violencia doméstica correlaciona de manera positiva con la severidad del trastorno de estrés postraumático. En este sentido, los sentimientos de culpa y de rabia facilitarían la reexperimentación del acontecimiento traumático (Echeburúa y Corral, 1998).



#### **6.2.4.6 Déficit en resolución de problemas**

Claerhout, Elder y Jones (1982) investigaron las habilidades de resolución de problemas en mujeres víctimas de violencia doméstica y las compararon con las de sus homólogas no maltratadas. Encontraron que las primeras generaban significativamente menor número de alternativas de resolución de problemas ante situaciones de maltrato y que las alternativas que producían eran generalmente menos efectivas. Launius y Jensen (1987) afirman que las víctimas de violencia doméstica muestran un déficit general en estrategias de afrontamiento, al encontrar que estas mujeres presentaban dificultades en las tres habilidades para una resolución de problemas eficaz: la habilidad para generar un gran número de alternativas, para generar soluciones eficaces y para seleccionar una alternativa eficaz ante un problema.

En este sentido, la experiencia repetida de los episodios violentos, la percepción de incapacidad para hacer frente al maltrato, la sensación de indefensión que se deriva de ello y el deterioro que a nivel emocional sufren estas mujeres son algunos de los factores que podrían explicar este déficit en resolución de problemas.

### **6.3. RESUMEN**

La violencia doméstica supone una gran amenaza para la salud física y psicológica de quienes la sufren, situándose en la segunda causa de pérdida de años de vida saludables (AVISA), por detrás de la diabetes y por delante de las cardiopatías y los accidentes de tráfico.

A nivel físico, el informe de la OMS señala que entre el 40% y el 72% de las mujeres maltratadas han sufrido lesiones en algún momento de su vida, sin embargo, es más frecuente en estas víctimas el desarrollo de trastornos funcionales, como el síndrome de colón irritable, fibromialgia, trastornos del aparato digestivo y diversos síndromes de dolor crónico.

A nivel psicológico, la exposición prolongada a este tipo de violencia es un factor de riesgo para el desarrollo de desórdenes psicopatológicos y trastornos emocionales, independientemente del tipo de maltrato experimentado. Los principales trastornos psicológicos que presentan estas mujeres son depresión, con una tasa de prevalencia que oscila entre el 15% y el 83% y trastornos de ansiedad, siendo el trastorno de estrés postraumático, cuya tasa de prevalencia se sitúa entre un 31% y un 84.4%, la categoría diagnóstica que mejor recoge el conjunto de síntomas que presentan las víctimas de violencia doméstica.

Otros problemas psicopatológicos que frecuentemente manifiestan las víctimas de malos tratos son baja autoestima, consumo abusivo de alcohol y psicofármacos, grave ideación autolítica, alto índice de inadaptación a la vida cotidiana, distorsiones cognitivas sobre sí mismas, el mundo y los demás y déficit en solución de problemas.

# 7

## TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

A pesar de que la violencia doméstica es un fenómeno con antecedentes históricos, hasta hace escasos años la mujer maltratada no era considerada una víctima, y, en consecuencia, no buscaba ayuda terapéutica. La creencia de que el maltrato pertenecía al ámbito privado del hogar y la familia, así como la vergüenza a reconocer la condición de víctima y a relatar las conductas degradantes a las que estaba siendo sometida, son algunas de las razones que podrían retrasar o impedir que estas mujeres buscaran ayuda especializada.

Por otro lado, el desarrollo de programas de intervención para los problemas psicológicos derivados de la exposición prolongada a este tipo de violencia es relativamente frecuente. En la actualidad son todavía escasas las investigaciones empíricas sobre tratamientos eficaces para mujeres víctimas de violencia doméstica y los pocos trabajos publicados presentan a menudo grandes problemas metodológicos (Labrador y Alonso, 2005). Abel (2000) destaca como importantes debilidades metodológicas de las investigaciones la diversidad de instrumentos de evaluación utilizados para medir una misma variable, la aplicación de los tratamientos a muestras poco representativas de la población de mujeres maltratadas y la ausencia de grupos de control y de seguimientos que evalúen la eficacia de las intervenciones a largo plazo.

Otra de las grandes limitaciones metodológicas de muchos de los estudios publicados es que únicamente ofrecen líneas de intervención, a menudo demasiado genéricas, y no programas de tratamiento descritos de manera estructurada. Además, no aportan datos sobre los resultados obtenidos tras la aplicación de los mismos. A continuación se recogen algunos de los trabajos que ofrecen indicaciones generales sobre el tratamiento de estas víctimas y sobre los aspectos que deberían ser abordados.

Webb (1992) señala que el tratamiento para estas mujeres debería ir dirigido a identificar y cambiar las creencias distorsionadas, a responder de forma más adaptativa a la experiencia de abuso y a aprender nuevos patrones de interacción. Para ello propone líneas de intervención cognitivo-conductuales en modalidad individual o grupal, que incluyen reestructuración cognitiva, modelado, parada de pensamiento e inoculación de estrés.

Walker (1999b, 2006) señala que el objetivo con mujeres maltratadas es ayudarles a dejar el lugar de víctimas y convertirse en supervivientes. Walker (1999b) describe un programa de intervención que consta de 7 pasos y que está dirigido a ayudar a la víctima a: 1- Reconocer que ha sido maltratada, poder etiquetarlo y reconocer que el abuso ha tenido un efecto perjudicial sobre la salud; 2- Recobrar la confianza en su propia habilidad para protegerse y sentirse más

segura, 3- Recuperar su capacidad cognitiva, esto es, su capacidad de concentración y de atención, principalmente; 4- Eliminar los síntomas del TEPT; 5- Seleccionar y separar los temas propios de la violencia de otras experiencias de vida más tempranas; 6- Romper el aislamiento y restablecer las relaciones interpersonales; y 7- Aprender a integrar el trauma en la vida cotidiana, utilizar lo que se ha aprendido para reconstruir una nueva identidad y seguir adelante con la vida.

De manera más reciente, Walker (2006) describe un programa de intervención de 12 semanas, distribuido en 12 módulos. El trabajo en cada uno de ellos es el que se describe a continuación: 1- Nombrar el abuso y etiquetarlo, desarrollar un plan de seguridad para la víctima y validar sus experiencias de maltrato; 2- Modificar los pensamientos irracionales; 3- Reconocer el peligro y construir fortalezas; 4- Reducir el estrés y los síntomas del TEPT; 5- Conocer el ciclo de la violencia; 6- Psicoeducación sobre el TEPT y el Síndrome de la Mujer Maltratada; 7- Psicoeducación sobre el impacto de la violencia en los hijos; 8- Elaboración del duelo por la ruptura de la relación; 9- Restablecer las relaciones interpersonales; 11- Restablecer actividades placenteras y abordaje de las cuestiones legales; y 12- Cierre de la terapia y continuación con la vida.

Villavicencio (2000) señala diez objetivos hacia los cuales debería ir dirigida toda intervención con mujeres maltratadas: 1- Favorecer el desahogo emocional de la víctima, proporcionándole comprensión y apoyo en todo momento; 2- Aumentar su seguridad y la de sus familiares; 3- Ayudarle en la toma de decisiones para favorecer el reestablecimiento del control de su vida; 4- Desculpabilizarla, insistiendo en que ella no es la responsable de la rabia ni de las conductas violentas de su pareja, estando el maltrato injustificado en cualquier persona y situación; 5- Ayudarle en la aclaración de roles de género y mitos sobre la violencia; 6- Proporcionarle información sobre la violencia doméstica y sus consecuencias; 7- Ayudarle a comprender sus fortalezas y debilidades; 8- Ayudarle en la expresión de emociones, sobre todo de los sentimientos contradictorios hacia el agresor; 9- Ayudarle a afrontar los sentimientos de pérdida y duelo en el caso de una separación; y 10- Ayudarle a proyectarse en el futuro.

En definitiva, a pesar de la diversidad de indicaciones sobre qué aspectos deberían ser abordados en mujeres víctimas de violencia doméstica, se podría concluir de los estudios revisados que los objetivos inmediatos serían garantizar la integridad física de la mujer y la de sus familiares, favorecer la expresión emocional de la víctima, ofreciéndole apoyo constante, desculpabilizar a la mujer por la ocurrencia de los episodios violentos e informarle sobre las reacciones psicológicas normales antes la exposición prolongada a una situación de maltrato. Una vez abordados estos objetivos, las diferentes investigaciones apuntan a trabajar la sintomatología que presentan estas mujeres, como las distorsiones cognitivas, los sentimientos de pérdida y los síntomas de ansiedad y depresión.

Otra de las importantes limitaciones de las investigaciones sobre tratamientos eficaces para mujeres víctimas de violencia doméstica es que muchas de ellas centran la evaluación del cambio terapéutico en variables como la mejora en los niveles de autoestima y/o la reducción de la sintomatología ansiosa y depresiva, pero no en la sintomatología postraumática propiamente dicha (Labrador et al. 2004). A continuación se revisan algunas de las investigaciones que presentan, entre otras, esta limitación.

Harris, Savage, Jones y Broke (1988) llevaron a cabo un estudio con 81 parejas de edades comprendidas entre los 19 y 46 años, que habían pedido ayuda por violencia doméstica. Cada miembro de la pareja fue evaluado de manera individual y a las mujeres se les diseñó un plan de seguridad frente a nuevas agresiones. Tras la evaluación, las parejas fueron aleatoriamente asignadas a una de las dos condiciones experimentales: asesoramiento de grupo (N=23) y asesoramiento de pareja (N=35) o condición de control (N=10). El programa de intervención tenía una duración total de 10 sesiones de frecuencia semanal. Cada sesión duraba 3 horas para los participantes asignados a asesoramiento de grupo y variable para los participantes asignados a asesoramiento de pareja. Los resultados no mostraron que el asesoramiento de grupo fuera más efectivo que el asesoramiento de pareja en la reducción de la violencia física, ni en la mejora del nivel de bienestar psicológico. La única diferencia encontrada entre ambas modalidades de tratamiento fue el número de abandonos, concretamente, los participantes asignados a asesoramiento de pareja tuvieron 4 veces más probabilidad de abandonar la intervención en comparación con los participantes asignados a asesoramiento de grupo.

Cox y Stoltenberg (1991) evaluaron un programa de tratamiento con 50 mujeres maltratadas de un centro de acogida. El tratamiento constaba de seis sesiones, dos sesiones semanales de 2 horas de duración, y cinco módulos de intervención: a) Terapia cognitiva, b) Asertividad y habilidades de comunicación, c) Solución de problemas, d) Asesoría profesional, y e) Percepción del propio cuerpo. Las variables objeto de evaluación fueron: nivel de autoestima, locus de control, asertividad, hostilidad, depresión, ansiedad y madurez profesional. Los resultados mostraron una mejoría en todas las participantes al postratamiento en medidas de autoestima, asertividad y hostilidad, y una reducción de la sintomatología ansiosa y depresiva en comparación con un grupo control. Sin embargo, estos resultados hay que tomarlos con cautela, ya que además de no evaluar el trastorno de estrés postraumático este estudio presenta otras limitaciones. En primer lugar, el hecho de que la muestra haya estado formada únicamente por mujeres de casas de acogida, que pudieran estar presentando unas características psicopatológicas específicas, dificulta la generalización de los resultados a toda la población de mujeres víctimas de malos tratos. Y en segundo lugar, este estudio carece de rigor metodológico, al no haber una asignación aleatoria de las participantes a los grupos de tratamiento, ni seguimientos a medio y largo plazo.

En ese mismo año, Holiman y Schilit (1991) llevaron a cabo un estudio para el tratamiento de la autoestima, la ira y el nivel de satisfacción en una muestra de 12 mujeres víctimas de malos tratos físicos. El programa de intervención, no estandarizado, tenía una duración de 10 sesiones divididas en tres bloques. El primer bloque de intervención estaba dirigido a modificar pensamientos desadaptativos, el segundo bloque a aprender a expresar sentimientos y emociones de manera apropiada, y el tercero a fomentar entre las participantes la ayuda mutua para el desarrollo de un contexto social de apoyo, que facilitara la salida de la situación. Los resultados no mostraron una mejora en el nivel de autoestima de las participantes, aunque sí una reducción en el nivel de ira y una mejora del nivel de satisfacción. Este estudio, además de no centrar el cambio terapéutico en el trastorno de estrés postraumático, presenta insalvables limitaciones metodológicas, como la ausencia de un grupo control con el que comparar los resultados, la ausencia de seguimientos a largo plazo que permitan estudiar la evolución de la mejoría alcanzada al postratamiento y el escaso número de participantes en la investigación.

Tutty, Bidgood y Rothery (1993) realizaron un estudio no controlado para evaluar la eficacia de un tratamiento de apoyo grupal para víctimas de violencia doméstica. En el estudio participaron 76 mujeres que habían solicitado ayuda en centros especializados por este problema, que fueron distribuidas en 12 grupos de tratamiento. La intervención tenía una duración de 10 a 12 sesiones de periodicidad semanal y de 2 ó 3 horas cada una. Las participantes fueron evaluadas en medidas de locus de control, nivel de autoestima, actitudes hacia el matrimonio y la familia, nivel de estrés percibido, severidad del maltrato, estrategias para el manejo del conflicto, funcionamiento marital y apoyo social. Los resultados mostraron una mejora significativa de las participantes en autoestima, locus de control y funcionamiento marital, y una reducción del nivel de estrés percibido y de actitudes tradicionales hacia el matrimonio y la familia. Esta mejoría se mantuvo en el seguimiento a 6 meses de concluida la intervención. Además, las mujeres que convivían con el agresor informaron de una disminución en la severidad del maltrato tanto físico como psicológico.

Mancoske, Standifer y Cauley (1994) evaluaron la eficacia diferencial de dos programas de tratamiento de 8 sesiones de duración. Ambos tratamientos incluían un programa de intervención en crisis y una asesoría breve, siendo en uno de ellos de orientación a la solución del conflicto y en el otro de orientación feminista. La muestra estuvo compuesta únicamente por 20 participantes, que fueron evaluadas en nivel de autoestima, autoeficacia y actitudes hacia el feminismo. Los resultados fueron poco alentadores, únicamente las participantes asignadas a la modalidad de tratamiento que incluía asesoría orientada a la solución de problemas lograron mejorías significativas en el postratamiento, aunque no en todas las medidas, únicamente en los niveles de autoeficacia y autoestima.

Más recientemente, Schlee, Heyman y O'Leary (1998) han llevado a cabo un estudio con 37 parejas que habían tenido episodios de maltrato, con el objeto de comprobar si tanto las víctimas que cumplían criterios de TEPT como las que no los cumplían se podrían beneficiar de grupos de tratamiento para la violencia doméstica. Uno de los criterios de inclusión era que la violencia fuera de una gravedad moderada, siendo utilizado por los autores como criterio de evaluación de la gravedad que las lesiones en la víctima no hubieran requerido cuidados médicos. Las parejas fueron aleatoriamente asignadas a una de las dos condiciones de tratamiento: una, en la que ambos miembros de la pareja acudían juntos al grupo de terapia y trabajaban habilidades de control de la ira y de comunicación, y otra, en la que los miembros de la pareja acudían a tratamiento separados y se trabajaban estrategias de autocontrol en el hombre y mejora de la autoestima y asertividad en las mujeres. Las medidas evaluadas fueron: grado de satisfacción marital, miedo al agresor, sintomatología depresiva y maltrato psicológico y físico. El programa de intervención incluía 14 sesiones de dos horas de duración y una periodicidad semanal. Los resultados mostraron una mejoría significativa en todas las medidas evaluadas tanto en las mujeres con TEPT como sin TEPT, sin que se encontraran diferencias entre ellas. Tampoco se encontraron diferencias entre las dos condiciones experimentales.

Estas investigaciones, además de no centrar la evaluación del cambio terapéutico en el TEPT, presentan importantes limitaciones de tipo metodológico. Así, el trabajo de Cox y Stoltenberg (1991) carece de validez externa, al haber sido llevado a cabo con mujeres maltratadas de casas de acogida. Además, de la misma manera que los estudios de Harris et al. (1988), Mancoske et al. (1994) y Hotalin y Schilit (1991) no lleva a cabo seguimientos que evalúen la eficacia de las intervenciones a largo plazo, lo que impide el estudio de la evolución de la sintomatología a lo largo del tiempo. Por otro lado, estos dos últimos estudios junto al de Tutty et al. (1993) y el de Schlee et al. (1988) presentan otras debilidades metodológicas, como la ausencia de un grupo control con el que comparar los resultados o la escasa potencia estadística de las investigaciones.

Un estudio que sí centra el foco de la intervención en el trastorno de estrés postraumático es el llevado a cabo por Colosetti y Thyer (2000) para comparar la eficacia de la técnica de desensibilización por movimientos oculares rápidos y reprocesamiento de la información (DRMO) y el entrenamiento en relajación en la reducción de la sintomatología del TEPT. En el estudio participaron 5 mujeres con una historia de maltrato físico y diagnóstico de TEPT, que cumplían condena de prisión desde hacía como mínimo un año. La intervención, aplicada en modalidad individual, consistía en tres fases. Durante la primera fase, en la que no se aplicaba tratamiento, se estableció la línea base de las participantes en el nivel de ansiedad, conductas de evitación y pensamientos intrusivos. El tratamiento activo se aplicó en la segunda y tercera fase, y consistía en tres o cuatro sesiones de relajación (tratamiento placebo) y DRMO,

respectivamente. Los resultados mostraron que tras la relajación ninguna de las mujeres logró mejoría en las variables evaluadas y tras la aplicación de la técnica de desensibilización por movimientos oculares rápidos y reprocesamiento de la información (DRMO) únicamente una de las participantes mejoró en ansiedad y pensamientos intrusivos. Por lo tanto, estos autores concluyen que la terapia de desensibilización por movimientos oculares rápidos y reprocesamiento de la información (DRMO) no es superior en la reducción de la sintomatología del TEPT a la relajación, tal y como habían hipotetizado. Este estudio presenta importantes limitaciones metodológicas, como el reducido tamaño muestral, la ausencia de un grupo control y de seguimientos a corto, medio y largo plazo y la escasa generalización de los resultados, por la falta de representatividad de la muestra utilizada de la población de mujeres maltratadas.

De manera más reciente, Monnier, Briggs, Davis y Ezzell (2001) han llevado a cabo un programa de intervención cognitivo conductual en formato grupal para el tratamiento del TEPT y de la depresión en mujeres que habían sido maltratadas por su pareja, pero que ya habían abandonado la relación violenta. El programa, de 10 sesiones de hora y media de duración cada una, incluye psicoeducación acerca de la violencia doméstica, su curso y sus repercusiones en la salud psicológica de las víctimas, reestructuración cognitiva de los errores de pensamiento que contribuyen a la sintomatología postraumática y depresiva, y exposición verbal y escrita a las memorias traumáticas. En el estudio participaron 15 mujeres maltratadas que cumplían criterios de TEPT y presentaban sintomatología depresiva moderada evaluada con el BDI. Si bien el programa de tratamiento que ofrece Monnier et al. (2001) está dirigido al tratamiento de la sintomatología postraumática e incluye y describe aquellas técnicas que han demostrado ser eficaces para este tipo de problema, el estudio no evalúa, sin embargo, los efectos de la intervención y no ofrece resultados controlados sobre su eficacia.

De las investigaciones que evalúan la eficacia de los tratamientos para el TEPT en mujeres maltratadas, los mejor controlados, con una mayor rigurosidad metodológica y una mayor fuerza de las conclusiones son los trabajos de Echeburúa et al. (1996), Labrador y Rincón (2002), Kubany et al. (2004), Rincón y Labrador (2004) y Labrador y Alonso (2005).

El trabajo llevado a cabo por Echeburúa et al. (1996) en el País Vasco es uno de los pioneros en el abordaje de la sintomatología postraumática en mujeres víctimas de violencia doméstica. Se aplicó un programa cognitivo-conductual con tres componentes: expresión emocional, reevaluación cognitiva y entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento, que incluía entrenamiento en relajación, entrenamiento en solución de problemas, planificación de actividades placenteras, exposición y distracción cognitiva. El programa constó de 12 sesiones de una hora de duración cada una. Fue aplicado en modalidad individual a 62 mujeres maltratadas que cumplían criterios para el diagnóstico de TEPT. Los resultados de la intervención mostraron que las participantes en el estudio mejoraron significativamente tanto el

trastorno de estrés postraumático como la sintomatología concomitante, mejoría que se mantuvo en los seguimientos realizados al mes, tres, seis y doce meses tras la finalización de la intervención. Sin embargo, este estudio carece de un grupo control o grupo de lista de espera con el que poder comparar los resultados obtenidos en el grupo experimental.

Labrador y Rincón (2002) llevaron a cabo un estudio para evaluar la eficacia empírica de un programa grupal de intervención breve para el tratamiento del TEPT en víctimas de violencia doméstica. El programa, de 8 sesiones de duración, incluía psicoeducación, entrenamiento en control de la ansiedad, terapia cognitiva y terapia de exposición. La intervención fue aplicada a 9 mujeres víctimas de malos tratos y sus resultados fueron comparados con los de un grupo control de lista de espera (7 mujeres), que recibió el tratamiento dos meses más tarde. En el grupo experimental los resultados mostraron una remisión del TEPT en el 100% de las participantes al postratamiento y en el 85% en el seguimiento a 1 y 3 meses. También aparecieron cambios significativos en las variables concomitantes evaluadas (depresión, autoestima, inadaptación a la vida cotidiana y social, y aspectos cognitivos derivados de la experiencia de maltrato). En el grupo control de lista de espera no aparecieron diferencias en ninguna de estas variables, a pesar de que el tiempo entre la primera y la segunda evaluación fue el mismo que entre la evaluación pretratamiento y postratamiento en el grupo de experimental.

En un trabajo posterior en el que se replicó el estudio anterior, Rincón y Labrador (2004) aplicaron el programa de intervención a una muestra de 18 mujeres con TEPT crónico frente a un grupo control de 17 mujeres, asimismo con TEPT crónico. Los resultados mostraron una remisión del TEPT en el 94.4% de las mujeres tratadas al postratamiento y en un 88% en el seguimiento a los seis meses. También se constataron mejorías estadísticamente significativas al postratamiento en la sintomatología concomitante, en concreto, en depresión, autoestima, nivel de inadaptación y cogniciones postraumáticas, mejorías que se mantuvieron en los seguimientos a 1, 3 y 6 meses. El grupo de lista de espera no mostró diferencias entre las dos evaluaciones en ninguna de las variables dependientes.

Kubany et al. (2004) han evaluado empíricamente un programa de intervención para el abordaje del trastorno de estrés postraumático y sintomatología concomitante, esto es, depresión, autoestima, vergüenza y sentimientos de culpa en mujeres maltratadas. El estudio se llevó a cabo con un grupo de 125 mujeres, separadas todas ellas del agresor por un periodo superior a un mes. El programa de tratamiento, llevado a cabo en formato individual, tenía una duración de entre 8 y 11 sesiones de hora y media cada una. Se centraba principalmente en la reevaluación cognitiva y modificación de todos aquellos pensamientos e ideas de culpa y vergüenza relacionados con la ocurrencia del maltrato. Además, incluía psicoeducación sobre el TEPT y el manejo del estrés, entrenamiento en relajación, exposición a películas sobre violencia doméstica, entrenamiento en asertividad, entrenamiento en autocuidado y autodefensa y entrenamiento para evitar la



revictimización. Para evaluar la eficacia de la intervención se comparó un grupo experimental con un grupo de lista de espera que recibió el tratamiento seis semanas más tarde, y con el que se llevó a cabo una segunda evaluación pretratamiento. Los resultados mostraron una mejora significativa en todas las medidas evaluadas, esto es, depresión, ideas de culpa y vergüenza y autoestima, así como una remisión del TEPT en el 87% de las participantes al postratamiento, mejoría que se mantuvo a los tres y seis meses de seguimiento. Respecto al grupo de lista de espera, no se encontraron diferencias significativas entre las dos evaluaciones pretratamiento en ninguna de las variables evaluadas. Una limitación, sin embargo, de esta investigación es su aplicación únicamente a mujeres separadas del agresor, lo que dificulta la generalización de los resultados a mujeres que todavía conviven con él y que continúan siendo víctimas de nuevos episodios violentos.

Labrador y Alonso (2005) han llevado a cabo un estudio en el que aplicaron el programa de intervención de Labrador y Rincón (2002), descrito anteriormente, a una muestra de 12 mujeres maltratadas con TEPT crónico. Los resultados del grupo experimental fueron comparados con un grupo control de 8 mujeres, asimismo con TEPT crónico, que por motivos ajenos al estudio no pudieron participar en el tratamiento. Estas mujeres fueron nuevamente evaluadas a los dos meses de la evaluación pretratamiento, siendo este periodo temporal igual al de la duración del programa de intervención. La comparación de las dos evaluaciones del grupo control no mostró diferencias significativas ni en sintomatología del TEPT ni en sintomatología concomitante. Por el contrario, las víctimas que participaron en el tratamiento mejoraron significativamente en sintomatología postraumática y en el resto de las medidas evaluadas en el postratamiento y en el seguimiento al mes y tres meses de concluida la intervención.

Por último, Arinero (2006) ha evaluado la eficacia diferencial de dos programas de intervención para el tratamiento de la sintomatología postraumática y sintomatología asociada, esto es, depresión, ansiedad, autoestima, consumo de alcohol, sintomatología psicopatológica, expresión de la ira, readaptación psicosocial y funcionamiento en la vida cotidiana en mujeres maltratadas. Los programas, de ocho sesiones de duración, incluían 7 componentes en común, concretamente, psicoeducación, entrenamiento en respiración, planificación de actividades gratificantes, intervención para la mejora de la autoestima, reestructuración cognitiva, solución de problemas y prevención de recaídas y dos componentes diferentes, uno de ellos incluía entrenamiento en habilidades sociales y el otro exposición. En el estudio participaron 78 mujeres víctimas de violencia doméstica que cumplían al menos un síntoma postraumático, sin llegar a cumplir criterios de TEPT. Los resultados mostraron una reducción de la sintomatología postraumática, síntomas depresivos, ansiedad, sintomatología psicopatológica, expresión de la ira y una mejora en el nivel de adaptación a la vida cotidiana al postratamiento, tanto en las participantes asignadas a exposición como las asignadas a habilidades de comunicación. No se

encontraron diferencias en autoestima, consumo de alcohol y pensamientos postraumáticos. Tampoco se encontraron diferencias en la eficacia de los programas en el tratamiento del conjunto de la sintomatología postraumática, evitación y autoestima. No obstante, el programa que incluía entrenamiento en habilidades de comunicación fue más eficaz en el tratamiento de los síntomas de reexperimentación y consumo de alcohol y el que incluía exposición lo fue para el tratamiento del resto de la sintomatología y del nivel de inadaptación. En el seguimiento a los doce meses, ambos programas resultaron igual de eficaces, excepto en el tratamiento de la ira, en el que resultó superior la exposición.

A continuación se presenta una tabla resumen de los estudios revisados.

**Tabla 7.1.** Resumen de las investigaciones sobre la eficacia de tratamientos para el TEPT en víctimas de violencia doméstica

AUTORES	MUESTRA	Nº SESIONES	INTERVENCIONES	FOCO DE INTERVENCIÓN	RESULTADOS	LIMITACIONES
Cox y Stoltenberg (1991)	50 mujeres de centros de acogida	6	5 módulos de intervención: - Terapia cognitiva - Asertividad y habilidades comunicación - Solución de problemas - Asesoría profesional - Percepción del cuerpo	- Nivel de autoestima - Locus de control - Asertividad - Hostilidad - Ansiedad - Depresión - Madurez profesional	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aumento significativo en nivel de autoestima y asertividad y reducción de sintomatología depresiva, ansiosa y nivel de hostilidad en el grupo experimental en comparación con el grupo control.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se mide el efecto de la intervención en el TEPT.</li> <li>▪ Muestra formada únicamente por mujeres en casa de acogida.</li> <li>▪ Ausencia de asignación aleatoria.</li> <li>▪ Ausencia de seguimientos.</li> </ul>
Holiman y Schilit (1991)	12 mujeres físicamente maltratadas	10	3 módulos de intervención: - Modificación de pensamientos desadaptativos - Expresión adecuada de emociones - Grupo de apoyo	- Autoestima - Ira - Nivel de satisfacción	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reducción significativa del nivel de ira y mejora del nivel de satisfacción, pero no de autoestima.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intervención no estandarizada.</li> <li>▪ No centra el cambio terapéutico en el TEPT.</li> <li>▪ Ausencia de un grupo control.</li> <li>▪ Reducido tamaño muestral.</li> <li>▪ Ausencia de seguimientos a medio y largo plazo</li> </ul>
Tutty, Bidgood y Rothery (1993)	76 mujeres	10-12	Grupo de apoyo	- Locus de control - Autoestima - Actitudes hacia el matrimonio y la familia - Nivel de estrés percibido - Severidad del maltrato - Estrategias para el manejo de conflictos - Funcionamiento marital - Apoyo social	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mejora significativa en autoestima, locus de control y funcionamiento marital y reducción del nivel de estrés percibido y actitudes tradicionales hacia el matrimonio y la familia al postratamiento y seguimiento a 6 meses.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intervención no estandarizada.</li> <li>▪ No centra el cambio terapéutico en el TEPT.</li> <li>▪ Ausencia de seguimientos a largo plazo.</li> <li>▪ Ausencia de un grupo control.</li> </ul>
Mancoske, Standifer y Cauley (1994)	20 mujeres	8	Compararon dos modalidades terapéuticas: - Intervención en crisis + grupo de apoyo orientado al conflicto - Intervención en crisis + grupo de apoyo de orientación feminista	- Autoestima - Autoeficacia - Actitudes hacia el feminismo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Únicamente las participantes que recibieron grupo de apoyo orientado al conflicto mejoraron su nivel de autoestima y autoeficacia al postratamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intervención no estandarizada.</li> <li>▪ No centra el cambio terapéutico en el TEPT.</li> <li>▪ Ausencia de seguimientos a largo plazo.</li> <li>▪ Ausencia de un grupo control.</li> <li>▪ Reducido tamaño muestral.</li> </ul>

**Tabla 7.1.** Continuación

AUTORES	MUESTRA	Nº SESIONES	INTERVENCIONES	FOCO DE INTERVENCIÓN	RESULTADOS	LIMITACIONES
Echeburúa et. al. (1996)	62 mujeres	12	Programa cognitivo conductual: - Expresión emocional - Reevaluación cognitiva - Habilidades de afrontamiento	- TEPT - Autoestima - Depresión - Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reducción significativa de la sintomatología de TEPT, depresiva y ansiosa y mejora de la autoestima al postratamiento y seguimiento a 3, 6 y 12 meses.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausencia de un grupo control.</li> <li>▪ Reducido tamaño muestral.</li> </ul>
Schlee, Heyman y O'Leary (1998)	74 parejas con problema de malos tratos	14	Compararon dos modalidades terapéuticas: - Grupo mixto de parejas para el control de la ira y comunicación - Grupo separado por sexos para el aprendizaje de autocontrol en los hombres y mejora de autoestima y asertividad en las mujeres	- Satisfacción marital - Miedo al agresor - Depresión - Maltrato psicológico y físico	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mejoría significativa en todas las medidas evaluadas tanto en las mujeres con TEPT como sin TEPT, sin que se encontraran diferencias entre las dos condiciones experimentales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No centra el cambio terapéutico en el TEPT.</li> <li>▪ Ausencia de seguimientos a largo plazo.</li> <li>▪ Ausencia de un grupo control.</li> <li>▪ Muestra formada únicamente por parejas con malos tratos de gravedad moderada.</li> </ul>
Colosetti y Thyer (2000)	5 mujeres físicamente maltratadas en prisión	6-8	Entrenamiento en relajación (placebo) + DRMO	- Ansiedad - Conductas de evitación - Pensamientos intrusivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Únicamente una de las mujeres mejoró en ansiedad y pensamientos intrusivos tras la aplicación de la DRMO.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reducido tamaño muestral.</li> <li>▪ Muestra formada únicamente por mujeres en prisión.</li> <li>▪ Ausencia de seguimientos a largo plazo.</li> <li>▪ Ausencia de un grupo control.</li> </ul>
Labrador y Rincón (2002)	9 mujeres	8	Programa cognitivo conductual : - Psicoeducación - Respiración - Exposición - Reestructuración cognitiva	- TEPT - Depresión - Autoestima - Nivel de inadaptación - Cogniciones postraumáticas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Remisión del TEPT en el 100% de las participantes al postratamiento y en el 85% en el seguimiento a 1 y 3 meses. Mejora significativa de la sintomatología concomitante</li> <li>▪ El grupo control en lista de espera no experimentó ninguna mejoría.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausencia de seguimientos a largo plazo.</li> <li>▪ Reducido tamaño muestral.</li> </ul>

**Tabla 7.1.** Continuación

AUTORES	MUESTRA	Nº SESIONES	INTERVENCIONES	FOCO DE INTERVENCIÓN	RESULTADOS	LIMITACIONES
Rincón y Labrador (2004)	18 mujeres	8	Programa cognitivo conductual : - Psicoeducación - Respiración - Exposición - Reestructuración cognitiva	- TEPT - Depresión - Autoestima - Nivel de inadaptación - Cogniciones postraumáticas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Remisión del TEPT en el 94.4% de las mujeres del grupo experimental al postratamiento y en el 88% en el seguimiento a los seis meses. Mejora significativa de la sintomatología concomitante.</li> <li>▪ El grupo control en lista de espera no experimentó ninguna mejoría.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausencia de seguimientos a largo plazo.</li> <li>▪ Reducido tamaño muestral.</li> </ul>
Kubany et al. (2004)	125 mujeres	8-11	Programa cognitivo conductual : - Psicoeducación - Reestructuración cognitiva - Respiración - Exposición - Aprendizaje de habilidades de autocuidado	- TEPT - Vergüenza - Depresión - Autoestima - Culpa	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Remisión del TEPT en el 87% de las participantes al postratamiento y mejora significativa de depresión, culpa, autoestima y vergüenza en comparación con un grupo control en lista de espera.</li> <li>▪ Mantenimiento de la mejoría a los tres y seis meses.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausencia de seguimientos a largo plazo.</li> <li>▪ Muestra formada únicamente por mujeres separadas del agresor.</li> </ul>
Labrador y Alonso (2005)	20 mujeres	8	Programa cognitivo conductual : - Psicoeducación - Respiración - Exposición - Reestructuración cognitiva	- TEPT - Ansiedad - Depresión - Autoestima - Nivel de inadaptación - Cogniciones postraumáticas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mejora significativa de sintomatología del TEPT y sintomatología concomitante, al postratamiento y seguimiento al mes y tres meses.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausencia de seguimientos a largo plazo.</li> <li>▪ Reducido tamaño muestral.</li> </ul>
Arinero (2006)	78 mujeres	8	Programa cognitivo conductual : - Psicoeducación - Respiración - Planificación de actividades gratificantes - Mejora de la autoestima - Reestructuración cognitiva - Solución de problemas - Prevención de recaídas - Exposición o entrenamiento de habilidades de comunicación	- Sintomatología postraumática - Depresión - Ansiedad - Autoestima - Consumo de alcohol - Sintomatología psicopatológica - Expresión de la ira	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reducción de la sintomatología postraumática, depresión, ansiedad, sintomatología psicopatológica, expresión de la ira y mejora en el nivel de adaptación al postratamiento, tanto en las participantes asignadas a exposición como en las asignadas a habilidades de comunicación.</li> <li>▪ A los 12 meses ambos programas resultan igual de eficaces en el tratamiento de todas las variables, excepto en la ira.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausencia de un grupo control.</li> </ul>

## **7.1 RESUMEN**

Debido a que la violencia doméstica es un fenómeno de reciente investigación, los programas de tratamiento dirigidos a paliar las consecuencias que a nivel emocional sufren las víctimas se encuentran aún en una fase incipiente, y los escasos trabajos publicados, a menudo, no están dirigidos a tratar las dificultades específicas que sufren estas víctimas. Además, presentan importantes limitaciones metodológicas, como la diversidad de instrumentos de evaluación utilizados para medir una misma variable, la utilización de muestras poco representativas del conjunto de la población de mujeres maltratadas y la ausencia de grupos de control y de seguimientos que evalúen la eficacia de las intervenciones a largo plazo.

De los estudios que evalúan la eficacia de los tratamientos para el TEPT en mujeres maltratadas los mejor controlados, con una mayor rigurosidad metodológica y una mayor fuerza de las conclusiones son los trabajos de Arinero (2006), Echeburúa et al. (1996), Kubany et al. (2004), Labrador y Alonso (2005), Labrador y Rincón (2002) y Rincón y Labrador (2004). En todos ellos se aplican intervenciones breves y programas multicomponentes, que logran reducciones significativas del TEPT y de la sintomatología concomitante al postratamiento y en los seguimientos.



# **Trastorno de estrés postraumático**

---





# 8

## DEFINICIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN DEL TEPT

El trastorno de estrés postraumático (TEPT), aparece descrito por primer vez en las nosologías psicopatológicas en la tercera edición del DSM (APA, 1980). Lo hace como una categoría diagnóstica dentro de los trastornos de ansiedad, que engloba un conjunto de síntomas de estrés, que se manifiestan de forma similar en la mayoría de las personas expuestas a un acontecimiento psicológicamente traumático que, por lo general, se encuentra fuera del marco habitual de la experiencia humana. Sin embargo, el concepto clínico que subyace bajo este término ya fue descrito en el siglo XIX con víctimas de accidentes ferroviarios. Así, desde que comenzó a estudiarse, se han venido utilizando una gran variedad de términos para denominar las secuelas que a nivel psicológico provoca la exposición a traumas graves, como neurosis traumática, neurosis de espanto, etc. Pero fueron los conflictos bélicos, especialmente la I y II Guerra Mundial y la Guerra de Vietnam, los que consolidaron el interés por este trastorno, al poner de manifiesto que un porcentaje importante de soldados americanos presentaba sintomatología postraumática.

### 8.1. DEFINICIÓN DEL TEPT SEGÚN EL MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES

Según la versión revisada del DSM-IV (APA, 2000), que no difiere en su definición de esta categoría diagnóstica respecto a la cuarta edición (APA, 1994), el TEPT aparece cuando la persona ha sufrido, ha sido testigo o le han explicado uno o más acontecimientos, caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás, y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión (véase tabla 8.1). Hay tres aspectos nucleares característicos de este cuadro clínico: la reexperimentación del suceso traumático en forma de pesadillas, imágenes y recuerdos constantes e involuntarios, la evitación conductual y cognitiva de los estímulos asociados al trauma y la hiperactivación fisiológica. Todo ello conlleva una interferencia en el funcionamiento social, laboral y familiar, dificultades de concentración y conciliación del sueño, pérdida de interés por lo que anteriormente resultaba atractivo desde el punto de vista lúdico e interpersonal, y un cierto embotamiento afectivo para recibir y expresar sentimientos de intimidad y ternura.

**Tabla 8.1.** Criterios para el diagnóstico del trastorno de estrés postraumático (DSM-IV y DSM-IV-TR)

<b>DSM-IV y DSM-IV-TR</b>	
<b>A-</b>	<b>La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que ocurren las siguientes circunstancias:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1- La persona ha experimentado, ha presenciado, o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.</li><li>2- La persona ha respondido con temor, desesperanza o con horror intensos.</li></ol>
<b>B-</b>	<b>La persona experimenta persistentemente el acontecimiento traumático, mediante uno o más de los siguientes síntomas:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1- Recuerdos del acontecimiento (imágenes, pensamientos o percepciones) recurrentes e intrusivos.</li><li>2- Sueños desagradables y recurrentes sobre el acontecimiento.</li><li>3- Conductas o sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo.</li><li>4- Malestar psicológico intenso cuando el sujeto se expone a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático.</li><li>5- Reactividad fisiológica cuando el sujeto se expone a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático.</li></ol>
<b>C-</b>	<b>Evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma y falta de capacidad general de respuesta (no existente antes del trauma), que se ponen de manifiesto en, al menos, tres de los siguientes fenómenos:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1- Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados con el trauma.</li><li>2- Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que provocan el recuerdo del trauma.</li><li>3- Incapacidad para recordar alguno de los aspectos importantes del trauma.</li><li>4- Disminución marcada del interés o de la participación en actividades significativas.</li><li>5- Sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás.</li><li>6- Limitación en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapacidad de enamorarse).</li><li>7- Sentimientos de futuro desolador.</li></ol>
<b>D-</b>	<b>Síntomas persistentes de hiperactivación (no existentes antes del trauma), que se ponen de manifiesto en, al menos, dos de los siguientes fenómenos:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1- Dificultad para conciliar o mantener el sueño.</li><li>2- Irritabilidad o explosiones de ira.</li><li>3- Dificultades de concentración.</li><li>4- Hipervigilancia.</li><li>5- Respuestas de alarma exagerada.</li></ol>
<b>E-</b>	<b>La duración del trastorno descrito en los apartados B, C y D es superior a un mes.</b>
<b>F-</b>	<b>El trastorno ocasiona un malestar clínico o es causa de una alteración significativa en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes de la vida.</b>

Si bien, la reexperimentación del suceso traumático, la evitación y la hiperactivación son los criterios que las nosologías psicopatológicas consideran nucleares en el TEPT (criterios B, C y D), la vivencia inesperada de un acontecimiento brusco y aversivo, que surge de repente y que supone un desbordamiento de las estrategias de afrontamiento para hacerle frente, inevitablemente supone para el individuo una quiebra del sentimiento de seguridad previo, una vivencia súbita de indefensión, la percepción de incontrolabilidad ante el futuro y una pérdida de confianza básica en sí mismo y en los demás.

Sin embargo, estos aspectos, que son centrales en la descripción de esta categoría diagnóstica, quedan muy pobremente recogidos en la definición que hacen las nosologías psicopatológicas de lo que es el TEPT. Serían, además, los síntomas que más afectan a la calidad de vida de las víctimas, dificultando su integración en la vida cotidiana y, por otro lado, los más resistentes al tratamiento (Echeburúa, 2005).

### 8.1.1. EVOLUCIÓN DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TEPT

Desde la primera aparición de esta categoría diagnóstica, hace más de 25 años en la tercera edición del DSM (APA, 1980), hasta la última revisión a la fecha (APA, 2000), los criterios diagnósticos de TEPT han sufrido algunas modificaciones.

De la comparación de la tercera edición del DSM y su versión revisada (DSM-III-R) se desprenden diferencias en la definición del estresor susceptible de provocar un TEPT y en los criterios diagnósticos de este cuadro clínico (véase tabla 8.2).

Respecto a la definición del suceso estresante, el DSM-III-R considera como tal un acontecimiento que ha podido ser escuchado o presenciado y no necesariamente experimentado directamente, tal y como contemplaba la edición anterior (DSM-III). En lo que respecta al diagnóstico de TEPT, el DSM-III exigía la presencia de síntomas de reexperimentación (criterio B), embotamiento de la respuesta afectiva (criterio C) y un último criterio (D) de carácter inespecífico, que incluye un conjunto de diferentes síntomas. Aparecen incluidos en este último criterio síntomas de hiperactivación, concretamente, un estado de hiperalerta o respuesta de alarma exagerada, dificultades en el sueño, memoria y concentración, un único síntoma de evitación, referido a la evitación conductual de actividades que recuerdan el trauma, un grupo de síntomas poco definidos, como la intensificación de los síntomas (sin especificar cuáles) ante la exposición a estímulos externos que simbolizan o recuerdan el acontecimiento traumático, y finalmente, incluye la presencia de sentimientos de culpa, que no han sido recogidos en el DSM-III-R, ni en las últimas ediciones del DSM. En definitiva, en la tercera edición del DSM los criterios diagnósticos no se presentan de manera estructurada y, además, son omitidos algunos de ellos, como la evitación cognitiva de aquello que recuerda el suceso traumático o la amnesia.

En la versión revisada del DSM-III se rediseñan los criterios diagnósticos de TEPT y se definen más claramente algunos de los síntomas, quedando esbozados de manera más cercana a lo que luego sería la cuarta edición del DSM y su versión revisada. Concretamente, en el DSM-III-R los síntomas del TEPT son definidos de manera más exhaustiva y clasificados en tres grupos sintomáticos: 1- reexperimentación, en el que se incluye por primera vez el malestar psicológico ante la exposición a estímulos que recuerdan al trauma; 2- evitación, que junto con el embotamiento afectivo forman uno de los criterios diagnósticos fundamentales para el diagnóstico de TEPT y no únicamente un síntoma, como en el DSM-III, y 3- aumento de la activación fisiológica, que incluye los mismos cinco síntomas que recoge el DSM-IV y DSM-IV-TR y además, el malestar fisiológico ante estímulos que recuerdan al trauma, que será incluido en el criterio de reexperimentación en las posteriores revisiones. En el DSM-III-R, a diferencia de su edición anterior, no se incluyen los sentimientos de culpa y se especifica por primera vez la duración temporal de los síntomas para el diagnóstico de TEPT.

**Tabla 8.2.** Criterios para el diagnóstico del trastorno de estrés postraumático según criterios DSM-III y DSM-III-R.

DSM-III	DSM-III-R
<p><b>A- Existencia de un estrés reconocible, capaz de provocar síntomas significativos de malestar en casi todo el mundo.</b></p> <p><b>B- La reexperimentación del traumatismo se pone de manifiesto en al menos uno de los siguientes síntomas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Recuerdos recurrentes e intrusivos del acontecimiento.</li> <li>(2) Sueños recurrentes del acontecimiento.</li> <li>(3) Comportamiento repentino o sentimientos también repentinos, como si el acontecimiento traumático estuviera presente, debido a una asociación con un estímulo ambiental o ideativo.</li> </ol> <p><b>C- Embotamiento de la capacidad de respuesta ante el medio externo y reducción de la implicación en él, que empieza en algún momento después del traumatismo, tal y como se demuestra por al menos uno de los siguientes síntomas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Disminución notable del interés en una o más actividades gratificantes.</li> <li>(2) Sentimientos de separación o extrañeza respecto a los demás.</li> <li>(3) Constricción del afecto.</li> </ol> <p><b>D- Al menos dos de los síntomas siguientes no estaban presentes antes del traumatismo:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Estado de hiperalerta o respuesta de alarma exagerada.</li> <li>(2) Alteraciones del sueño.</li> <li>(3) Sentimientos de culpa por el hecho de sobrevivir cuando otros no pudieron hacerlo, o remordimientos por la conducta llevada a cabo para la supervivencia.</li> <li>(4) Afectación de la memoria o dificultades de concentración.</li> <li>(5) Evitación de las actividades que evocan el recuerdo del acontecimiento traumático.</li> <li>(6) Intensificación de los síntomas frente a la exposición de acontecimientos que simbolizan o recuerdan el acontecimiento traumático.</li> </ol>	<p><b>A- El individuo ha vivido un acontecimiento traumático que se encuentra fuera del marco habitual de las experiencias humanas y que sería marcadamente angustiante para casi todo el mundo, por ejemplo, amenaza grave para la propia vida o integridad física, amenaza o daño para los hijos, el cónyuge u otros parientes cercanos y amigos, destrucción súbita del hogar o de la comunidad, observación de cómo una persona se lesiona gravemente o muere como resultado de un accidente o violencia física.</b></p> <p><b>B- El acontecimiento traumático se reexperimenta persistentemente por lo menos en una de las formas siguientes:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Recuerdos desagradables, recurrentes e invasores del acontecimiento.</li> <li>(2) Sueños desagradables y recurrentes del acontecimiento.</li> <li>(3) Conductas y sentimientos súbitos que aparecen como si el agente traumático operara de nuevo (en estos fenómenos se incluye la sensación de revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos (<i>flashback</i>), incluso cuando ocurren al despertar o como consecuencia de alguna intoxicación por drogas).</li> <li>(4) Malestar psicológico intenso al exponerse a acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático, como puede ser incluso su adversario.</li> </ol> <p><b>C- Evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma o falta de capacidad general de respuesta (no existentes antes del trauma), puestos de manifiesto por lo menos por tres de los siguientes fenómenos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Esfuerzos para evitar los pensamientos o sensaciones asociadas al trauma.</li> <li>(2) Esfuerzos para evitar las actividades o las situaciones que provocan el recuerdo del trauma.</li> <li>(3) Incapacidad para recordar alguno de los aspectos importantes del trauma (amnesia psicógena).</li> <li>(4) Disminución marcada del interés en las actividades significativas.</li> <li>(5) Sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás.</li> <li>(6) Afecto restringido, por ejemplo, incapacidad de experiencias amorosas.</li> <li>(7) Sensación de acortamiento del futuro (no espera, por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos o una larga vida).</li> </ol> <p><b>D- Síntomas persistentes de aumento de la activación (<i>arousal</i>) (no existentes antes del trauma), puestos de manifiesto por lo menos por dos de los siguientes fenómenos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Dificultad para conciliar o mantener el sueño.</li> <li>(2) Irritabilidad o explosiones de ira.</li> <li>(3) Dificultad para la concentración.</li> <li>(4) Hipervigilancia.</li> <li>(5) Respuesta de alarma exagerada.</li> <li>(6) Reactividad fisiológica frente a la exposición a aquellos acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático; por ejemplo, una mujer que ha sido violada en un ascensor se pone a sudar cuando entra en alguno.</li> </ol> <p><b>E- La duración del trastorno (síntomas en B, C y D) ha sido por lo menos de un mes.</b></p>

Las últimas ediciones del sistema de clasificación americano, DSM-IV y DSM-IV-TR, que como ya se ha señalado no difieren en ningún aspecto, mantienen la misma clasificación de los criterios diagnósticos del DSM-III-R y añaden un último criterio (F), que hace referencia al malestar clínico y al deterioro significativo que provoca el TEPT en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes de la vida. Respecto al agente estresante, la cuarta edición y su versión revisada se alejan de la definición que hacen las ediciones anteriores del suceso traumático, esto es, que debe encontrarse fuera de la experiencia humana normal. Así, pasan a ser considerados sucesos susceptibles de provocar un TEPT aquellos acontecimientos que no

necesariamente revisten esta característica de anormalidad, pero que han suscitado reacciones emocionales intensas en el individuo. Además, se concreta, por primera vez, el aspecto temporal del TEPT, clasificándolo en forma aguda si los síntomas duran menos de tres meses, crónica si lo hacen más de tres meses y de inicio demorado cuando el inicio de los síntomas se produce como mínimo seis meses después de la ocurrencia del trauma (APA, 1994, 2000).

A pesar de la evolución de los criterios diagnósticos de este cuadro clínico, desde su primera descripción en el DSM-III, muchas investigaciones defienden que la actual conceptualización de los síntomas del TEPT que ofrece el sistema de clasificación americano constituye un “cajón de sastre”, al incluir una amalgama de síntomas que continúan haciendo difícil su diagnóstico.

## 8.2. DEFINICIÓN DEL TEPT SEGÚN LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

En la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), que lleva a cabo la OMS, la sintomatología del TEPT aparece ordenada en tres criterios diagnósticos: un primer criterio, que hace referencia a síntomas de reexperimentación (B), un segundo criterio (C) referido únicamente a la evitación conductual de situaciones que pudieran recordar al acontecimiento traumático y un último criterio (D), que incluye la amnesia y los síntomas de hiperactivación. A continuación se presentan los criterios para el diagnóstico de TEPT contemplados en la CIE-10 (OMS, 1992).

**Tabla 8.3.** Criterios para el diagnóstico del trastorno de estrés postraumático (CIE-10).

CIE-10
<p><b>A- La persona ha estado expuesta a un acontecimiento estresante o situación (tanto breve como prolongada) de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica, que podría causar profundo disconfort en casi todo el mundo.</b></p> <p><b>B- Recuerdo continuado o reaparición del recuerdo del acontecimiento estresante en forma de reviviscencias disociativas (<i>flashbacks</i>), recuerdos de gran viveza, sueños recurrentes o sensación de malestar al enfrentarse a circunstancias parecidas o relacionadas con el agente estresante.</b></p> <p><b>C- Evitación de circunstancias parecidas relacionadas con el acontecimiento traumático.</b></p> <p><b>D- Una de las dos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Incapacidad para recordar parcial o totalmente aspectos importantes del periodo de exposición al agente estresante.</li> <li>2- Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación, manifestados por al menos dos de los síntomas siguientes:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Dificultad para conciliar o mantener el sueño.</li> <li>b) Irritabilidad.</li> <li>c) Dificultad de concentración.</li> <li>d) Facilidad para distraerse.</li> <li>e) Sobresaltos y aprensión exagerados.</li> </ol> </li> </ol> <p><b>E- Los criterios B, C, y D se cumplen en los 6 meses posteriores al acontecimiento estresante o del fin de periodo de estrés (si el inicio de los síntomas se produce tras más de 6 meses es necesario especificarlo).</b></p>

### 8.3. COMPARACIÓN DEL DSM-IV-TR Y LA CIE-10

Si bien, tanto el DSM-IV y DSM-IV-TR (APA, 1994, 2000) como la CIE-10 (OMS, 1992) exigen como condición necesaria para el diagnóstico de TEPT la identificación de un suceso estresante grave al que el individuo ha sido expuesto, de la comparación de estos dos sistemas de clasificación se desprenden algunas diferencias, que pasan a ser comentadas a continuación.

Respecto al acontecimiento estresante susceptible de provocar un TEPT, la CIE-10 enfatiza en la naturaleza del estresor y, en este sentido, señala que un acontecimiento es traumático cuando su naturaleza es excepcionalmente amenazante o catastrófica y susceptible de provocar casi en cualquier sujeto un profundo malestar. Por su parte, la cuarta edición del DSM (DSM-IV y DSM-IV-TR), a diferencia de la tercera edición y de la clasificación de la OMS, pone el énfasis en la manera en que la persona afronta el suceso estresante y no tanto en el tipo de acontecimiento traumático. Esto es, incluye el componente subjetivo, al hacer hincapié en la reacción de la persona frente al suceso, exigiendo que sea experimentado con miedo, horror o indefensión intensa. El resultado es, por tanto, una ampliación del rango de estresores vitales susceptibles de provocar el TEPT, que no se limita únicamente a acontecimientos traumáticos alejados del marco habitual de la experiencia humana, tal como aparecía descrito en el DSM-III-R o en la clasificación de la OMS. Esta modificación en el DSM-IV y DSM-IV-TR ha permitido eliminar dos componentes del TEPT, el componente de subjetividad, esto es, la demarcación del límite de lo que es el marco habitual de la experiencia humana, y el de imprecisión, ya que la exposición a estresores comunes puede ser también experimentada de manera marcadamente angustiante (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 2001b).

Desde el punto de vista clínico, ambos sistemas de clasificación consideran los síntomas de reexperimentación como el criterio clave en el diagnóstico del TEPT. La diferencia fundamental estriba en la importancia concedida al embotamiento emocional. En el DSM-IV y DSM-IV-TR éste aparece incluido en el enunciado del criterio C y, por tanto, es fundamental para hacer el diagnóstico de TEPT, mientras que en la CIE-10 su relevancia es mucho menor, no siendo necesario para su diagnóstico. En concreto, el DSM-IV y DSM-IV-TR incluyen tres grupos de síntomas en el diagnóstico de este cuadro clínico, reexperimentación, evitación y embotamiento afectivo e hiperactivación; por su parte, la CIE-10 también incluye tres criterios, los dos primeros coinciden con el sistema de clasificación americano (reexperimentación y evitación), pero el tercero es un criterio bastante inespecífico, que recoge la amnesia y los síntomas que el DSM-IV y DSM-IV-TR incluyen en el criterio de hiperactivación. Además, la CIE-10 tan sólo exige un síntoma en el criterio de evitación, frente al DSM-IV y DSM-IV-TR que exigen al menos tres.

También existen diferencias en los referentes temporales. Si bien, el DSM-IV y DSM-IV-TR contemplan la diferenciación temporal en el proceso traumático, la CIE-10 no lo hace. Así pues, el sistema de clasificación del APA distingue entre trastorno de estrés agudo, cuando la antigüedad de los síntomas es inferior a tres meses y puede tratarse, incluso, de una reacción adaptativa ante el suceso experimentado y trastorno de estrés crónico, cuando su duración es superior a tres meses. La CIE-10, por el contrario, no contempla la diferenciación temporal entre trastorno agudo o crónico, pero sí contempla, al igual que el sistema de clasificación del APA, el TEPT de inicio demorado, cuando los síntomas comienzan al menos seis meses después de haber sufrido el trauma. Sin embargo, si la demora en el desarrollo del TEPT es muy grande y llegan incluso a pasar años, la CIE-10 sugiere establecer mejor el diagnóstico de transformación persistente de la personalidad tras la experiencia catastrófica (F62.0).

Por todo ello, parece más aconsejable la utilización de la clasificación del APA, y más, dadas las modificaciones que ha incluido este sistema y que quedan recogidas en las revisiones más recientes. Por tanto, a lo largo de este trabajo de investigación, al tratar el TEPT se considerará éste de acuerdo con la versión revisada del DSM-IV, a la que se va a hacer referencia, tanto desde un punto de vista teórico como desde el punto de vista clínico.

#### **8.4. MODELOS FACTORIALES ESTRUCTURALES DEL TEPT**

Tal y como se ha comentado anteriormente, un cuerpo cada vez mayor de investigaciones defienden que la actual conceptualización de los síntomas del TEPT que ofrece el sistema de clasificación del APA, surgido a partir del consenso de expertos y no siempre de criterios empíricos, no recoge adecuadamente la estructura básica de este trastorno. Por tanto, han sido muchos los estudios que han tratado de ofrecer modelos alternativos, que recojan de manera más apropiada la estructura de esta categoría diagnóstica. El análisis factorial ha sido la herramienta principal utilizada para conducir estas investigaciones. Fundamentalmente, han sido dos los métodos de análisis, el análisis factorial exploratorio, que trata de examinar el número de factores en los que estarían agrupados los síntomas del TEPT, y que ha dado lugar a diferentes modelos que defienden desde dos a cinco factores, y el análisis factorial confirmatorio, que permite comparar los diferentes modelos y valorar el más adecuado.

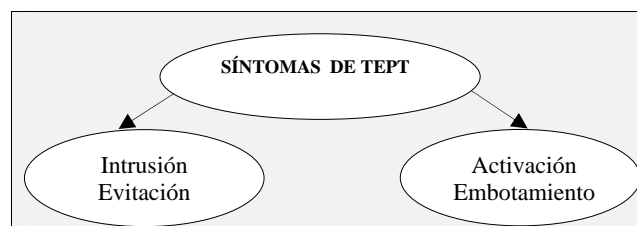
Uno de los análisis factoriales exploratorios de los síntomas del TEPT, con mayor rigurosidad metodológica, es el modelo de dos factores defendido por Taylor Kuch, Koch, Crockett y Passey (1998). Previamente han sido llevadas a cabo otras investigaciones al respecto, pero han sido criticadas por el uso de un reducido tamaño muestral, la aplicación de medidas de TEPT que no corresponden directamente con los 17 síntomas descritos en el DSM-IV y/o de técnicas de análisis de los datos que impiden la identificación de estructuras factoriales estables



(Taylor et al., 1998). En este estudio participaron 521 sujetos, de los cuales 103 habían experimentado un accidente de moto y 419 una situación bélica. La información sobre los síntomas fue recogida con la entrevista clínica estructurada SCID (Spitzer, Williams, Gibbon y First, 1990) en el caso de los accidentados de moto y con la escala para síntomas de TEPT (PTSD Symptom Scale; Foa, Riggs, Dancu y Rothbaum, 1993) en los sujetos expuestos a la guerra. Los criterios diagnósticos utilizados son los que dicta el DSM-III-R y DSM-IV. Los resultados mostraron una agrupación de los síntomas de TEPT en dos factores, intrusión y evitación (que incluye los cinco síntomas del criterio B y los dos síntomas de evitación del criterio C del DSM-IV) e hiperactivación y embotamiento (que recoge la mayoría de los síntomas del criterio D y los cinco síntomas de embotamiento del criterio C del DSM-IV). A partir de estos hallazgos, Taylor et al. (1998) plantean, tal y como queda recogido en la siguiente figura, que el TEPT podría ser el resultado de un factor de orden superior, que daría lugar a la mayoría de los síntomas de TEPT, y de dos factores de primer orden que contribuyen a los síntomas de intrusión/evitación e hiperactivación/embotamiento.

En ese mismo año, Buckley, Blanchard y Hickling (1998) llevaron a cabo un estudio con 217 víctimas de accidente de moto, a los que se aplicó la *Clinician Administered PTSD Scale* (CAPS) (Blake et al., 1995). Los resultados de este estudio confirmaron el modelo de dos factores jerárquicos del TEPT propuesto por Taylor et al. (1998). Esta conceptualización del TEPT es congruente con el modelo teórico presentado por Foa, Zinbarg y Rothbaum (1992), que defiende que la evitación y el embotamiento afectivo serían dos mecanismos diferentes; la evitación sería un proceso destinado a reducir el malestar asociado a la memoria del trauma, mientras que el entumecimiento es consecuencia de una activación incontrolable y un fracaso en la reducción del malestar. Por tanto, la intrusión llevaría a la evitación y la hiperactivación al entumecimiento.

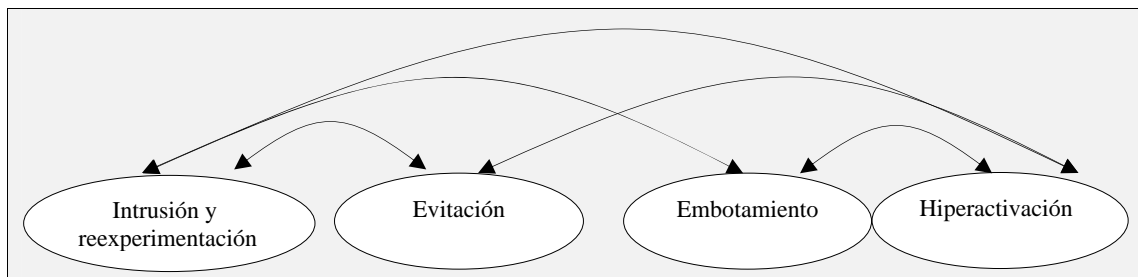
**Figura 8.1.** Modelo jerárquico de dos factores de Taylor et al. (1998).



Los estudios más recientes y sofisticados han utilizado análisis factoriales confirmatorios, con el objeto de poner a prueba los modelos teóricos estructurales del TEPT. King, Lesking, King y Weathers (1998) a partir de los datos obtenidos de la aplicación de la escala CAPS (Blake et al., 1995) a 524 veteranos de guerra en tratamiento, han comparado cuatro modelos factoriales para evaluar el más apropiado en la conceptualización de la estructura

de los síntomas del TEPT. El primer modelo, *modelo de cuatro factores intercorrelacionados*, basado en lo que señalan Foa et al. (1992) y Taylor et al. (1998), esto es, que la evitación y el embotamiento son dos constructos diferentes, incluye cuatro factores, en concreto, reexperimentación, evitación, embotamiento afectivo e hiperactivación en una solución de primer orden. Un segundo modelo, *modelo jerárquico de dos factores* de Taylor et al. (1998) que propone una solución de orden superior y dos factores de primer orden: 1) intrusión/evitación y 2) hiperactivación/embotamiento, agrupados en un factor de segundo orden. Un tercer modelo, *modelo jerárquico de cuatro factores*, que defiende un único factor de orden superior y cuatro factores de primer orden correspondientes a reexperimentación, evitación, embotamiento e hiperactivación, agrupados por un factor de segundo orden que es el TEPT. Y por último, un *modelo de factor único*, que propone una solución de primer orden con un único factor que incluye los 17 síntomas del trastorno agrupados bajo un factor general de TEPT. Los resultados defienden que sería el *modelo de cuatro factores intercorrelacionados* el que de manera más adecuada conceptualizaría la estructura factorial del TEPT. Distingue cuatro factores intercorrelacionados de primer orden, correspondientes a reexperimentación, evitación, embotamiento emocional e hiperactivación, en donde la reexperimentación y la hiperactivación conservan los mismos síntomas que dicta el DSM-IV, pero la evitación incluiría únicamente la evitación cognitiva y conductual de todo lo relacionado con el trauma y los cinco síntomas restantes quedarían recogidos en el factor embotamiento.

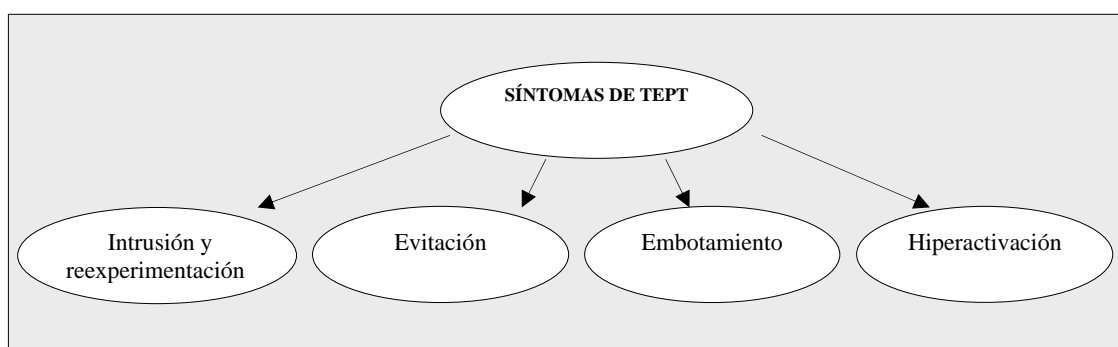
**Figura 8.2.** Modelo de cuatro factores intercorrelacionados de King et al. (1998)



De manera similar al estudio revisado de King et al. (1988), Asmundson et al. (2000) llevaron a cabo un análisis factorial confirmatorio para comparar cinco modelos teóricos, que incluyen: 1- el *modelo jerárquico de cuatro factores*, 2- el *modelo de cuatro factores intercorrelacionados* de King et al. (1998), 3- el *modelo jerárquico de tres factores* que defiende el DSM-IV y que caracteriza al TEPT en función de tres factores de primer orden, reexperimentación, evitación e hiperactivación, 4- un *modelo de tres factores de primer orden intercorrelacionados*, derivado del DSM-IV y 5- el *modelo jerárquico de dos factores* de Taylor et al. (1998). En el estudio participaron 349 pacientes con problemas médicos rutinarios, de los cuales únicamente el 13% cumplía total o parcialmente criterios de TEPT. Estos autores concluyen que es el modelo jerárquico de cuatro factores el que recoge de manera más adecuada

la estructura de la sintomatología postraumática, mostrándose empíricamente superior a los otros modelos y a la descripción de tres grupos de síntomas que ofrece el DSM-IV. Este modelo, a diferencia del modelo propuesto por el DSM-IV, estructura los síntomas de TEPT en cuatro grupos, a saber, reexperimentación, evitación, embotamiento e hiperactivación. El modelo de Asmundson et al. (2000) presenta diferencias y similitudes respecto a los otros modelos. En relación al modelo propuesto por Taylor et al. (1998), la diferencia radica en el número de factores de primer orden propuestos; respecto al modelo de King et al. (1998), si bien ambos defienden los mismos factores de primer orden, este último no incluye un factor general de TEPT de segundo orden.

**Figura 8.3.** Modelo jerárquico de cuatro factores de Asmundson et al. (2000).



En un estudio posterior llevado a cabo por Amdur and Liberzon (2001) en una muestra de 195 veteranos de guerra, evaluados mediante la *Impact of Event Scale (IES)* (Horowitz, Wilner, y Alvarez, 1979), encontraron que sería un modelo de cuatro factores, que incluye: 1- intrusión, donde encuentran cabida todos los síntomas de reexperimentación, a excepción de los sueños y pesadillas recurrentes relacionados con el suceso traumático, que son recogidos en el tercer criterio, 2- evitación, 3- alteraciones del sueño, y 4- embotamiento afectivo, el más apropiado para la conceptualización del TEPT. Sin embargo, este estudio presenta un gran problema metodológico derivado de la aplicación de la IES como instrumento de evaluación, ya que los 15 ítems que componen la escala no corresponden directamente con los 17 síntomas del TEPT dictados por el DSM-IV, y además, no valora los síntomas claves de hiperactivación, tales como la respuesta de alerta o la hipervigilancia.

Un modelo más reciente sobre la estructura de los síntomas de TEPT es el propuesto por Simms, Watson y Boebbelin (2002), que se ha mostrado superior a los modelos defendidos por Asmundson et al. (2000), Buckley et al. (1998), King et al. (1988) y Taylor et al. (1998), en un análisis factorial confirmatorio llevado a cabo en una muestra de 3695 veteranos de la guerra del Golfo y personal militar no expuesto a la situación bélica. Los participantes completaron la versión militar del *PTSD Checklist* (Weathers, Litz, Herman, Huska y Keane, 1994) y una entrevista estructurada realizada telefónicamente. El modelo propuesto por Simms et al. (2002)

establece la estructura del TEPT en cuatro dimensiones específicas, que serían: intrusión, evitación, disforia/malestar general e hiperactivación. Señalan que tres de los síntomas que normalmente han sido incluidos en el criterio de hiperactivación, en concreto, la irritabilidad, la dificultad de concentración y las alteraciones del sueño parecen ser síntomas de disforia o de malestar general, siendo similares a los síntomas considerados de embotamiento emocional. Esto sería congruente con el estudio de Taylor et al. (1998) en el que encontraron que estos síntomas no se relacionaban de manera consistente con los otros dos síntomas de hiperactivación, esto es, respuesta de alarma exagerada y estado de alerta permanente. A partir de estos hallazgos, Simms et al. (2002) defienden un modelo de cuatro factores, en el cual el criterio de hiperactivación incluye únicamente dos síntomas del DSM-IV, D4 y D5, estando los síntomas D1, D2 y D3 agrupados junto con los síntomas de embotamiento afectivo (C3-C7) en un mismo factor que han denominado disforia o factor de malestar general y que se ha mostrado altamente relacionado con síntomas de depresión y ansiedad generalizada.

Cabe señalar que, dado que la mayoría de los estudios revisados han sido llevados a cabo con accidentados de tráfico o excombatientes de guerra, la posibilidad de generalizar estos nuevos modelos a otras poblaciones diferentes es todavía incierta.

En este sentido y con el propósito de determinar si los modelos anteriormente revisados pudieran ser generalizables a otras poblaciones de sujetos expuestos a diferentes traumas, McWilliams, Cox y Asmundson (2005) han llevado a cabo un análisis factorial confirmatorio con los resultados del mayor estudio epidemiológico del TEPT realizado en población americana, la Encuesta Nacional de Comorbilidad (*Nacional Comorbidity Survey*, NCS) (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes y Nelson, 1995). En el estudio han sido comparados el modelo jerárquico de dos factores, basado en los hallazgos de Taylor et al. (1998) y Buckley et al. (1998), el modelo de factor único con los 17 síntomas de TEPT agrupados bajo un factor general, el modelo jerárquico de tres factores que defiende el DSM-IV, un modelo de tres factores de primer orden intercorrelacionados, derivado del DSM-IV y los modelos de cuatro factores anteriormente revisados (Asmundson et al., 2000; King et al., 1998 y Simms et al., 2002), que consideran, al igual que el modelo de Taylor et al. (1998), la evitación y el embotamiento como dos constructos separados. El modelo de cuatro factores intercorrelacionados de King et al. (1998) se mostró superior, aunque no de manera concluyente, ya que la alta correlación encontrada entre el factor reexperimentación y el factor hiperactivación indica que, quizá, fuera más apropiado incluir estos dos criterios en un único factor. Por otro lado, este estudio vuelve a confirmar que la agrupación de los síntomas de evitación y embotamiento en un único factor, tal y como aparece en el DSM-IV, es inapropiada.

A partir de los hallazgos obtenidos, McWilliams et al. (2005) defienden una solución de cuatro factores en la agrupación de los síntomas de TEPT. El primer factor, denominado disforia,

incluye tres de los síntomas de embotamiento (C4, C5 y C7) del DSM-IV y dos de los tres síntomas de hiperactivación considerados por Simms et al. (2002) como síntomas de malestar general (dificultades de concentración (D3) e irritabilidad (D2)). Un segundo factor denominado reexperimentación con estímulo y evitación, que agrupa dos síntomas de evitación (C1 y C2), así como los síntomas de reexperimentación en situaciones que recuerdan el trauma (B4 y B5). Un tercer factor, reexperimentación sin estímulo e hiperactivación, que agrupa dos síntomas de reexperimentación, en concreto, aquellos que hacen referencia a la reexperimentación del trauma en situaciones donde no hay un estímulo que recuerda el suceso (B2 y B3), uno de hiperactivación (respuesta de alarma exagerada, D5) y un último síntoma de embotamiento (restricción de la capacidad afectiva, C6). Finalmente, proponen un último factor denominado rumiación, que incluye un síntoma de reexperimentación (la presencia de recuerdos recurrentes del trauma, B1), uno de hiperactivación (dificultad para conciliar el sueño, D1) y otro de embotamiento (amnesia, C3).

A pesar de que las investigaciones revisadas ofrecen diferentes reagrupamientos de los síntomas del TEPT, parecen encontrar un acuerdo en considerar inadecuado el modelo estructural de tres factores del TEPT descrito en el DSM-IV y DSM-IV-TR y defienden un modelo de cuatro factores, que diferencia y agrupa en dos factores distintos los síntomas de evitación y los de embotamiento afectivo.

Un único estudio parece apoyar, aunque moderadamente, el modelo de tres factores descrito en el DSM-IV. Cordova, Studts, Hann, Jacobsen y Andrykowski (2000) llevaron a cabo un análisis factorial confirmatorio, en el que compararon el modelo estructural de tres factores del TEPT con un modelo de factor único en una muestra de 142 mujeres supervivientes a un cáncer de mama. Si bien, el modelo de tres factores se mostró moderadamente superior, estos resultados no pueden ser tomados en cuenta, al no haber sido incluidos en este estudio los modelos de dos y cuatro factores anteriormente revisados.

En definitiva, parece más adecuado apostar por los modelos estructurales de cuatro factores en la agrupación de los síntomas del TEPT. Sin duda, estos modelos ofrecen una conceptualización más adecuada de este trastorno, al ampliar el número de criterios que lo caracterizan y exigir la presencia tanto de síntomas de embotamiento afectivo como de evitación para su diagnóstico. Estas aportaciones se traducen en un avance en la definición y descripción de la complejidad de este cuadro clínico, que hasta ahora ha sido pobremente recogido en los sistemas de clasificación de los trastornos mentales. No es de extrañar, por tanto, que el TEPT haya sido considerado, a menudo, como un “cajón de sastre” al incluir 17 síntomas, algunos de los cuales son comunes al trastorno de pánico, ansiedad fóbica, ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno depresivo o incluso trastorno disociativo.

Sin embargo, son todavía muchas las incógnitas que quedan por resolver sobre la estructura sintomática de este cuadro clínico. Son necesarias futuras investigaciones dirigidas a clarificar, entre otros aspectos, qué síntomas agrupan cada uno de los cuatro criterios de TEPT, y determinar si es necesaria la presencia de todos ellos para su diagnóstico, o se podría pensar en criterios claves y obligatorios, como podrían ser la reexperimentación y la hiperactivación y en criterios opcionales, como la evitación y el embotamiento, que no serían determinantes para el diagnóstico pero que definirían el curso del TEPT.

## **8.5. CARACTERIZACIÓN DEL TEPT EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA**

La descripción y ampliación del rango de sucesos vitales estresantes susceptibles de provocar un TEPT ha permitido incluir en este cuadro clínico a otro tipo de víctimas escasamente estudiadas, como son las mujeres maltratadas. Así pues, la violencia doméstica se ajusta a la definición que, tanto el DSM-IV como su versión revisada, realizan de un acontecimiento traumático, esto es, que represente una amenaza para la integridad de la persona y que la reacción emocional experimentada implique una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión (APA, 1994, 2000). Además, en la situación de maltrato doméstico están presentes algunos factores que suelen ser predictores de este cuadro clínico: la duración prolongada del trauma, las graves lesiones que provoca en quienes lo sufren o el bajo apoyo social que con frecuencia refieren las víctimas, entre otros.

Si bien hay tres aspectos nucleares (criterios B, C y D de la tabla 8.1) que se repiten de forma constante en aquellas personas traumatizadas que han desarrollado un TEPT, los síntomas que caracterizan este cuadro clínico presentan características específicas, según sea el tipo de acontecimiento estresante que lo desencadena. Concretamente, dentro del grupo de sujetos traumatizados que han sido objeto de un mayor número de investigaciones, esto es, los excombatientes de guerra y las víctimas de agresión sexual, se pueden encontrar algunas características diferenciales del TEPT. Así, es la reexperimentación en forma de pesadillas, debida probablemente a la exposición duradera al acontecimiento traumático, el síntoma central del TEPT en excombatientes de guerra, junto con la amnesia selectiva y los fenómenos disociativos. Además, es frecuente que el TEPT curse de manera comórbida con otros trastornos, como la depresión y el consumo abusivo de alcohol y drogas en este tipo de víctimas. En el caso de las víctimas de agresión sexual, es el aumento de la activación fisiológica el criterio central del TEPT, que estaría funcionando como una respuesta adaptativa ante el temor de sufrir un nuevo ataque. La autoinculpación por lo ocurrido sería un síntoma muy sobresaliente en ambos grupos de víctimas, que estaría dañando gravemente la autoestima y dificultando la readaptación emocional posterior de la víctima.

Recientemente se han comenzado a llevar a cabo estudios para analizar el perfil de este cuadro clínico en víctimas de violencia doméstica, que señalan que son los síntomas de reexperimentación e hiperactivación los más característicos del TEPT en estas mujeres. En concreto, serían la presencia de recuerdos desagradables y recurrentes sobre el maltrato, el malestar psicológico intenso al recordar el suceso, la dificultad para conciliar el sueño, los problemas de concentración y el estado permanente de hipervigilancia, los más frecuentes. Por el contrario, los síntomas de evitación no lo son tanto. Las características específicas de la violencia podrían explicar la sintomatología del TEPT en estas víctimas. Así pues, la exposición prolongada y repetida al maltrato explicaría la presencia continua de recuerdos intrusivos relacionados con la violencia y la gravedad de los síntomas de reexperimentación que manifiestan estas víctimas, que por otro lado, podrían ser disparados por muchas de las situaciones del hogar, que estarían funcionando como estímulos condicionados. Asimismo, la imposibilidad de predecir y controlar la ocurrencia de los episodios agresivos, su percepción de vulnerabilidad, así como la ruptura del marco de seguridad, que supone la pareja como la persona más cerca afectivamente y el hogar como el lugar supuestamente más tranquilo para la víctima, podrían explicar el estado permanente de hiperactivación e hipervigilancia que manifiestan estas mujeres, y que estaría funcionando como una respuesta de alarma ante el temor y la posibilidad de sufrir una nueva agresión. Respecto a los síntomas de evitación, dado que normalmente la ocurrencia de los episodios de violencia se limita al hogar de la víctima, la única conducta de evitación que cabría esperar sería el abandono definitivo del domicilio, decisión que, por otro lado, es tomada en la mayoría de los casos tras muchos años de permanencia en la relación violenta.

El estudio de Echeburúa, Corral y Amor (1998) en el que participaron 164 víctimas de malos tratos ofrece una descripción detallada de la frecuencia de aparición de cada uno de los síntomas que conforman el TEPT en víctimas de violencia doméstica. La tabla 8.4 muestra el porcentaje de mujeres que presentan cada síntoma. Este estudio confirma que son los síntomas de reexperimentación (los recuerdos intrusivos y el malestar fisiológico y psicológico al recordar el trauma) e hiperactivación (los problemas de sueño, la dificultad de concentración y la irritabilidad) los más frecuentes en las mujeres maltratadas. Por el contrario, la reexperimentación del suceso traumático en forma de pesadillas y la presencia de *flashbacks* son poco frecuentes, así como la restricción de la capacidad afectiva. La baja frecuencia de aparición de este último síntoma parece cuestionable, si se tiene en cuenta que estas mujeres son víctimas de una violencia ejercida por la persona con la que han estado unidas sentimentalmente, por lo que parece lógico pensar que este acontecimiento provoque en la víctima una sensación de incapacidad para implicarse nuevamente en este tipo de relaciones en el futuro. Finalmente, son

característicos en mujeres maltratadas la anhedonia y la sensación de futuro desolador, así como una marcada inadaptación a la vida cotidiana y un grave aislamiento a nivel social y/o familiar.

Un estudio más reciente de Rincón et al. (2004), muestra resultados congruentes a los de Echeburúa et al. (1998). No obstante, aparecen algunas discrepancias entre ambos trabajos en la frecuencia de algunos de los síntomas de evitación. Ambos estudios coinciden en que son los síntomas de evitación los menos frecuentes en víctimas de violencia doméstica, sin embargo, en el estudio de Rincón et al. (2004), tal y como cabría esperar, un porcentaje mayor de mujeres refiere sentirse limitada en su capacidad afectiva. Resulta llamativo que, por el contrario, un porcentaje tan bajo de víctimas refiera que sus planes o esperanzas del futuro, como casarse o tener hijos, no hayan cambiado como consecuencia del maltrato, si se tiene en cuenta que esta experiencia suele provocar una ruptura de los esquemas previos de las víctimas sobre el matrimonio y la familia.

**Tabla 8.4.** Frecuencia de síntomas de TEPT en mujeres víctimas de violencia doméstica (Echeburúa et al., 1998; Rincón et al., 2004)

CRITERIOS	SÍNTOMAS DEL TEPT	Frecuencia de síntomas del TEPT (Echeburúa et al., 1998)	Frecuencia de síntomas del TEPT (Rincón et al., 2004)
. Reexperimentación	• Recuerdos intrusivos	93.2	71.5
	• Pesadillas	24.6	37.1
	• <i>Flashbacks</i>	29.7	30
	• Malestar psicológico	81.4	75.7
	• Malestar fisiológico	74.6	62.9
. Evitación	• Evitar pensar, sentir...	72.9	67.1
	• Evitar actividades, lugares...	40.7	47.1
	• Amnesia	4.2	15.7
	• Anhedonia	82.2	62.8
	• Sensación de desapego o enajenación	61.9	47.1
	• Restricción de la vida afectiva	27.1	57.1
	• Sensación de futuro desolador	79.6	31.4
. Hiperactivación	• Insomnio	64.4	67.2
	• Irritabilidad	71.2	51.5
	• Dificultad de concentración	72	65.7
	• Hipervigilancia	34.7	54.3
	• Respuesta de alarma	49.2	50

Algunos clínicos e investigadores han definido la violencia doméstica como un trauma “complejo”, al tratarse de un tipo de suceso traumático que ocurre repetidamente, que se prolonga en el tiempo y que es perpetrado de manera intencional por una persona en contra de otra, en contraposición a los estresores que ocurren de manera ocasional y que no son provocados intencionalmente. Además de la violencia que viven algunas mujeres a manos de su pareja, las situaciones de cautiverio o la experiencia de abuso sexual, principalmente durante la infancia, serían otros ejemplos de este tipo de traumas. Parece que estas personas presentan un conjunto de síntomas clínicamente significativos, que no son recogidos de manera adecuada en los criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico de TEPT. Así pues, en comparación con la



exposición ocasional a un suceso traumático, el impacto psicológico de la exposición prolongada y repetida a un acontecimiento estresante, en el que la víctima, incapaz de escapar, se encuentra sometida al control coercitivo del agresor ha sido conocido como trastorno de estrés postraumático complejo (CPTSD) o trastorno de estrés extremo (*Disorder of Extreme Stress*) y revela graves alteraciones a nivel somático, cognitivo, afectivo, conductual y relacional. Herman (1992) afirma que las alteraciones que caracterizan el (CPTSD) serían las siguientes:

- Alteraciones en la regulación afectiva, que incluye dificultades en la modulación de la rabia y la conducta autodestructiva.
- Alteraciones en el estado de conciencia y de identidad, que se manifiestan en forma de amnesia y episodios de disociación y despersonalización.
- Graves alteraciones a nivel cognitivo, que llevan a la víctima, por un lado, a culparse por la ocurrencia de las agresiones y a desarrollar intensos sentimientos de vergüenza y por el otro, a incorporar el sistema de creencias del agresor.
- Alteraciones a nivel social, que se traducen en un grave sentimiento de desconfianza interpersonal y una gran incapacidad para establecer relaciones de intimidad.
- Síntomas psicósomáticos como dolores de cabeza, alteraciones gastrointestinales, náuseas, entre otros.

En mujeres maltratadas la forma compleja del TEPT está fuertemente asociada a la violencia sexual, siendo aquellas mujeres forzadas a mantener relaciones sexuales las que con mayor probabilidad desarrollarían este trastorno (Schnurr, Friedman y Bernardy, 2002). Echeburúa et al. (1997a) señalan que el síndrome traumático complejo estaría asociado en mujeres maltratadas a una mayor inadaptación global, a la presencia de relaciones sexuales forzadas durante el embarazo y a la carencia de apoyo social y familiar. Además, este trastorno sería más frecuente cuando hay ciertos factores de riesgo como la exposición precoz a la violencia en la infancia, una modulación emocional pobre, como ocurre a veces en el trastorno límite de la personalidad o un alto grado de impulsividad (Echeburúa, 2005).

Existe un debate en la comunidad científica sobre si esta forma compleja debería ser incluida como una categoría diagnóstica separada del TEPT. En lo que parece haber un acuerdo es en considerar que los pacientes que manifiestan este patrón de síntomas son, a menudo, resistentes al cambio clínico y que la complejidad de esta sintomatología debería ser abordada con un tratamiento específico.

## 8.6. RESUMEN

Según el DSM-IV y DSM-IV-TR, el TEPT describe un patrón de síntomas que pueden desarrollarse cuando la persona ha sufrido o ha sido testigo de una agresión física o una amenaza

para su vida o la de otra persona y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión. Tres conjuntos de síntomas se consideran característicos de este trastorno: 1) Reexperimentación del acontecimiento traumático en forma de pensamientos recurrentes, fundamentalmente, 2) Conductas de evitación de los estímulos relacionados con el trauma y embotamiento emocional y 3) Síntomas debidos al exceso de activación (dificultades de concentración, irritabilidad, problemas para conciliar el sueño, etc.).

Sin embargo, a pesar de que son los criterios diagnósticos del TEPT que dictan el DSM-IV y DSM-IV-TR los más difundidos y utilizados, tanto en el área de la investigación como en el de la práctica clínica, parece haber un acuerdo en la comunidad científica en considerar inadecuado este modelo estructural de tres factores. En consecuencia, han surgido nuevos modelos que han tratado de definir la estructura sintomática del TEPT de manera más adecuada, siendo su aportación fundamental la consideración del criterio denominado evitación del DSM-IV como dos factores independientes, esto es, evitación y embotamiento afectivo, con la consiguiente reagrupación de los criterios del TEPT en cuatro dimensiones distintas, a saber, reexperimentación, evitación, embotamiento afectivo e hiperactivación.

Por otro lado, la descripción y ampliación del rango de sucesos vitales estresantes susceptibles de provocar un TEPT, que ofrece el DSM-IV y DSM-IV-TR, ha permitido incluir en este cuadro clínico a otro tipo de víctimas escasamente estudiadas, como son las mujeres víctimas de violencia doméstica. Se han estudiado características específicas del TEPT en mujeres maltratadas y se ha encontrado que son los síntomas de reexperimentación y los de hiperactivación los más frecuentes (Echeburúa et al., 1998; Rincón et al., 2004). Además, algunos clínicos e investigadores defienden la presencia de una forma compleja de TEPT en estas mujeres, como consecuencia de la exposición prolongada y repetida a una situación de violencia, en la que la víctima, incapaz de escapar, se encuentra sometida al control coercitivo del agresor. Se ha denominado trastorno de estrés postraumático complejo (CPTSD) o trastorno de estrés extremo (*Disorder of Extreme Stress*) que se manifiesta a través de graves alteraciones a nivel somático, cognitivo, afectivo, conductual y relacional.



# 9

## EPIDEMIOLOGÍA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Hasta hace relativamente poco tiempo no se conocía con certeza la prevalencia del TEPT, ya que los únicos datos disponibles procedían de estudios llevados a cabo con veteranos de la guerra del Vietnam, supervivientes a catástrofes o refugiados, principalmente. Recientemente se han llevado a cabo estudios epidemiológicos, utilizando muestras representativas de la población general, que han permitido concluir que la prevalencia de exposición a algún tipo de acontecimiento traumático es alta y el desarrollo del trastorno de estrés posttraumático relativamente frecuente en las sociedades modernas (Hidalgo y Davidson, 2000).

### 9.1. PREVALENCIA DE EXPOSICIÓN A UN SUCESO TRAUMÁTICO

Uno de los más importantes estudios epidemiológicos del TEPT es la Encuesta de Comorbilidad Nacional (*National Comorbidity Survey, NCS*), llevada a cabo por Kessler et al. (1995) entre 1990 y 1992 en 48 estados de los EEUU. En el estudio participaron 5877 personas con edades comprendidas entre los 15 y 54 años. Encontraron que el 60.6% de los hombres y el 51.2% de las mujeres habían experimentado uno o más acontecimientos traumáticos a lo largo de su vida. El 12.5% de ellas y el 17% de ellos refirieron haber vivenciado más de tres situaciones traumáticas.

Otro de los estudios importantes es el realizado por Breslau et al. (1998) en Detroit, en el que participaron 2181 personas de entre 18 y 45 años. Encontraron una tasa de prevalencia de exposición a un suceso traumático a lo largo de la vida de un 89.6% (92.2% en hombres y 87.1% en mujeres), siendo 4.8 la media del número de acontecimientos y la muerte inesperada de un ser querido el suceso traumático más frecuente (60%). Esta mayor tasa de prevalencia de exposición a sucesos estresantes encontrada en el estudio de Breslau et al. (1998) en comparación con el de Kessler et al. (1995) puede ser debida a la inclusión de un rango más amplio de sucesos estresantes en el primero de ellos (Hidalgo y Davidson, 2000). Lo que está claro es que, independientemente de estas diferencias entre los estudios, la exposición a un acontecimiento traumático es algo frecuente en la población.

En México, se llevó a cabo durante los años 2001 y 2002 la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, un estudio representativo de la población urbana de entre 18 y 65 años de edad (Medina-Mora et al., 2005). Participaron 2362 personas que fueron evaluadas con la versión computerizada de la CIDI. Los resultados del estudio mostraron que el 68% de la

población adulta había estado expuesta a al menos un suceso estresante alguna vez en su vida, en concreto, un 20% había experimentado un suceso, un 15% dos y un 33% tres o más.

Parece haber diferencias significativas entre hombres y mujeres en la tasa de exposición a un acontecimiento traumático. En este sentido, Kessler et al. (1995) encontraron que el hombre tenía tres veces más probabilidad que la mujer de experimentar un suceso amenazante para su integridad física, sin embargo, como es lógico, no había diferencias entre hombres y mujeres cuando el acontecimiento traumático era la muerte inesperada de un ser querido. En su estudio, el número de sucesos traumáticos referido por los hombres fue significativamente mayor que el referido por las mujeres (5.3% y 4.3%, respectivamente). Encontraron que, en general, los acontecimientos traumáticos más prevalentes eran: ser testigo de una agresión o un asesinato (35.6% de los varones y 14.5% de las mujeres), estar involucrado en un incendio, inundación u otra catástrofe natural (18.9% de los varones y 15.2% de las mujeres), y experimentar un accidente con riesgo vital (25% de los varones y 13.8% de las mujeres). Además de estas tres situaciones, que fueron contestadas por un mayor porcentaje de hombres que de mujeres, éstos refirieron también como situaciones traumáticas ser víctima de un ataque físico, combatir en una guerra y ser amenazado con un arma. Las mujeres señalaron sufrir una violación, ser víctima de acoso sexual, desatención por parte de los padres durante la infancia y abusos físicos en la infancia, en una proporción mayor en comparación con los hombres.

**Tabla 9.1.** Diferencias de género en prevalencia-vida de exposición a un trauma (Kessler et al., 1995).

TRAUMA	PREVALENCIA-VIDA (%) EXPOSICIÓN TRAUMA	
	VARÓN (n=2.817)	MUJER (n=3.065)
Testigo de agresión o asesinato	35.6	14.5
Grave accidente de tráfico	25	13.8
Desastre natural	18.9	15.2
Amenaza con arma	19	6.8
Agresión física	11.1	6.9
Violación	0.7	9.2

En el estudio de Breslau et al. (1998) fueron la muerte repentina de un ser querido (60%), la exposición a una agresión a otro o un asesinato (29%), un accidente de tráfico grave (28%) y ser amenazado por un arma (25%) los acontecimientos traumáticos más prevalentes. Respecto a las diferencias en función del sexo, este autor encontró que los varones tenían más probabilidad de ser amenazados por un arma (34% en hombres y 16.4% en mujeres), y las mujeres de sufrir violaciones u otro tipo de ataque sexual (9.4%) en comparación con los hombres (1.1% y 2.8%, respectivamente).

En el estudio de Medina-Mora et al. (2005), los sucesos traumáticos más frecuentes fueron la muerte repentina o inesperada de un familiar, experimentada por una de cada cuatro

personas (26.9%), la exposición a un atraco con amenaza de un arma (24.6%), un accidente de tránsito (21.4%), la exposición como testigo a violencia doméstica en la infancia (20.3%) y haber experimentado violencia física severa por parte de los padres o cuidadores (18.3%). En cuanto a las diferencias por sexo, las mujeres presentaron una tasa de prevalencia mayor de exposición a abuso sexual (5.4%), violencia doméstica (6%), violación (3.9%) y acoso (3.7%). Por su parte, los hombres habían experimentado más atracos con arma (35%), accidentes (28.7%), habían sido testigos en una proporción mayor que las mujeres de muertes o lesiones (22.7%) y habían sufrido más secuestros (3.8%). Otros sucesos, como la exposición durante la infancia a violencia física severa por parte de los padres o cuidadores, no arrojaron diferencias entre hombres y mujeres.

Además del género, Hidalgo y Davidson (2000) señalan otros factores que parecen aumentar la probabilidad de sufrir un suceso estresante, como es una menor edad (la edad parece correlacionar negativamente con el riesgo de exposición a un acontecimiento traumático), una historia previa de exposición a sucesos traumáticos y antecedentes familiares psiquiátricos.

## 9.2. PREVALENCIA DEL TEPT

Se estima que el TEPT puede afectar al 1% ó 2% de la población general adulta en algún momento de su vida. No obstante, hay estudios que señalan tasas de prevalencia de este trastorno más elevadas. En el estudio de Kessler et al. (1995), en el que utilizaron los criterios del DSM-III-R y como instrumento de evaluación una versión modificada de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI), encontraron que el TEPT había afectado al 7.8% de la población general adulta en algún momento de su vida, siendo un 2.3% la prevalencia actual. En el estudio de Breslau et al. (1998), en el que utilizaron los criterios del DSM-IV y como instrumento de evaluación una entrevista estructurada (Diagnostic Interview Schedule, versión IV y la World Health Organization Composite Internacional Diagnostic Interview) encontraron una prevalencia del TEPT a lo largo de la vida de un 9.2%.

Datos sobre la prevalencia del TEPT en la población española se encuentran en el estudio de Orengo, Rodríguez, Lahera y Ramírez (2001) en el que participaron 177 pacientes ingresados en un servicio de psiquiatría y 90 personas de la población general adulta. Utilizaron una adaptación española de la escala americana CAPS DX para la evaluación del TEPT. Encontraron una tasa de prevalencia (según criterios DSM-IV) de un 2.22% en la población general y de un 8.47 % en la población psiquiátrica. En un estudio más reciente, Martín y de Paúl (2004) encontraron en una muestra de 1507 estudiantes universitarios del País Vasco que un 28.8% cumplía criterios del TEPT.

En el estudio de Medina-Mora et al. (2005) se señala que la prevalencia vital del TEPT en la población mexicana adulta es de un 1.45%.

La incidencia del TEPT tras la exposición a un suceso estresante varía en función del tipo de acontecimiento experimentado. En general, se estima que un 25% de las víctimas de un delito, del tipo que sea, desarrolla un TEPT. Se han estudiado poblaciones de alto riesgo en el desarrollo de este cuadro clínico, en concreto, víctimas de guerra, tortura, terrorismo, agresiones sexuales, violencia familiar, etc., en las que este trastorno parece incidir con mayor frecuencia. Es el caso de los veteranos de guerra del Vietnam, que han sido objeto de numerosas investigaciones epidemiológicas. El National Vietnam Veterans Readjustment Study, la más importante de las investigaciones epidemiológicas, reveló que de los 3 millones de veteranos que participaron en la guerra del Vietnam un 30% desarrolló TEPT en algún momento de su vida y el 15% de ellos continuaba experimentando este trastorno 15 años después de concluido el conflicto (Foa, Keane y Friedman, 2000).

En mujeres víctimas de una violación y en mujeres maltratadas la tasa de prevalencia de este cuadro clínico es significativamente más alta que en la población general de mujeres y que en la población expuesta a cualquier otro tipo de acontecimiento traumático (Kessler et al., 1995). En concreto, el trastorno de estrés postraumático aparece en 2 de cada 3 mujeres víctimas de agresión sexual y en 1 de cada 2 víctimas de violencia doméstica (Amor et al., 2001b). La tasa de prevalencia de este cuadro clínico en mujeres violadas parece depender de la inmediatez del suceso traumático. En este sentido, en víctimas no recientes de agresión sexual, Amor et al. (2001b) han encontrado una tasa de prevalencia que se sitúa en un 61%, porcentaje que aumenta considerablemente en víctimas recientes (80%).

Recientemente, se ha comenzado a estudiar la prevalencia de este cuadro clínico en personas accidentadas, en personas expuestas a la muerte de un ser querido, o en enfermos graves. En sujetos expuestos a un accidente de tráfico el TEPT no es tan frecuente como en otro tipo de víctimas, pero puede afectar hasta el 29% de ellos (Bryant y Harvey, 1995). En personas que experimentan la muerte repentina de un ser querido la tasa de prevalencia del TEPT se sitúa en el 31%, una proporción muy alta debida a la alta frecuencia de exposición a este suceso en la población general (60%) (Breslau et al., 1998).

En mujeres la tasa de prevalencia del TEPT es mayor. En el estudio de Kessler et al. (1995) se situaba en un 10.4% (frente a un 5% en hombres) y en el estudio de Breslau et al. (1998) en un 13% frente a un 6.2% en hombres, lo que permite concluir que las mujeres tienen un mayor riesgo de desarrollar este trastorno en comparación con los hombres. En el estudio de Martín y de Paúl (2004) un 32% de las mujeres cumplía criterios del TEPT frente a un 20.8% de los hombres.

La mayor vulnerabilidad de las mujeres para desarrollar un TEPT, a pesar de la menor tasa de exposición a sucesos traumáticos, podría ser atribuida a las diferencias de género en el tipo de acontecimiento traumático que es más probable ser experimentado. Así lo demuestra el

hecho de que la violación es un acontecimiento traumático asociado a una alta probabilidad de desarrollar un TEPT (45.9%) y son las mujeres muchos más susceptibles de experimentarlo (9.2%) que los hombres (<1%). A continuación, se presentan las diferencias en la tasa de prevalencia de exposición a diferentes traumas y el riesgo de desarrollar un TEPT entre hombres y mujeres (Kessler et al., 1995).

**Tabla 9.2.** Diferencias de género en prevalencia-vida de exposición a un trauma y riesgo de TEPT (Kessler et al., 1995).

TRAUMA	PREVALENCIA-VIDA (%) EXPOSICIÓN TRAUMA		RIESGO DE TEPT (%)	
	VARÓN (n= 2.817)	MUJER (n= 3.065)	VARÓN (n= 2.817)	MUJER (n= 3.065)
	Grave accidente de tráfico	25	13.8	6.3
Desastre natural	18.9	15.2	3.7	5.4
Amenaza con arma	19	6.8	1.9	32.6
Agresión física	11.1	6.9	1.8	21.3
Violación	0.7	9.2	65	45.9

Además de la mayor vulnerabilidad de la mujeres para el desarrollo del TEPT, Breslau et al. (1998) encontraron que el TEPT persistía durante más tiempo en las mujeres que en los varones (a menudo la diferencia en duración superaba los 6 meses).

Habría otros factores de riesgo implicados en la probabilidad de desarrollar un TEPT. En la NCS se encontró que la educación y la edad eran factores que correlacionaban de manera negativa con el riesgo de desarrollar un TEPT. Un incremento en la vulnerabilidad a este trastorno también estaría relacionado con una historia psiquiátrica previa, problemas de conducta en la infancia, ciertos rasgos de personalidad (especialmente neuroticismo/extroversión), una historia familiar de trastornos psicológicos y experiencias traumáticas durante la infancia (pérdida parental, privación económica, etc.), entre otros. En mujeres los factores asociados a un mayor riesgo de desarrollar un TEPT tras la exposición a un suceso traumático serían la temprana separación de los padres, neuroticismo y una historia psiquiátrica previa. También los antecedentes familiares de trastornos afectivos y ansiosos, psicosis y trastorno de la conducta antisocial incrementarían la vulnerabilidad individual para el desarrollo del TEPT (Breslau, 2001).

Por otro lado, la reacción experimentada durante el trauma (severidad de la respuesta y presencia de síntomas disociativos durante y después de suceso) y el escaso apoyo social serían otros factores implicados en el riesgo de desarrollar un TEPT. Respecto a las características del acontecimiento traumático, la severidad, duración y frecuencia del suceso y el grado de amenaza a la integridad física también han sido reconocidos como factores relacionados, aunque de manera moderada, con la probabilidad de desarrollar un TEPT. En general, el trastorno de estrés posttraumático parece ser más probable y más grave cuando el suceso traumático ha sido provocado deliberadamente por otro ser humano, cuando ha sido muy intenso, cuando supone



una vejación muy grave para la persona, cuando ha sido experimentado recientemente y cuando incluye violencia.

### **9.2.1. PREVALENCIA DEL TEPT EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA**

El trastorno de estrés postraumático está presente en un alto porcentaje (entre el 40 y 60%) de mujeres víctimas de malos tratos, un porcentaje similar al encontrado en víctimas de agresiones sexuales y más del doble del que se produce como consecuencia de cualquier otro delito (Gleason, 1993).

Del estudio de meta-análisis llevado a cabo por Golding (1999), en el que fueron revisados 11 trabajos que relacionaban violencia doméstica y TEPT, se desprende que la tasa de prevalencia de esta categoría diagnóstica en las mujeres maltratadas oscila entre un 31% y un 84.4%, con una media ponderada de un 63.8%, un tasa muy superior a la encontrada en la población general de mujeres, en la que se estima que entre un 1.3% y un 12.3% han padecido este trastorno a lo largo de su vida. Esta autora concluye que pudieran ser los instrumentos de evaluación utilizados y la muestra de mujeres objeto de estudio los factores que estarían explicando esta variabilidad en la tasa de prevalencia del TEPT en víctimas de violencia doméstica. Kubany et al. (2004) afirman que en las mujeres en casas de acogida la tasa de prevalencia del TEPT oscila entre el 45% y el 84%.

En España, Villavicencio, Sebastián y Ruiz (1994; citado en Villavicencio y Sebastián, 1999b) llevaron a cabo un estudio con 71 víctimas en centros de acogida y encontraron que el 61.1% de ellas había desarrollado un TEPT. En el País Vasco, Echeburúa et al. (1997a) evaluaron 164 mujeres maltratadas que habían acudido en busca de tratamiento psicológico a centros especializados, y encontraron que un 55% presentaba este trastorno, independientemente del tipo de maltrato experimentado. En un estudio posterior, Amor et al. (2002) hallaron en una muestra de 212 víctimas que un 46% de ellas cumplía criterios para el diagnóstico de TEPT. Parece que la tasa de prevalencia de este cuadro clínico depende, entre otros factores, de la presencia o ausencia de relaciones sexuales forzadas. Así pues, el TEPT afecta a un 54% de las víctimas que han recibido maltrato sexual frente a un 42% de las aquéllas sometidas a violencia doméstica, pero que no han sufrido este tipo de vejaciones (Amor et al., 2001b).

La revisión de estos estudios evidencia la alta prevalencia del TEPT en víctimas de violencia doméstica, lo que permite concluir que, si bien esta categoría diagnóstica no es la única que presentan las mujeres maltratadas, sí sería la más apropiada para describir las repercusiones que a nivel psicológico provoca el maltrato.

### 9.3. RESUMEN

La exposición a un acontecimiento traumático es algo frecuente en la población general. En cuanto al TEPT, se estima que este trastorno puede afectar al 1% ó 2% de los adultos en algún momento de su vida, equivalente aproximadamente a entre el 15% y el 24% de aquéllos expuestos a un acontecimiento traumático (Breslau et al., 1998).

Aunque parece que el hombre tiene más probabilidad de experimentar un suceso traumático, la tasa de prevalencia de este trastorno es mayor en mujeres, en una proporción de casi 2/1 (Breslau et al., 1998).

Además del género, la incidencia del trastorno de estrés postraumático tras la exposición a un suceso estresante varía en función del tipo de acontecimiento experimentado, siendo las víctimas de guerra, tortura, terrorismo, agresiones sexuales y violencia familiar las que más probabilidad tienen de desarrollar un TEPT. Concretamente, la tasa de prevalencia de esta categoría diagnóstica entre las mujeres maltratadas oscila entre un 31% y un 84.4%, con una media ponderada de un 63.8% (Golding, 1999).



# 10

## COMORBILIDAD Y CURSO DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

### 10.1. COMORBILIDAD DEL TEPT

El trastorno de estrés postraumático crónico es, a menudo, acompañado por otro trastorno psiquiátrico del eje I y una grave disfunción en el funcionamiento psicosocial. En la National Comorbidity Survey, Kessler y sus colegas (1995) encontraron que el 88.3% de los hombres y el 79% de las mujeres que habían sido diagnosticados de TEPT a lo largo de su vida, lo habían sido también, como mínimo, de otro cuadro clínico. De ellos el 59% de los hombres y el 44% de las mujeres cumplían criterios para tres o más diagnósticos psiquiátricos. La depresión mayor fue el trastorno comórbido más frecuente, presentándolo el 48.5% de las mujeres y el 48% de los hombres. Otros trastornos que con frecuencia aparecen junto al TEPT son distimia, trastorno de ansiedad generalizada, ataques de pánico, fobia específica, fobia social, agorafobia, trastornos de la conducta y consumo abusivo de alcohol o drogas, que aparecen en alrededor del 30% de las mujeres y del 50% de los varones (Kessler et al., 1995). La siguiente tabla recoge los resultados del estudio de Kessler et al. (1995).

**Tabla 10.1.** Comorbilidad del TEPT (Kessler et al., 1995).

	% HOMBRES	% MUJERES
<b>Trastornos afectivos</b>		
• Depresión mayor	47.9%	48.5%
• Distimia	21.4%	23.3%
• Manía	11.7%	5.7%
<b>Trastornos de ansiedad</b>		
• Trastorno de ansiedad generalizada	16.8%	15%
• Trastorno de pánico	7.3%	12.6%
• Fobia simple	31.4%	29%
• Fobia social	27.6%	28.4%
• Agorafobia	15.1%	22.4%
<b>Trastornos de la conducta</b>	43.3%	15.4%
<b>Trastornos por abuso de sustancias</b>		
• Consumo abusivo de alcohol	51.9%	27.9%
• Consumo abusivo de drogas	34.5%	26.9%

Han surgido diferentes hipótesis para explicar el alto nivel de comorbilidad del TEPT con otros trastornos psiquiátricos. La hipótesis de la auto-medicación ha sido frecuentemente utilizada para explicar la conexión entre el TEPT y el consumo abusivo de sustancias adictivas. Brady, Killen, Brewerton y Lucerini (2000) señalan que el consumo de alcohol y drogas en estos sujetos estaría funcionando como una estrategia dirigida a aliviar el malestar psicológico que

provoca el TEPT, en concreto, las dificultades para dormir, los pensamientos intrusivos o el estado permanente de hipervigilancia.

Otra de la hipótesis para explicar el alto nivel de comorbilidad haría referencia al solapamiento que existe entre los síntomas del TEPT y otros cuadros clínicos. La heterogénea constelación de síntomas que caracterizan el TEPT dificulta enormemente el diagnóstico diferencial de esta categoría diagnóstica con respecto a otras, como la depresión y los trastornos de ansiedad. Concretamente, síntomas como la apatía y la anhedonia, dificultades en el sueño y la concentración, el aislamiento y la sensación de extrañeza respecto a los demás son comunes al TEPT y a la depresión mayor. Por tanto, se podría considerar el TEPT y los trastornos comórbidos que aparecen junto a él, no como categorías diagnósticas separadas, sino como un conjunto complejo de efectos somáticos, cognitivos, afectivos y conductuales derivados del trauma psicológico que supone la exposición a un suceso altamente estresante.

Lo que resulta complicado es determinar si el TEPT es anterior o, por el contrario, aparece con posterioridad a los trastornos comórbidos, que estarían funcionando en este último caso como factores de vulnerabilidad para el desarrollo del TEPT. Kessler et al. (1995) examinaron las edades en que habían ocurrido los sucesos estresantes más tempranos y traumáticos en los sujetos con TEPT y encontraron que el trastorno de estrés postraumático normalmente se desarrollaba antes que los trastornos afectivos o el consumo abusivo de alcohol o drogas, y en el caso de las mujeres que los trastornos de la conducta comórbidos. Únicamente, en el caso de los trastornos de ansiedad, la mayoría de ellos aparecían antes que el TEPT y en este sentido, estarían funcionando como un factor de vulnerabilidad para el desarrollo del trastorno de estrés postraumático. Concretamente, en el estudio de Kessler et al. (1995) encontraron que aquellos que habían sufrido un trastorno de ansiedad previo tenían más del doble de probabilidad de desarrollar un TEPT.

En definitiva, aunque una historia previa de enfermedad psiquiátrica es un factor de riesgo para el desarrollo del TEPT tras la exposición a un acontecimiento traumático, parece que es el TEPT el que estaría favoreciendo el desarrollo de otros trastornos comórbidos, con la única excepción de los trastornos de ansiedad.

### **10.1.1 COMORBILIDAD DEL TEPT EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA**

La depresión mayor es el trastorno comórbido al TEPT más frecuente en víctimas de violencia doméstica, y ocurre en el 50% de las mujeres (Stein y Kennedy, 2001).

Estudios llevados a cabo en nuestro país señalan que el TEPT en víctimas de violencia doméstica cursa de manera comórbida con depresión, altos niveles de ansiedad, un deficiente nivel de adaptación a la vida cotidiana y baja autoestima. En concreto, en el estudio de Amor et al. (2002) el 50.5% de las mujeres superaba el punto de corte establecido en el Inventario de

Depresión de Beck, un 83% presentaba niveles altos de ansiedad y el 71% de las víctimas tenía un ajuste deficiente a la vida cotidiana. Asimismo, en el estudio de Rincón (2003) con mujeres maltratadas con TEPT, un 43% tenía un diagnóstico grave de depresión según el BDI, un 84.8% un nivel bajo de autoestima y un 90.9% presentaba un nivel alto de inadaptación en general a la vida cotidiana. Por el contrario, únicamente un 30% presentaba otro trastorno de ansiedad comórbido al TEPT y ninguna mujer un problema de abuso de sustancias adictivas. Resultados similares se han encontrado en estudios con muestras americanas. Así, en el estudio de Kubany et al. (2004) las participantes presentaban, además del TEPT, un alto nivel de depresión y un nivel de autoestima muy bajo.

La alta comorbilidad del TEPT viene a constatar el carácter altamente invalidante de este cuadro clínico y su capacidad para desorganizar el funcionamiento global de las víctimas, al afectar a su nivel de autoestima, estado de ánimo, nivel de ansiedad y nivel de inadaptación a la vida cotidiana.

## 10.2. CURSO DEL TEPT

El DSM-IV-TR (APA, 2000) especifica tres formas en las que este cuadro clínico puede cursar, esto es, de forma aguda si el TEPT no dura más de tres meses, de forma crónica si se prolonga más de tres meses y de forma demorada si se inicia después de seis meses o más de haber ocurrido el acontecimiento traumático.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, el TEPT persiste durante más de un año en el 50% de las personas que lo desarrollan (APA, 2000). En la Nacional Comorbidity Survey se encontró que en el 90% de los sujetos con TEPT, éste se había desarrollado hacía más de tres meses y en más del 70% hacía más de un año. La duración media del TEPT fue de 36 meses en los sujetos que en alguna ocasión estuvieron en tratamiento por este problema, frente a los 64 meses en aquellos que nunca lo estuvieron. En más de un tercio de los casos el TEPT nunca remitió, independientemente de que siguieran o no tratamiento (Kessler et al. 1995). De manera congruente, en el Informe sobre el TEPT del Grupo de Consenso Internacional sobre Depresión y Ansiedad se señala que el trastorno de estrés postraumático sigue un curso crónico y recurrente con escasas remisiones espontáneas (Ballenger, Davidson y Lecrubier, 2000).

Se ha relacionado la tendencia a la cronicidad del TEPT con el alto nivel de comorbilidad entre este trastorno y otras categorías diagnósticas, como ya se ha hecho referencia anteriormente (Brady et al., 2000).

### **10.3. RESUMEN**

El TEPT muy frecuentemente se presenta de manera comórbida con otros trastornos del eje I, principalmente con depresión, trastornos de ansiedad (ataques de pánico, fobia específica y agorafobia), trastornos de la conducta y consumo abusivo de alcohol o drogas. En víctimas de violencia doméstica es frecuente que éste curse de manera comórbida con depresión, ansiedad, baja autoestima y un grave nivel de inadaptación a la vida cotidiana.

Una de las explicaciones del alto nivel de comorbilidad del TEPT sería el solapamiento que existe entre los síntomas postraumáticos y los cuadros clínicos asociados, pudiendo, incluso, ser considerados no como categorías separadas, sino como un conjunto complejo de efectos somáticos, cognitivos, afectivos y conductuales derivados del trauma psicológico.

Únicamente en menos de un tercio de los casos remite espontáneamente, por lo que su tendencia es a la cronificación, lo que ha sido relacionado con su alto nivel de comorbilidad.

Aunque en un principio el TEPT fue conceptualizado como una respuesta normal tras la exposición a un acontecimiento traumático, en la actualidad hay un acuerdo en aceptar que la exposición a un suceso altamente estresante no es suficiente para explicar el desarrollo del TEPT, y que ciertos factores personales y situacionales estarían jugando un papel fundamental en la vulnerabilidad a este trastorno.

La mayoría de las investigaciones sobre el TEPT han clasificado los factores de riesgo en función de un criterio temporal, esto es, han diferenciado entre aquellos factores de riesgo anteriores al trauma, aquéllos que tienen lugar durante el trauma y los que ocurren después.

Brewin, Andrews y Valentine (2000) llevaron a cabo un meta-análisis en el que revisaron los estudios sobre predictores y factores de riesgo de TEPT publicados en inglés desde el año 1980. El meta análisis incluyó 77 estudios, de los cuales 28 se habían llevado a cabo en población militar y el resto en población civil. En su revisión fueron estudiados 14 factores de riesgo que incluían: género, edad del sujeto en el momento del trauma, estatus socioeconómico, nivel educativo, inteligencia, raza, historia psiquiátrica previa, abuso en la infancia, otras experiencias previas de traumatización (excluyendo el abuso), experiencias adversas en la infancia, historia familiar de trastornos psiquiátricos, severidad del trauma, apoyo social y exposición a nuevos sucesos estresantes. Estudiaron el tamaño del efecto de los factores señalados teniendo en cuenta: 1- el tipo de población (militar versus civil); 2- el género de los participantes; 3- el diseño de la investigación (retrospectivo versus prospectivo); 4- el tipo de análisis (análisis basado en la presencia/ausencia de TEPT versus análisis de las puntuaciones de TEPT como un continuo); 5- la evaluación del TEPT (entrevista o cuestionario) y 6- el momento en el que ocurre el trauma (infancia o edad adulta versus edad adulta únicamente) . Los resultados señalan que el género, la edad del individuo en el momento de la exposición y la raza predicen el TEPT en algunas poblaciones pero no en otras. En concreto, el efecto del género fue significativo en población civil pero no en población militar. Por el contrario, la edad del sujeto en el momento en el que ocurre el trauma resultó un factor de riesgo para el TEPT únicamente en población militar. La raza (minorías negras vs otros grupos minoritarios) resultó ser un predictor débil del TEPT, pero su efecto fue significativamente mayor en población militar que en población civil, no siendo un predictor del TEPT en la población de mujeres.

Otros factores como un nivel bajo de educación, la exposición previa a otros sucesos traumáticos y experiencias adversas durante la infancia son predictores más consistentes del TEPT, pero su implicación en el desarrollo de este trastorno parece depender del tipo de población estudiada (civil versus militar) y de la metodología utilizada en las diferentes



investigaciones. Por el contrario, estos autores encuentran un acuerdo entre los diferentes estudios en considerar la historia psiquiátrica, la experiencia de abuso en la infancia y los antecedentes psiquiátricos familiares los factores anteriores al trauma implicados, aunque moderadamente, en una mayor vulnerabilidad para el desarrollo del TEPT, independientemente del tipo de población estudiada y del diseño y metodología de la investigación. No obstante, serían los factores que operan durante o después del trauma, en concreto, la severidad del acontecimiento estresante, la falta de apoyo social y la exposición a nuevos estresantes vitales los más determinantes en el desarrollo del TEPT, siendo su efecto mayor que los factores pre-trauma. Estos datos resultan muy relevantes al señalar que el valor de las experiencias previas en la infancia es moderado, mientras que es muy importante lo que ocurre tras el trauma.

En la siguiente tabla se puede observar el peso de cada factor en el desarrollo del TEPT. De la comparación de los 14 factores se desprende que es la falta de apoyo social el factor más determinante en el desarrollo del TEPT. Hay que señalar que la mayoría de los estudios que relacionan falta de apoyo social y TEPT lo han hecho considerando los aspectos positivos de este factor, tales como la percepción de apoyo emocional y apoyo material proveniente de la red social. Ullman y Filipas (2001) llevaron a cabo un estudio con víctimas de una agresión sexual, en el que tuvieron en cuenta, además, los aspectos negativos del apoyo social, como la indiferencia o el criticismo. Encontraron que un entorno social negativo es un mejor predictor del TEPT que la falta de apoyo social.

**Tabla 11.1.** Factores de riesgo en el desarrollo del TEPT (Brewin, Andrews y Valentine, 2000)

FACTORES DE RIESGO	NÚMERO DE ESTUDIOS	PARTICIPANTES	PESO PROMEDIO
Género femenino	25	11.261	.13
Menor edad exposición	29	7207	.06
Bajo nivel socioeconómico	18	5957	.14
Bajo nivel educativo	29	11047	.10
Bajo nivel intelectual	6	1149	.18
Raza (minorías negras vs otros grupos minoritarios)	22	8165	.05
Historia psiquiátrica	22	7307	.11
Abuso durante la infancia	9	1746	.14
Exposición previa a sucesos traumáticos	14	5147	.12
Experiencias adversas en la infancia	14	6969	.19
Historia psiquiátrica familiar	11	4792	.13
<b>Severidad del trauma</b>	49	13653	<b>.23</b>
<b>Falta de apoyo social</b>	11	3276	<b>.40</b>
<b>Exposición a nuevos estresores</b>	8	2804	<b>.32</b>

Piotrkowski y Brannen (2002) llevaron a cabo un estudio con trabajadores expuestos a los atentados del 11 de septiembre y encontraron que sus reacciones tras el trauma estaban relacionadas con el desarrollo del TEPT. En concreto, una mayor preocupación sobre futuros ataques terroristas y la pérdida de confianza en uno mismo correlacionaron positivamente con mayores niveles de TEPT.

Hidalgo y Davidson (2000) señalan, además del género femenino, otros factores de riesgo para el desarrollo del TEPT, como sufrir un trastorno psiquiátrico (por ejemplo, un trastorno obsesivo compulsivo, distimia o trastorno maniaco depresivo), una historia de trastornos conductuales antes de los 15 años, antecedentes psiquiátricos familiares (historia familiar de conducta antisocial y trastornos de ansiedad) y la exposición a ciertos sucesos traumáticos, como el abuso físico en la infancia. Además de estos, el haber sufrido una violación, acoso sexual, un ataque físico o una amenaza con arma serían otros factores de riesgo para el desarrollo del TEPT en mujeres, y la participación en un combate y el abandono en hombres.

De manera más reciente, Breslau (2001) señala que el riesgo de desarrollar un TEPT aumentaría en aquellos sujetos con una historia psiquiátrica, problemas de conducta en la infancia, ciertos rasgos de personalidad (especialmente neuroticismo/extroversión), una historia familiar de trastornos psicológicos y experiencias traumáticas durante la infancia (pérdida parental, privación económica, etc.). En mujeres, los factores asociados a un mayor riesgo de TEPT tras la exposición a un suceso traumático serían la temprana separación de los padres, neuroticismo y una historia psiquiátrica previa. También los antecedentes familiares de trastornos afectivos y ansiosos, psicosis y trastornos de la conducta antisocial incrementarían la vulnerabilidad individual para el desarrollo del TEPT.

### **11.1. FACTORES DE RIESGO DEL TEPT EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA**

En líneas generales, tal y como el propio DSM-IV (APA, 1994) señala, el trastorno de estrés postraumático puede llegar a ser especialmente grave o duradero cuando el agente estresante se prolonga en el tiempo, ocurre en un terreno supuestamente seguro y es obra de otros seres humanos. Además, la probabilidad de desarrollar este trastorno aumenta cuanto más intenso es o más cerca físicamente se halla el agente estresante. En el caso de las víctimas de maltrato no sólo se dan todas estas circunstancias agravantes, sino que más allá de eso, el abusador es o ha sido una persona querida por la víctima, siendo, precisamente, esa cercanía emocional uno de los agravantes más importantes para el TEPT.

Echeburúa (2005) afirma que el carácter intencionado que subyace a la violencia y que la distingue de otros sucesos traumáticos, como los accidentes o las catástrofes naturales, es un agravante del daño psicológico. Añade que ante un suceso provocado deliberadamente las estrategias de afrontamiento serían más escasas en comparación con un suceso negativo de carácter fortuito, frente al que se podrían establecer estrategias basadas en la resignación o en aspectos religiosos para sentirse reconfortado. Si además el acontecimiento traumático provoca heridas físicas concomitantes, como ocurre frecuentemente en las víctimas de violencia

doméstica, la probabilidad de desarrollar un TEPT y la gravedad del mismo aumentan significativamente.

La mayoría de los estudios sobre factores predictores del TEPT en víctimas de violencia doméstica se han centrado en el maltrato físico, concretamente en aspectos como la frecuencia, severidad, proximidad en el tiempo de las últimas agresiones, duración del maltrato y grado de amenaza a la integridad física percibido por la víctima. Algunos de ellos han sido recogidos a continuación.

El estudio que Kemp, Rawlings y Green (1991) llevaron a cabo con 77 mujeres maltratadas de casas de acogida analiza la relación entre las características del maltrato en términos de gravedad (severidad y frecuencia de las agresiones), duración de la relación violenta y malestar experimentado por la víctima y el trastorno de estrés postraumático. Los resultados indicaron que el grado de malestar experimentado durante el maltrato era el factor, que de manera más fuerte, correlacionaba con el desarrollo del trastorno de estrés postraumático. Las características del maltrato en términos de frecuencia y severidad, pero no así de duración, fueron también variables predictoras de la sintomatología postraumática. En un estudio más reciente, Woods (2000) estudió la gravedad del TEPT en un grupo de 160 mujeres maltratadas y encontró que éste correlacionaba significativamente con la severidad y frecuencia de la violencia experimentada y con el riesgo vital que había supuesto para la víctima.

Amor et al. (2002) afirman que el carácter reciente de los episodios violentos está asociado tanto al TEPT como a la sintomatología ansiosa y depresiva que manifiestan las víctimas. En este sentido, las mujeres maltratadas que continuaban conviviendo con el agresor o que se habían separado recientemente mostraban una mayor gravedad de la sintomatología postraumática. Sin embargo, como ya se ha comentado, es frecuente que aún cuando ha finalizado la relación, la mujer maltratada continúe manteniendo contacto con el agresor, durante el proceso de separación o el régimen de visitas a los hijos, siendo el maltrato, que generalmente sigue sufriendo en estos encuentros, un importante agravante de la sintomatología postraumática. Amor et al. (2002) concluyen en su estudio que cuanto más reciente había sido el último episodio de maltrato mayor era la intensidad del trastorno de estrés postraumático, sobre todo si durante el mismo la mujer había sido forzada a establecer relaciones sexuales. La relación entre maltrato sexual y TEPT ha sido estudiada por Bennice, Resick, Mechanic y Astin (2003), encontrando que la violencia doméstica que incluye abuso sexual aumenta la probabilidad de desarrollar este trastorno y correlaciona positivamente con la gravedad del mismo. Una investigación reciente de Dutton, Kaltman, Goodman, Weinfurt y Vankos (2005) nuevamente confirma estos resultados. En el estudio en el que participaron 406 mujeres, Dutton et. al (2005) encontraron una mayor prevalencia del TEPT y depresión en mujeres expuestas a niveles graves de violencia física,

psicológica y sexual en comparación con mujeres expuestas a la misma gravedad de violencia física y psicológica, pero que no habían sufrido malos tratos sexuales.

En cuanto al tipo de maltrato experimentado, es el maltrato psicológico en comparación con el maltrato físico el que guarda más relación con la respuesta traumática, siendo más predictivo del desarrollo del TEPT que la severidad o la frecuencia del daño físico (Arias y Pape, 1999; Arroyo, 2002; Street y Arias, 2001; Taft, Murphy, King, Dedeyn y Musser, 2005). Recientemente Taft, Murphy, King, Dedeyn y Musser (2005) han llevado a cabo una investigación con 96 mujeres maltratadas para estudiar aquellos aspectos del maltrato psicológico que pudieran estar relacionados con el riesgo de TEPT. Encontraron que es el comportamiento denigrante el más fuertemente asociado a la sintomatología postraumática en mujeres maltratadas.

La disponibilidad de redes de apoyo social y familiar en la víctima son también variables significativas en el desarrollo de TEPT (Brewin et al. 2000). En el estudio de Amor et al. (2002) las mujeres que carecían de apoyo social y familiar eran las que presentaban una mayor gravedad psicopatológica, tanto del trastorno de estrés postraumático como de la sintomatología ansiosa y depresiva. En la misma dirección, en el estudio de Taft et al. (2005) encontraron que el aislamiento de la víctima agrava su sensación de indefensión y vulnerabilidad y la sintomatología de TEPT, al impedirle el acceso a las fuentes de apoyo social y de recursos tangibles. Corral (2004) afirma que, además del aislamiento social y familiar de la víctima, la falta de apoyo institucional es otro de los factores que agravarían la sintomatología postraumática.

La permanencia en una casa de acogida y la exposición infantil al maltrato han sido otros factores estudiados por su implicación en el desarrollo del TEPT. Villavicencio y Sebastián (1999b) encontraron en un estudio con 80 mujeres maltratadas que el tiempo de permanencia en el centro de acogida correlacionaba negativamente con el desarrollo de TEPT y la exposición durante la infancia a la violencia en la familia de origen lo hacía de manera positiva. Así pues, la exposición al maltrato en la familia de origen, que tal y como se ha comentado anteriormente, no parece una variable relacionada con victimización en la edad adulta, sí parece estar relacionada con la manifestación de respuestas emocionales menos adaptativas en mujeres víctimas de malos tratos (Villavicencio y Sebastián, 1999a) y, en concreto, con una mayor gravedad del TEPT (Messman-Moore, Long y Siegfried, 2000).

Finalmente, la probabilidad de desarrollar un TEPT y la gravedad del mismo aumenta en aquellas mujeres maltratadas que han sido expuestas a otro tipo de experiencias violentas o con una historia previa de exposición a acontecimientos traumáticos. Por tanto, el impacto de los episodios traumáticos en la salud mental es acumulativo y predispone a las mujeres con una historia previa de exposición a sucesos traumáticos para el desarrollo del trastorno de estrés

postraumático cuando son agredidas por su pareja (Mercy, Butchard, Dahlberg, Zwi y Krug, 2003).

En definitiva, los resultados obtenidos hasta el momento sobre factores predictores del TEPT no son del todo concluyentes. En relación con la violencia, parecen ser el maltrato psicológico, la severidad y frecuencia de los episodios violentos, la cercanía en el tiempo de la última agresión y el haber sido forzada a establecer relaciones sexuales los predictores más fuertes de la respuesta postraumática. La falta de apoyo social y familiar es también un factor significativo en el desarrollo de este cuadro clínico. Sin embargo, son necesarias líneas futuras de investigación que aclaren el papel que podrían estar jugando otros aspectos como la extensión del maltrato a los hijos, la experiencia de violencia durante el embarazo o las amenazas de muerte en el desarrollo del TEPT.

## **11.2. RESUMEN**

No todas las personas expuestas a un acontecimiento traumático desarrollan un TEPT, por lo que cabría pensar en ciertos factores que pudieran estar aumentando la vulnerabilidad para el desarrollo de este cuadro clínico.

Si bien las diferentes investigaciones al respecto no aportan datos concluyentes, parece haber un acuerdo en considerar los factores que operan durante y después del trauma, concretamente, la severidad del acontecimiento, la exposición a nuevos estresantes vitales y, sobre todo, la ausencia de una red social de apoyo o la presencia de un entorno social negativo los más implicados en el desarrollo del TEPT. A destacar que, salvo la intensidad del trauma, son factores que operan después del trauma y, por lo tanto, sobre los que se podría actuar más fácilmente.

En mujeres víctimas de violencia doméstica, la frecuencia y severidad del maltrato, el carácter reciente de las últimas agresiones, el maltrato psicológico, el establecimiento forzado de relaciones sexuales, la ausencia de una red de apoyo social o familiar y la exposición a otro tipo de acontecimientos traumáticos son factores de riesgo en el desarrollo del TEPT.

Muchos han sido los modelos psicológicos que han tratado de explicar la etiología del trastorno de estrés posttraumático. Sin embargo, algunos de ellos ofrecen explicaciones parciales del TEPT, que resultan insuficientes para dar cuenta de la complejidad de esta categoría diagnóstica.

La compleja etiología del trastorno de estrés posttraumático exige modelos capaces de explicar, por un lado, sus tres aspectos nucleares, esto es, los síntomas de reexperimentación, evitación y aumento de la activación y, por otro, la influencia de ciertos factores, como los antecedentes psiquiátricos o estilos de afrontamiento en su desarrollo y mantenimiento. Estos modelos deben incluir, también, la dimensión temporal, que permita explicar tanto el estrés posttraumático crónico como el estrés posttraumático agudo, y deben aportar y justificar la elección de unas determinadas técnicas de intervención.

Este trabajo ha querido hacer un recorrido en la evolución de los modelos teóricos del TEPT, desde los modelos de condicionamiento y modelos cognitivos más básicos, hasta las teorías actualmente más influyentes, como la **Teoría de la Representación Dual** desarrollada por Brewin, Dalgleish y Joseph (1996), una de las más sólidas desde el punto de vista científico en la explicación del TEPT, y modelo teórico utilizado para justificar la intervención terapéutica para víctimas de violencia doméstica con TEPT, que se presenta en la segunda parte de este trabajo.

### 12.1. TEORÍA DEL APRENDIZAJE

Desde esta teoría, se formula una explicación del TEPT sobre la base del condicionamiento clásico y el condicionamiento operante. En este sentido y bajo el prisma del condicionamiento clásico, se sugiere que cualquier situación o estímulo, inicialmente neutro, puede elicitar respuestas de miedo y ansiedad por su asociación con el estímulo traumático. En concreto, el suceso traumático (estímulo incondicionado, EI), elicitador natural de miedo, provocaría en la víctima intensas respuestas de temor y ansiedad (respuestas incondicionadas, RI). Mediante un proceso de condicionamiento por continuidad temporal o física, la infinidad de estímulos neutros presentes durante la ocurrencia del trauma se convertirían en estímulos condicionados (EC), por lo que su presencia evocaría en el individuo respuestas condicionadas de terror y ansiedad (RC). De la misma manera, ciertos estímulos cognitivos, como la narración a un tercero de lo ocurrido, etc. pueden desencadenar estas respuestas de terror y ansiedad.

A través de un proceso de generalización de estímulos y de condicionamiento de orden superior, nuevos estímulos irán adquiriendo la capacidad de suscitar estas reacciones de miedo y ansiedad en las víctimas, lo que explica la generalización de las respuestas de ansiedad a otros estímulos nuevos y la ampliación, por tanto, del número de estímulos (EC) generadores de miedo y ansiedad (RC). Por tanto, desde esta teoría los síntomas de ansiedad son entendidos como una respuesta emocional condicionada.

Los síntomas de evitación conductual y cognitiva de los estímulos relacionados con el trauma y la cronificación de los síntomas del TEPT se explicarían sobre la base del condicionamiento operante. Puesto que la exposición a los recuerdos o estímulos asociados al trauma (EC) genera en el individuo respuestas extremas de miedo y ansiedad (RCE), con su evitación (ya sea conductual o cognitiva) el sujeto lograría reducir su nivel de malestar. Por tanto, el alivio derivado de la no exposición a los recuerdos y estímulos asociados al trauma reforzaría negativamente la evitación. Sería, por tanto, esta falta de exposición lo que impediría la ruptura de la asociación entre estímulos generadores de malestar y las respuestas de miedo y ansiedad, favoreciendo la cronificación de las secuelas del trauma.

Esta teoría ofrece una explicación de los síntomas de ansiedad y evitación, pero no da cuenta de los síntomas de reexperimentación presentes en el TEPT, ni de la constante hiperactivación.

## **12.2. MODELOS COGNITIVOS**

Muchas teorías cognitivas del TEPT proponen que la base de este trastorno sería un fracaso persistente del sistema cognitivo para resolver las discrepancias entre la nueva información asociada al trauma y el contenido de las representaciones mentales preexistentes. El procesamiento satisfactorio de la nueva información relacionada con el trauma ocurre cuando se produce algún cambio en el sistema de creencias previo, que permite su integración. Por el contrario, la incapacidad del sujeto para incorporar la nueva información en su sistema de creencias previo sobre el mundo llevaría a un procesamiento anómalo de la información que provocaría reacciones psicopatológicas como el TEPT.

Si bien son numerosas las teorías cognitivas que intentan explicar el TEPT, Dalgleish (2004) las agrupa en dos tipos: teorías basadas en un único nivel de representación a nivel cognitivo, como la teoría del procesamiento emocional (Foa y Kozak, 1986) o el modelo de Bryant y Harvey (2000) y teorías basadas en dos o más niveles de representación, como el modelo SPAARS de Dalgleish (1999), el modelo de Ehler y Clark (2000) y la teoría de la Representación Dual de Brewin, Dalgleish y Joseph (1996), todas ellas expuestas a continuación.

### 12.2.1 TEORÍA DEL PROCESAMIENTO EMOCIONAL

La teoría del procesamiento emocional, propuesta inicialmente por Foa y Kozak (1986), trata de dar cuenta de las estructuras cognitivas del miedo y, desde esta perspectiva, intenta explicar la reexperimentación de los síntomas presentes en el trastorno de estrés postraumático (Foa, Steketee y Rothbaum, 1989).

Proponen la formación de una red de miedo, una red asociativa en la memoria a largo plazo que contiene tres elementos: información estimular sobre el suceso traumático, información sobre las reacciones fisiológicas, cognitivas y conductuales del individuo durante el suceso traumático e información que asocia los dos tipos de información anteriores. Esta red de miedo patológica que sigue al trauma se distinguiría de las estructuras de miedo normal en que contiene elementos erróneos. Concretamente, las estructuras de miedo patológico reflejan la existencia de una amenaza percibida que no tiene que coincidir necesariamente con la existencia de una amenaza real.

De esta manera, la exposición a un estímulo con significado de amenaza transformaría la estructura mnésica en una estructura de miedo. Este modelo plantea que los síntomas de reexperimentación del TEPT serían el resultado de la activación de uno o más elementos de la red de miedo, tras la exposición a un estímulo externo asociado al trauma. Los síntomas de evitación/embotamiento son considerados como estrategias puestas en marcha por el individuo en un intento de minimizar el riesgo de activación de la red de miedo y, en consecuencia, de la frecuencia de los síntomas de reexperimentación. Para ello, el individuo restringiría los contactos con estímulos externos asociados al trauma.

Por tanto, el miedo intenso y el malestar refuerzan el TEPT, al impedir a la víctima el enfrentamiento prolongado con las situaciones que evocan el trauma. Asimismo, la evitación sistemática, al bloquear el acceso a estas estructuras de miedo y, en consecuencia, impedir la habituación a la ansiedad generada por los estímulos, favorecería la cronificación de los síntomas del TEPT.

Foa y Kozak (1986) proponen que la superación del trauma exige: por un lado, la activación de la red de miedo, que permanece inaccesible y, por el otro, la modificación de la red de miedo y su integración con las estructuras de memoria ya existentes. Para ello, defienden la exposición prolongada al recuerdo traumático como vía de intervención más eficaz. La exposición prolongada en un ambiente seguro provocaría la modificación de las redes de miedo a través de dos procesos: en primer lugar, permite el acceso y la activación de la red de miedo presente en los recuerdos traumáticos; en segundo lugar, supone para el individuo una experiencia correctora, al ofrecer información incompatible con los errores cognitivos procesados (ya que la amenaza percibida por el sujeto no coincide con la existencia de una



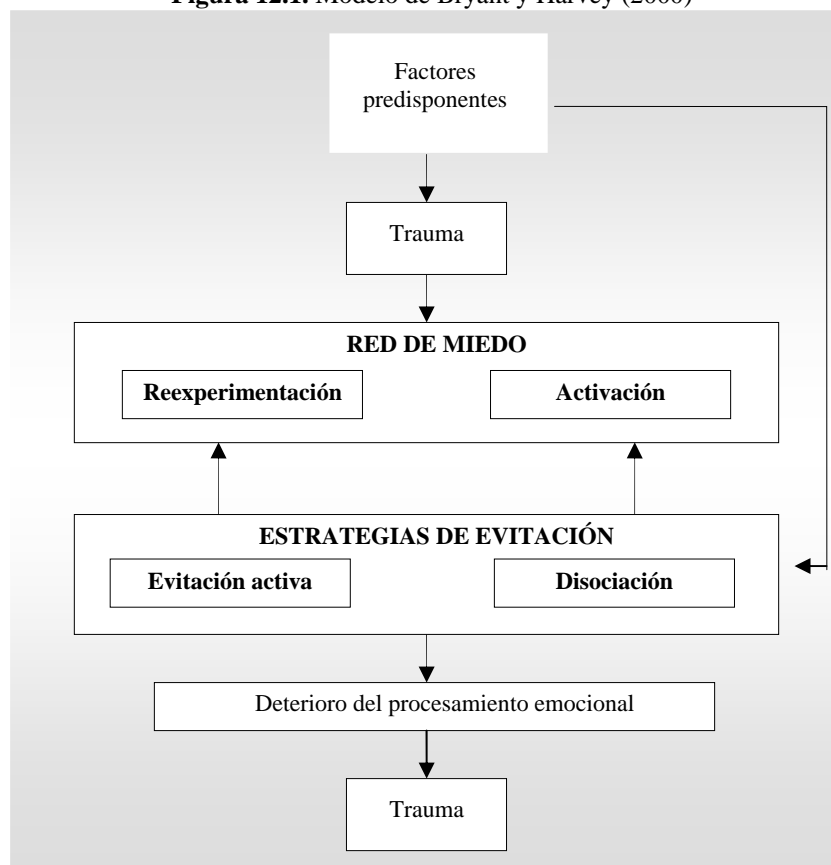
amenaza real). Esta nueva experiencia posibilita llevar a cabo un nuevo procesamiento emocional más organizado de los elementos cognitivos del suceso y su integración con las estructuras de memoria preexistentes. Además, la exposición favorece la habituación al miedo, reduciendo el miedo asociado a determinados estímulos en la memoria traumática, y contrarrestando la creencia de que la ansiedad es permanente.

### 12.2.2 MODELO DE BRYANT Y HARVEY (2000)

El modelo de Bryant y Harvey (2000), uno de los más influyentes actualmente en la conceptualización del TEPT, incluye la dimensión temporal en la reacción traumática, explicando así tanto el estrés agudo como el estrés postraumático crónico.

Estos autores consideran que ciertos factores predisponentes (véase figura 12.1), entre los que se encuentran, los antecedentes psiquiátricos, un alto nivel de activación, estrategias de afrontamiento evitativas, sesgos atencionales e interpretativos distorsionados, un estilo atribucional interno y estable, etc., van a influir en la respuesta de un sujeto a la situación traumática y, en consecuencia, en la posibilidad de desarrollar el TEPT.

**Figura 12.1.** Modelo de Bryant y Harvey (2000)



Tal y como puede observarse en la figura 12.1, la exposición a una situación traumática da lugar a la formación de una red de miedo, que contiene muchas representaciones de la

experiencia traumática. Estos autores sostienen que el nivel elevado de excitación que experimenta el sujeto durante la fase de estrés agudo contribuye a la frecuente activación de la red de miedo, y que el manejo que haga de ésta va a ser determinante en el desarrollo posterior del TEPT.

Así pues, la puesta en marcha de estrategias que impiden la activación de la red de miedo y, en consecuencia, el procesamiento adecuado del material traumático, favorecerá el desarrollo de un TEPT. Ejemplos de estrategias inadecuadas serían la evitación de estímulos que potencialmente podrían activar la red de miedo y favorecer la reexperimentación del suceso traumático, o la disociación, que permitiría un embotamiento o distanciamiento emocional de los estímulos asociados al trauma y, en consecuencia, reduciría los síntomas de hiperactivación.

Por tanto, las estrategias utilizadas en el proceso de afrontamiento del estrés agudo van a jugar un papel crucial en el desarrollo del TEPT. En este sentido, aquellos sujetos que afrontan el acontecimiento traumático, integrando las respuestas de miedo dentro de su funcionamiento psicológico normal, pueden experimentar estrés agudo, que iría remitiendo sin necesidad de desarrollar una TEPT. Por el contrario, la puesta en marcha de estrategias evitativas, aumentaría la probabilidad de que el estrés agudo se cronice, dando lugar al TEPT.

### **12.2.3 TEORÍA DE LOS SISTEMAS REPRESENTACIONALES ESQUEMÁTICO, PROPOSICIONAL, ASOCIATIVO Y ANALÓGICO (SPAARS)**

El modelo SPAARS (Dalglish, 1999) fue originalmente formulado como un modelo de experiencias emocionales normales aplicable al dominio de la psicopatología, incluido el TEPT. Este modelo plantea que serían las emociones las responsables de los cambios cognitivos producidos ante los acontecimientos del medio interno o externo. Concretamente, las emociones serían las herramientas utilizadas por el sistema cognitivo en el afrontamiento de estos acontecimientos. Así pues, si el acontecimiento implica amenaza, la emoción de miedo activada no es sino una reconfiguración del sistema cognitivo que prepara al sujeto para la supervivencia.

Este modelo comprende cuatro niveles o formatos explícitos de representación mental (véase figura 12.2):

El *nivel de representación analógico* almacena la información y la memorias en forma de “imágenes” visuales, olfativas, auditivas, gustativas y propioceptivas.

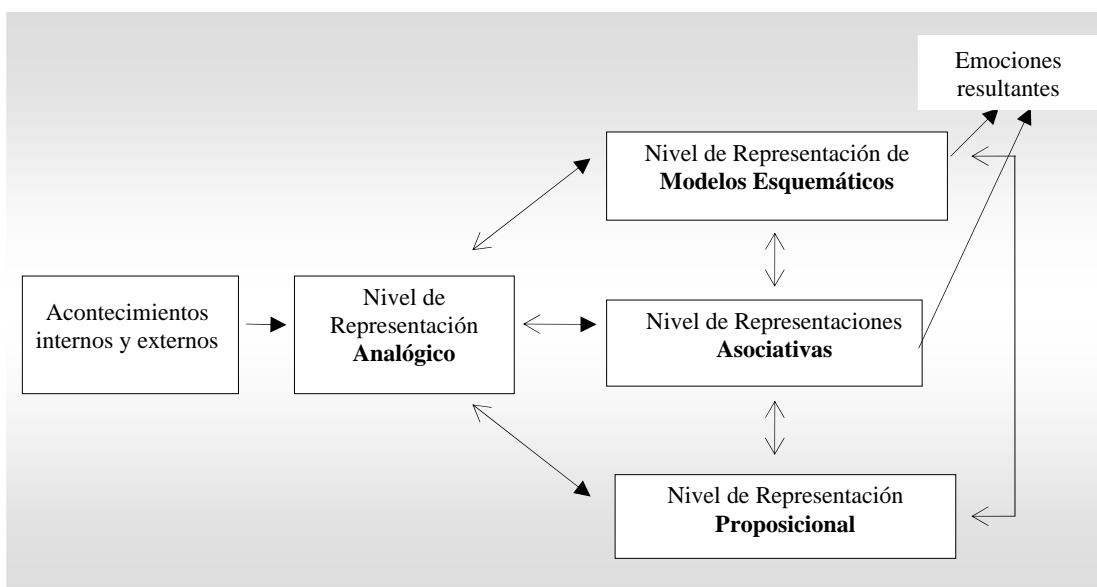
El *nivel de representación proposicional* contiene información recogida de manera verbal, que representa creencias, ideas, objetos y conceptos, así como las relaciones entre ellos. Este nivel es semejante a la VAM planteada por Brewin, Dalglish y Joseph (1996) en su teoría de la Representación Dual.

El *nivel de representación de modelos esquemáticos* es una representación de alto orden, que se sitúa por encima del nivel analógico y proposicional y en la que la información de estos dos últimos niveles puede ser integrada. Este nivel de representación, en general, es similar al concepto de esquema y representa el conocimiento genérico, abstracto. Este nivel otorga al individuo un sentido de sí mismo, de la realidad y su significado, además de guardar relación con la jerarquía de metas del individuo que se utilizan para planear la acción, mantener el sentido de uno mismo y de conexión con la realidad.

El *nivel de representaciones asociativas* es similar a las redes de miedo, en la que están representadas las asociaciones entre acontecimientos y emociones que han ocurrido de manera repetida. Este nivel es el responsable de la generación de las emociones automáticas que no requieren acceso al nivel de representación de modelos esquemáticos.

Desde este modelo, Dalglish (1999) plantea que en la generación de emociones habría dos rutas diferentes. Una ruta controlada, en la que estarían implicados el nivel de representación analógico, proposicional y de modelos esquemáticos. A través de esta ruta, los sucesos y la interpretación de los sucesos serían evaluados en el nivel esquemático de significado con respecto a las metas del individuo. Por ejemplo, la emoción de miedo estaría generada ante una evaluación de amenaza; esto es, cuando en la memoria de trabajo es construido un esquema que representa la posible interrupción futura o no conclusión de una meta valorada. La segunda ruta de generación de emociones sería una ruta automática, a través del nivel de representaciones asociativas. Las emociones automáticas son generadas de tal manera que no surgen de una evaluación de las metas del individuo en el momento de la ocurrencia del suceso, sino más bien en función de respuestas emocionales del sujeto en el pasado, siendo el resultado de relaciones biológicamente determinadas, repetidas o sobreaprendidas.

**Figura 12.2.** Arquitectura básica de la Teoría SPAARS (Dalglish, 1999).



Desde su teoría multirepresentacional, Dagleish (1999) ha propuesto una explicación para la sintomatología del trastorno de estrés postraumático. Este autor señala que tras la ocurrencia de un suceso estresante, la información relacionada con el trauma es evaluada como incompatible y como una señal de amenaza a la configuración de orden superior de los modelos esquemáticos del mundo y de uno mismo, que intentarán asimilarla, pero dada la discrepancia existente, continuarán valorándola como amenazante. Esta evaluación de incompatibilidad y la naturaleza amenazante de la información traumática serían las responsables de la reactivación constante del módulo de miedo y de los síntomas de reexperimentación.

Los síntomas de hiperactivación serían consecuencia, por un lado, del nivel crónico de activación del módulo de miedo, que provoca en el individuo un estado de hipervigilancia y sobresalto permanente. Por otro lado, la no disponibilidad de recursos cognitivos, que estarían siendo utilizados en la evaluación de la información discrepante y no en la mediación de otras emociones, como por ejemplo la irritabilidad, explicaría las reacciones de ira.

Por último, en un intento de controlar la magnitud de los síntomas de reexperimentación, el sujeto desarrollaría mecanismos de protección, que responden básicamente a estrategias evitativas para no exponerse a estímulos evocadores del suceso traumático, esto es, evitar pensar en ello, evitar interacciones sociales, etc.

Dagleish (1999) señala que serían las diferencias en los modelos esquemáticos de sí mismo y del mundo las responsables de las diferencias psicológicas individuales en la reacción a un suceso traumático. Así pues, los individuos con un modelo esquemático supervalorado, con creencias rígidas sobre el mundo y uno mismo (concretamente, creencias de que el mundo es absolutamente seguro y uno mismo invulnerable) encontrarán mucha dificultad para integrar la información relacionada con el trauma con su modelo previo y para modificar este último, por lo que la probabilidad de desarrollar un TEPT será mayor. Por el contrario, aquellos sujetos con un modelo de sí mismo y el mundo flexible, en el que la información incongruente se ha ido adaptando a la ya preexistente, tras la exposición a un suceso traumático experimentarán un periodo inicial de reacciones postraumáticas, que irá remitiendo conforme la nueva información sea integrada en los modelos esquemáticos previos.

Desde este modelo Dagleish (1999) apuesta por la terapia de exposición como intervención en el tratamiento del TEPT. Dos serían los procesos implicados. En primer lugar, la exposición permitiría al individuo revivir el acontecimiento traumático de manera segura en presencia de un terapeuta, favoreciendo la conceptualización del suceso traumático como anómalo e inusual y la construcción de nuevos modelos esquemáticos, en los que la experiencia traumática es contextualizada en un mundo seguro, controlable y predecible. En segundo lugar, la exposición permitiría la extinción en el nivel de representaciones asociativas de las conexiones entre los estímulos relacionados con el trauma y las respuestas de miedo que tienen lugar durante

el proceso de exposición, permitiendo al sujeto la integración de la información traumática en la memoria.

#### 13.2.4 MODELO COGNITIVO DEL TEPT DE EHLERS Y CLARK (2000)

Ehlers y Clark (2000) en un intento de explicar la persistencia de los síntomas de TEPT en un número significativo de sujetos expuestos a un acontecimiento traumático, han desarrollado un modelo cognitivo que, además, proporciona un marco sólido en el diseño del tratamiento cognitivo conductual para este trastorno.

Estos autores sugieren que la respuesta patológica al trauma aumenta cuando el individuo procesa el suceso traumático y/o las secuelas del mismo de tal manera que provocan una sensación de amenaza continua y fuertes reacciones emocionales. Serían dos procesos los que provocarían esta sensación de continua amenaza:

1- *Evaluación negativa del trauma y sus consecuencias.* En este sentido, los autores del modelo señalan que aquellos individuos que, a partir de la exposición a un suceso traumático, generalizan la peligrosidad de la experiencia traumática a un rango amplio de situaciones normales, exageran la probabilidad de ocurrencia de futuros acontecimientos negativos y/o desarrollan cogniciones del tipo “las cosas malas me suceden a mí o yo tengo la culpa de la ocurrencia del suceso” desarrollarían, no sólo una percepción de amenaza constante y respuestas de miedo, sino también conductas de evitación, que mantendrían la sobregeneralización del miedo y contribuirían significativamente a la persistencia de la sintomatología de TEPT. De la misma manera, aquellos individuos que interpretan las reacciones iniciales al trauma, tales como recuerdos intrusivos, *flashbacks*, irritabilidad, cambios en el estado de ánimo, falta de concentración y embotamiento, no como síntomas normales del proceso de recuperación, sino como una amenaza a su salud física y mental, movilizarían estrategias de afrontamiento conductuales y cognitivas disfuncionales, dirigidas a controlar la amenaza y el malestar a corto plazo, impidiendo los cambios a nivel cognitivo y contribuyendo a mantener el TEPT.

2- *Naturaleza de la memoria traumática y su integración con otras memorias autobiográficas.* Ehlers y Clark (2000) consideran que la inadecuada elaboración e integración de la memoria traumática en el contexto espacio temporal en el que ocurre y con el sistema de creencias previo favorece la persistencia del TEPT. Esta inadecuación en la elaboración e integración de la memoria traumática explicaría la dificultad en el recuerdo intencional y en la narración del material traumático, así como su reexperimentación involuntaria ante estímulos y situaciones asociados al trauma. Las fuertes asociaciones estímulo-estímulo y estímulo-respuesta emocional en la memoria traumática hacen que la reexperimentación del suceso y las respuestas emocionales ante estímulos relacionados con el trauma sean altamente probables, lo que contribuye significativamente al mantenimiento del TEPT.

Ehlers y Clark señalan que hay una relación recíproca entre la naturaleza de la memoria traumática y la evaluación del trauma y sus consecuencias. Cuando los individuos con TEPT recuerdan el suceso traumático, su recuerdo está sesgado por la evaluación que hacen del mismo, recuperando selectivamente la información que es consistente con dicha evaluación y no los aspectos del suceso traumático que la contradicen, lo que impide los cambios a nivel cognitivo. Por otro lado, las estrategias disfuncionales que el sujeto pone en marcha para controlar la percepción de amenaza y las reacciones emocionales, por ejemplo, esforzarse por evitar los recuerdos traumáticos, conductas de seguridad frente a la percepción de amenaza etc., mantendrían el TEPT, al impedir los cambios en la evaluación negativa del suceso estresante y sus consecuencias y en la elaboración de la memoria traumática.

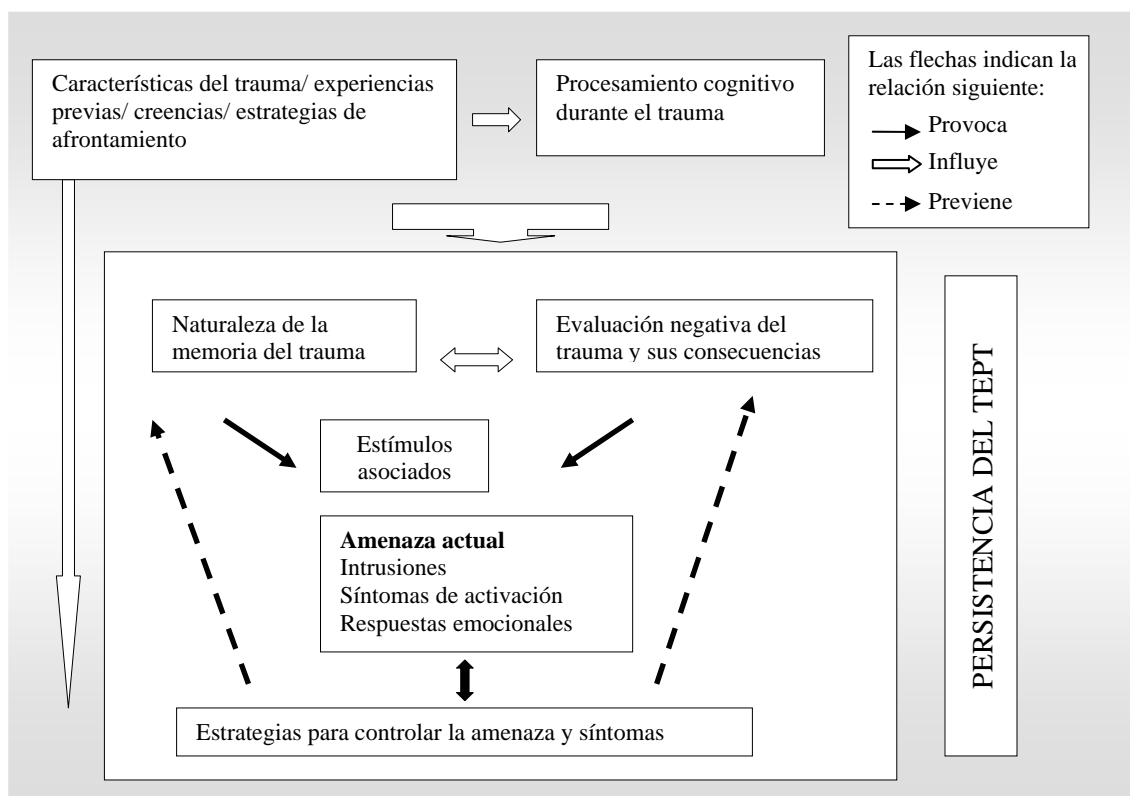
Por otro lado, Ehlers y Clark (2000) afirman que estos dos procesos fundamentales que dan lugar a la percepción de amenaza constante son, asimismo, influenciados por el tipo de procesamiento cognitivo que tiene lugar durante el acontecimiento traumático, además de por otros factores, como las características del trauma, la exposición a otras experiencias estresantes, el sistema de creencias previo y las estrategias de afrontamiento movilizadas durante el trauma.

Respecto al procesamiento cognitivo, estos autores señalan que la percepción en el individuo de pérdida total de la autonomía psicológica durante la ocurrencia del trauma (lo que han denominado “fracaso mental”, y que hace referencia a la percepción del sujeto de su incapacidad para influir en su futuro), correlaciona con TEPT crónico y peor respuesta al tratamiento de exposición. Estos individuos tienen más probabilidad de interpretar el trauma como una corroboración de la visión negativa de sí mismos, por ejemplo, que son incapaces de enfrentar el estrés, que no son personas respetables o que están permanentemente perjudicadas por el trauma. Asimismo, la naturaleza de la memoria traumática depende de la calidad del procesamiento de la información durante el trauma. Ehlers y Clark (2000) diferencian dos tipos de procesamiento, un procesamiento conceptual (procesamiento organizado y contextualizado del significado del trauma), que permite un análisis claro de la información traumática, así como la recuperación intencional de la misma y su integración con la memoria autobiográfica, y un procesamiento predominantemente sensorial, que daría lugar a un análisis desorganizado y sobrecargado de impresiones sensoriales, que dificultaría el recuerdo intencional de la información traumática, pero que sería activada ante estímulos asociados al trauma. Estos autores concluyen que la desorganización y fragmentación de las memorias traumáticas como consecuencia, no sólo de un procesamiento predominantemente sensorial, sino también por la presencia de síntomas de disociación durante el trauma son predictores de la sintomatología de TEPT.

Finalmente, Ehlers y Clark (2000) proponen que el procesamiento cognitivo durante el trauma depende de otros factores como la duración e incontrolabilidad del acontecimiento

estresante, la exposición previa a sucesos traumáticos, cogniciones negativas sobre uno mismo, un bajo nivel intelectual, problemas de abuso de alcohol, un nivel alto de activación y miedo, entre otros, que interferirían en el procesamiento conceptual y organizado de la situación traumática. Estos factores afectarían también a la evaluación que el individuo lleva a cabo del trauma y sus secuelas. En este sentido, un individuo podría generalizar la incontrolabilidad del suceso traumático a otras áreas de su vida, interpretar la revictimización como una confirmación de cogniciones del tipo “todo lo malo me sucede a mí” o como una confirmación de las cogniciones negativas sobre uno mismo. El sistema de creencias y las experiencias traumáticas previas también influirían, según Ehlers y Clark, en el tipo de estrategias de afrontamiento movilizadas para el control de los síntomas de TEPT.

**Figura 12.3.** Modelo cognitivo del TEPT de Ehler y Clark (2000).



El modelo de Ehlers y Clark (2000) ofrece dos explicaciones del TEPT de comienzo demorado. En general, estos autores asumen que el comienzo demorado del trastorno ocurre cuando el sujeto es nuevamente expuesto a un suceso que aumenta el significado amenazante del trauma original o sus consecuencias, o cuando algunos de los estímulos asociados de manera particularmente potente al trauma no están disponibles hasta algún tiempo después.

Desde el punto de vista de la intervención este modelo sugiere que la superación del TEPT requiere cambios en tres áreas: 1- Elaborar la memoria traumática y su integración con las memorias autobiográficas previas; 2- Modificar la evaluación negativa del trauma y sus

consecuencias que mantienen la sensación permanente de amenaza y 3- Eliminar las estrategias disfuncionales que impiden la elaboración de la memoria traumática. Para ello Ehlers y Clark (2000) defienden un tratamiento cognitivo conductual basado en la exposición en imaginación a la memoria traumática en un ambiente seguro y en la identificación y discusión cognitiva de los pensamientos y creencias asociadas al trauma, mediante técnicas de reestructuración cognitiva.

### 12.2.5 TEORÍA DE LA REPRESENTACIÓN DUAL

Brewin, Dalgleish y Joseph (1996) desarrollaron la Teoría de la Representación Dual con el objeto de analizar los procesos de memoria implicados en el TEPT. Esta teoría establece un sistema de memoria múltiple, en el que se identifican dos tipos de representación y almacenaje de la información relacionada con el trauma que explicarían los síntomas del TEPT. Concretamente, explicarían la intrusión-evitación de pensamientos relacionados con el trauma y la reexperimentación del trauma en forma de *flashbacks*.

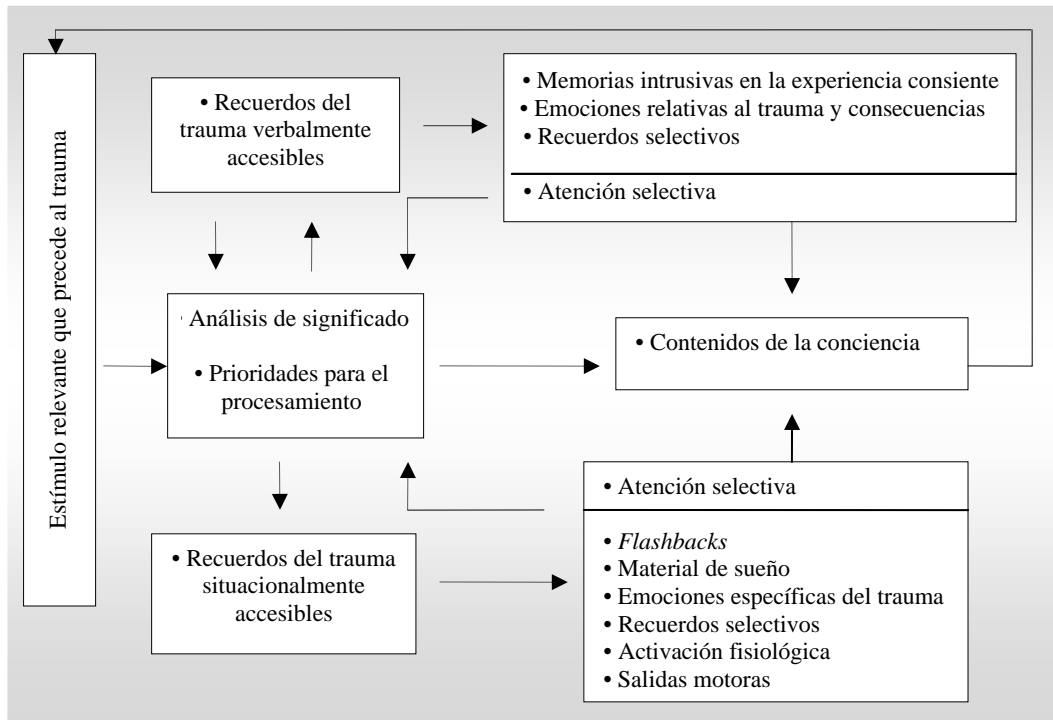
El primer nivel de representación consiste en la *memoria verbalmente accesible (VAM)*, que contiene información con una alta precisión de análisis sobre la experiencia consciente del individuo acerca del suceso traumático y que puede ser voluntariamente recuperada. Sólo puede recoger una parte de la información, la que cabe en nuestro campo atencional. Si bien los recuerdos representados en este nivel pueden incluir muchos detalles de la situación traumática, es frecuente que estos recuerdos sean altamente selectivos, debido a que el alto nivel de ansiedad experimentado durante el acontecimiento traumático aumenta la selectividad atencional del sujeto e interfiere en la capacidad de la memoria a corto plazo. Este nivel de representación incluye información sobre algunas características sensoriales de la situación, las reacciones emocionales y fisiológicas experimentadas, así como el significado atribuido por el sujeto a la experiencia traumática.

El segundo nivel de representación consiste en la *memoria situacionalmente accesible (SAM)*, que se relaciona con los *flashbacks* y en la que se recoge, con escasa precisión de análisis, todo tipo de información presente durante el trauma. Es una información obtenida de un procesamiento automático, no consciente de la situación traumática, realizado a nivel perceptivo, que incluye recuerdos con connotación afectiva no accesibles deliberadamente ni recuperables a nivel verbal, pero que se activan automáticamente ante cualquier estímulo, ya sea interno o externo, similar en cuanto a sus características físicas o su significado a la situación traumática. Las memorias se representan en este nivel en forma de códigos analógicos que permiten que la experiencia original vuelva a ser recreada en forma de pesadillas o *flashbacks*, provocando intensas respuestas emocionales en el individuo. Estos códigos serían parte de una representación global del suceso traumático que incluye información estimular, información de significado e información sobre el estado de conciencia de la persona en la situación traumática. La persona



únicamente llega a ser consciente de estas representaciones cuando experimenta síntomas, como la activación emocional, impulsos a nivel motor, imágenes intrusivas espontáneas o estados disociativos de conciencia. Este nivel de representación organiza una respuesta inmediata para la supervivencia. La figura 12.4 ofrece la representación gráfica de este modelo.

**Figura 12.4.** Teoría de la Representación Dual de Brewin et al. (1996).



Brewin et al. (1996) para dar cuenta del desarrollo del TEPT señalan como en el momento del trauma ambas representaciones, la verbal y la situacionalmente accesible son codificadas en paralelo. Estos autores explican el procesamiento de la información en la VAM y SAM durante la exposición al acontecimiento traumático haciendo referencia a dos estructuras neuronales implicadas en situaciones de estrés, el hipocampo y la amígdala, respectivamente, y más en concreto, a su funcionamiento cognitivo bajo condiciones altamente estresantes. Así pues, el funcionamiento del hipocampo se inhibe en situaciones de alta carga emocional, por tanto, el elevado nivel de estrés experimentado durante el trauma impediría el almacenamiento de la información en el hipocampo y el procesamiento de la VAM, justificando la aparición de lagunas en la memoria autobiográfica del trauma. Por el contrario, bajo condiciones altamente estresantes y en ausencia de un procesamiento de la información por parte del hipocampo, aumenta la probabilidad de activación de la amígdala, favoreciendo una codificación del trauma a nivel de la SAM y dando lugar a la formación de fuertes respuestas condicionadas y *flashbacks*.

No obstante, tras el suceso traumático se puede producir una transferencia de información desde la SAM a la VAM y su integración en las estructuras preexistentes, permitiendo un reprocesamiento verbal de los *flashbacks* y la construcción de sus correspondientes memorias autobiográficas, lo que conllevaría su desaparición. Pero en individuos con TEPT se produce un fallo en este proceso de transferencia, debido principalmente a la evitación de aquellos estímulos relacionados con el trauma y de los *flashback* (Brewin, 2001). En consecuencia, no se produce el reprocesamiento verbal de las memorias situacionalmente accesibles.

Desde el punto de vista de la intervención en el TEPT, Brewin et al. (1996) recomiendan en primer lugar que los sujetos reevalúen e integren de manera consciente la información acerca del trauma contenida en la memoria verbalmente accesible con su esquemas mentales previos sobre el mundo y sí mismos, con el objeto de reducir las reacciones emocionales secundarias generadas por la experiencia traumática, esto es, la culpa, la desesperanza o la indefensión, y conseguir así hacer juicios apropiados sobre sí mismo y el mundo. En segundo lugar, activar las memorias del trauma de la SAM, a través de la exposición a los estímulos asociados al trauma, y favorecer así su recodificación por la VAM.

Por lo tanto, la intervención debería involucrar ambos niveles de representación del trauma y favorecer la transferencia de la información desde la memoria situacional a la verbalmente accesible. En este sentido, es necesario aplicar, en primer lugar, técnicas cognitivas dirigidas a reevaluar las reacciones emocionales secundarias, como la culpa, la desesperanza o la indefensión, fruto de la evaluación que de manera consciente ha llevado a cabo el sujeto del suceso traumático. En segundo lugar, técnicas de exposición a las memorias traumáticas para la extinción de las respuestas emocionales condicionadas, principalmente la respuesta de miedo, y lograr su procesamiento a nivel verbal. Brewin et al. (1996) consideran conveniente anteponer el tratamiento cognitivo al tratamiento de exposición, ya que la activación de las reacciones emocionales secundarias durante la exposición podría interferir en la habituación a las respuestas de miedo, e incluso en su procesamiento a nivel verbal. Asimismo recomiendan centrar la exposición en las lagunas de la memoria autobiográfica del trauma, pero siempre evitando que los niveles excesivos de activación pudieran volver a impedir su transferencia a la memoria verbalmente accesible, tal y como sucedió durante el suceso traumático (Brewin, 2001).

### **12.3. RESUMEN Y CONSIDERACIONES A LOS MODELOS**

Desde los comienzos de la investigación del TEPT hasta la actualidad se ha producido una evolución en los modelos explicativos que han intentado dar cuenta de la etiología de esta categoría diagnóstica.

Los primeros planteamientos sistemáticos explicativos del TEPT fueron modelos puramente conductuales, que basándose en los principios del condicionamiento, trataban de explicar las intensas respuestas de miedo y las conductas de evitación. Así pues, la teoría del aprendizaje, basada en los planteamientos S-R, considera que la respuesta de miedo se produce por condicionamiento clásico y se mantiene mediante reforzamiento negativo de la conducta de evitación. Sin embargo, el desarrollo y el mantenimiento de los síntomas de reexperimentación, especialmente los recuerdos recurrentes del trauma, quedan incomprendidos desde este modelo.

Frente a la parcialidad de las explicaciones que ofrecían los modelos conductuales, las teorías de corte cognitivo intentan explicar los tres grupos de síntomas que caracterizan el TEPT. La teoría del procesamiento emocional de Foa y Kozak (1986), que supone que el TEPT es una consecuencia de una disfunción en el procesamiento cognitivo del trauma, propone la existencia de unos circuitos de memoria relacionados con el miedo, que contendrían la información del trauma, en concreto, la estimulación relacionada con el trauma, las respuestas cognitivas, emocionales y motoras del sujeto durante el suceso traumático y el significado de los estímulos del trauma y de las respuestas consecuentes. Así pues, cualquier estímulo asociado al trauma activaría uno o más elementos de la red de miedo, dando lugar a los síntomas de reexperimentación. En un intento de prevenir esta activación de los recuerdos traumáticos y, en consecuencia, las respuestas de ansiedad el individuo pondría en marcha estrategias de evitación.

A pesar de la mayor riqueza explicativa del modelo de Foa y Kozak (1986) respecto a los modelos conductuales, la conceptualización que hace del TEPT es demasiado simplista, al contemplar un único formato de representación mental, en el que toda la información es representada en forma proposicional. Dalgleish (2004) señala que el modelo de Foa y Kozak (1986) no explica con claridad la existencia de estructuras de significado y el modo en que la información traumática se integra en esas estructuras, ni la influencia de ciertos factores de riesgo pretrauma en el desarrollo del TEPT.

Si bien, el modelo de Bryant y Harvey (2000) también contempla un único nivel de representación en su conceptualización del TEPT, tiene en cuenta el papel que juegan ciertos factores predisponentes, como los antecedentes psiquiátricos, sesgos atencionales e interpretativos distorsionados, estilos atribucionales, etc. en la respuesta de un sujeto a la situación traumática. Estos autores plantean que el tipo de estrategias utilizadas por el individuo para afrontar la respuesta de miedo generada por el suceso traumático va a ser determinante en el desarrollo del TEPT, y que la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento adaptativas o desadaptativas va a depender en gran medida de los factores predisponentes. Asimismo, el modelo de Bryant y Harvey (2000) resulta muy interesante ya que tiene en cuenta la reacción traumática de los individuos en un sentido temporal, explicando así tanto el estrés agudo como el estrés postraumático crónico (Miguel-Tobal, González y López, 2000).

En la actualidad son los modelos denominados multirepresentacionales los más influyentes, desde el punto de vista científico, en la conceptualización del TEPT, al tener un mayor poder explicatorio de la complejidad de este trastorno (Dalglish, 2004). Tres han sido los modelos revisados, el Modelo SPAARS de Dalglish (1999), la Teoría de la Representación Dual de Brewin et al. (1996) y el Modelo Cognitivo de Ehlers y Clark (2000), más centrado en cómo los estímulos son procesados durante el trauma que en como son representados en la memoria. Todos ellos ofrecen explicaciones coherentes de los tres grupos de síntomas del TEPT, dan cuenta de las diferencias individuales en la reacción a un acontecimiento traumático, contemplan la influencia de ciertos factores, que anteceden o tienen lugar tras el trauma, en la respuesta de un sujeto a la situación traumática y finalmente, ofrecen indicaciones concretas para el tratamiento del TEPT, congruentes con la perspectiva etiológica que defienden de este trastorno. De todas ellas, la Teoría de la Representación Dual planteada por Brewin et al. (1996) supone un importante avance respecto a los otros modelos, al integrar conocimientos de la neurobiología en su explicación del procesamiento de las situaciones traumáticas. Además, las aportaciones que hace esta teoría en el tratamiento del TEPT resultan fundamentales desde el punto clínico.

No obstante y sin menospreciar la aportación de cada uno de los modelos en la comprensión del TEPT, parece haber una falta de congruencia entre la complejidad del TEPT y los modelos propuestos para dar cuenta de la etiología y de la constelación de síntomas que caracterizan esta categoría diagnóstica. Asimismo, parece haber todavía un importante desfase entre el avance de la investigación científica en materia de tratamiento y el conocimiento depurado de la etiología de este trastorno.



Las investigaciones sobre los tratamientos psicosociales para el trastorno de estrés posttraumático han dado un gran apoyo empírico a las intervenciones de corte cognitivo conductual. Los procedimientos aplicados en el tratamiento del TEPT han sido fundamentalmente la *terapia de exposición*, en concreto, la exposición prolongada, en la que el paciente debe enfrentarse a las situaciones temidas o a las imágenes de éstas sin escapar de ellas, los *procedimientos de manejo de ansiedad*, en los que se enseña a la persona una serie de habilidades para hacer frente a la ansiedad en la vida cotidiana, y la *terapia cognitiva*.

El informe de la División 12 del APA señala como tratamiento probablemente eficaz en el tratamiento del TEPT la terapia de exposición, el entrenamiento en inoculación de estrés y la terapia de reprocesamiento y desensibilización por movimientos oculares (Chambless y Ollendick, 2001).

Son escasos los estudios clínicos rigurosamente controlados que aporten resultados consistentes sobre la eficacia empírica de los tratamientos para el TEPT. Muchas de ellos adolecen de importantes problemas metodológicos que debilitan la fuerza de las conclusiones. El equipo de investigación de Foa señala siete requisitos fundamentales, exigibles a los estudios clínicos para ser considerados metodológicamente válidos (Foa y Meadows, 1997; Foa, Keane y Friedman, 2000). Estos requisitos serían:

1. Síntomas diana bien definidos. Se debe determinar y definir claramente el síntoma o síndrome diana, para que puedan emplearse medidas apropiadas que permitan valorar la mejoría. Es importante, también, una clara especificación de los criterios de inclusión y exclusión para la participación en el estudio.

2. Utilización de instrumentos fiables y válidos desde el punto de vista psicométrico.

3. Utilización de evaluadores “ciegos”. Este requisito implica dos procedimientos distintos. Por un lado, que el evaluador y el sujeto que administra el tratamiento sean dos personas distintas. Por otro, que los participantes en el estudio sean instruidos para no revelar su estado de tratamiento durante la evaluación, con el objeto de no sesgar las puntuaciones del examinador.

4. Formación de los evaluadores en el proceso de evaluación. Es importante garantizar la fiabilidad inter-examinador y controlar los procedimientos de valoración, para eliminar el sesgo inherente al evaluador.

5. Utilización de programas de tratamiento documentados, replicables y específicos. Es fundamental que el tratamiento elegido haya sido diseñado específicamente para abordar el

problema objetivo, definido por los criterios de inclusión. Asimismo, en los estudios de eficacia es necesario disponer de manuales detallados de tratamiento que permitan replicar la intervención, así como determinar hasta qué punto es generalizable a otras poblaciones.

6. Asignación no sesgada al tratamiento. Los participantes deben ser asignados de manera aleatoria o a través de un planteamiento de muestreo estratificado a una de las modalidades de tratamiento. Además, es necesario que las modalidades de tratamiento sean aplicadas por un mínimo de dos personas. Todo ello con el objeto de poder discriminar entre el efecto del tratamiento y el efecto de factores externos o el efecto de los terapeutas.

7. Utilización de puntuaciones de observancia. Este criterio es fundamental para determinar si los tratamientos se han llevado a cabo tal y como estaba planificado y si los componentes de una modalidad terapéutica se han inmiscuido en otra.

En la misma línea, Labrador, Echeburúa y Becoña (2000) recogen los criterios fundamentales que deben cumplir los estudios que evalúan la eficacia de los tratamientos psicológicos y que dicta la División de Psicología Clínica de la Asociación Psicológica Americana. Estos criterios serían:

- Asignación aleatoria de los sujetos a las condiciones experimentales y a la condición de control y un mínimo de 30 participantes en cada una de ellas.
- Evaluación precisa de los participantes, de acuerdo a criterios diagnósticos operativos, según el DSM-IV.
- Aplicación de medidas de evaluación múltiple.
- Utilización de evaluadores “ciegos” respecto al grupo de tratamiento asignado al paciente evaluado.
- Tratamientos claramente descritos y protocolizados.
- Exclusión de pacientes con trastornos múltiples.
- Fijación de un número determinado de sesiones de tratamiento.
- Seguimiento a largo plazo de los participantes, a través de una completa batería de instrumentos de evaluación.

Asimismo, la *Agency for Health Care Policy and Reserach* (AHCPR) establece una clasificación de los diferentes niveles de evidencia y de fuerza de las conclusiones sobre la eficacia de los tratamientos para el TEPT, en función de si éstas están basadas o no en estudios clínicos rigurosamente diseñados (Foa, Keane y Friedman, 2000). Esta clasificación está compuesta de seis categorías:

Nivel A: La evidencia se basa en ensayos clínicos aleatorios y bien controlados sobre individuos con TEPT.

Nivel B: La evidencia se basa en ensayos clínicos bien diseñados, sin distribución

aleatoria o comparación con placebo sobre individuos con TEPT.

Nivel C: La evidencia se basa en ensayos clínicos naturalistas y de servicios, combinados con observaciones clínicas, lo suficientemente convincentes para justificar el uso de la técnica de tratamiento o seguir la recomendación específica.

Nivel D: La evidencia se basa en prácticas clínicas duraderas y generalizadas para el TEPT que no se han sometido a pruebas empíricas.

Nivel E: La evidencia se basa en prácticas duraderas para el TEPT, a cargo de grupos restringidos de clínicos, que no se han sometido a pruebas empíricas.

Nivel F: La evidencia se basa en tratamientos recién desarrollados para el TEPT, que no se han sometidos a pruebas clínicas ni empíricas.

En la revisión de los estudios sobre la eficacia de los tratamientos para el TEPT, que a continuación se presenta, han sido seleccionados aquellos mejor controlados al satisfacer un mayor número de los criterios de referencia para los estudios clínicos de resultado (Foa y Meadows, 1997; Foa, Keane y Friedman, 2000; Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000) y con puntuaciones de Nivel A según la AHCPR, principalmente.

## **13.1 TRATAMIENTOS UNICOMPONENTE**

### **13.1.1 TERAPIA DE EXPOSICIÓN**

La terapia de exposición es el tratamiento que cuenta con un mayor número de estudios controlados dirigidos a evaluar su eficacia. La mayoría de estos estudios han aplicado el procedimiento de exposición en imaginación a las memorias traumáticas (revivenciación del trauma), ya que así lo imponen tanto razones éticas como aquellas derivadas de la naturaleza conceptual propia del trastorno (por ejemplo, la sintomatología postraumática desarrollada por una violación o desastre natural) (Báguena, 2001).

Existe un importante debate acerca de los procesos de cambio que tienen lugar durante la exposición y que explicarían su beneficio terapéutico. En este sentido, Harvey, Bryant y Tarrrier (2003) recogen que la exposición favorecería la habituación a la hiperactivación fisiológica generada por la memoria traumática, mientras el individuo permanece cerca de los recuerdos temidos, corregiría la creencia errónea de que la evitación es efectiva en el control de la ansiedad, impediría el reforzamiento negativo de la evitación asociado a la reducción del miedo, ofrecería información correctora incompatible con la existente en la memoria traumática y finalmente, ayudaría a situar el acontecimiento traumático como un suceso aislado en el tiempo y no como un indicador de amenaza constante y, por tanto, a aumentar el autocontrol a través del manejo de los ejercicios de exposición.



Keane, Fairbank, Caddell y Zimering (1989) llevaron a cabo uno de los primeros estudios metodológicamente rigurosos para evaluar la eficacia de la terapia de exposición en el tratamiento del TEPT. La muestra estuvo constituida por 24 combatientes del Vietnam con diagnóstico de TEPT según criterios DSM-III, que fueron aleatoriamente asignados a un grupo de tratamiento (11 soldados) o a un grupo control en lista de espera (13 soldados). La modalidad activa de tratamiento tenía una duración de 14-16 sesiones, de 45 a 90 minutos cada una. Incluía exposición en imaginación y entrenamiento en relajación. La eficacia de la intervención fue juzgada de acuerdo con las puntuaciones obtenidas al postratamiento y en el seguimiento a 6 meses en una lista de síntomas del TEPT, así como en una serie de medidas de autoinforme de ansiedad y depresión. En el postratamiento y en el seguimiento a 6 meses los participantes asignados a terapia de exposición mostraron una mejoría significativa en comparación con los del grupo control en lista de espera en síntomas de reexperimentación de TEPT, depresión y ansiedad. Además, los terapeutas informaron que los participantes del grupo de exposición habían mejorado en concentración, recuerdos amedrantadores, impulsividad e irritabilidad.

Dos estudios muy bien controlados evaluaron la eficacia de la terapia de exposición en mujeres víctimas de agresión sexual (Foa, Rothbaum, Riggs y Murdock, 1991; Foa et al., 1999a). En el primer estudio compararon cuatro condiciones experimentales: 1- exposición prolongada a los recuerdos traumáticos, 2- entrenamiento en inoculación de estrés (EIE) (que incluía, psicoeducación, entrenamiento en respiración y relajación muscular, parada de pensamiento, reestructuración cognitiva, modelado y *role playing*, pero no incluía el componente de exposición conductual), 3- asesoramiento de apoyo centrado en solución de problemas diarios y 4- grupo de control en lista de espera. Participaron 45 víctimas de agresión sexual con TEPT, que fueron aleatoriamente asignadas a una de las cuatro condiciones de tratamiento. La intervención, llevada a cabo por una terapeuta mujer, fue aplicada en modalidad individual y constó de 9 sesiones de hora y media de duración, con una frecuencia de una o dos sesiones semanales (el tratamiento se prolongó durante 4 ó 5 semanas). Se incluyeron evaluaciones ciegas al postratamiento y a los tres meses de seguimiento. Al postratamiento las participantes que recibieron entrenamiento en inoculación de estrés redujeron en un 55% los síntomas de TEPT frente a una reducción del 40% en las asignadas a exposición y un 26% en las asignadas a asesoramiento de apoyo (estas últimas únicamente mejoraron los síntomas de hiperactivación, no los de reexperimentación y evitación). Por tanto, los resultados de este estudio mostraron que al postratamiento el entrenamiento en inoculación de estrés (EIE) fue más eficaz que el asesoramiento de apoyo y la lista de espera, y ligeramente mejor que la terapia de exposición en la reducción de sintomatología postraumática (pero no en la sintomatología ansiosa y depresiva, en donde no se encontraron diferencias significativas entre

los cuatro grupos). Sin embargo, en el seguimiento a los tres meses la terapia de exposición se mostró ligeramente más eficaz que el entrenamiento en inoculación de estrés en la mejora de la sintomatología postraumática. Concretamente, el 55% de las pacientes del grupo de exposición, el 50% de las del grupo de inoculación de estrés y el 45% de las del grupo de terapia de apoyo dejaron de cumplir los criterios de TEPT. Esta mejora afectó a los tres grupos de síntomas, en contraste a los resultados del estudio de Keane et al. (1989) en el que únicamente encontraron mejoría en dos grupos de síntomas, en concreto, en reexperimentación e hiperactivación.

A la luz de los resultados de su estudio, Foa et al. (1991) sugieren que habría dos mecanismos distintos en el funcionamiento de la terapia de exposición y del EIE, que estarían explicando las diferencias encontradas. Por un lado, el entrenamiento en inoculación de estrés, al estar orientado al manejo de la ansiedad, provocaría un alivio rápido pero transitorio de la sintomatología, mostrándose más eficaz a corto plazo que la exposición; sin embargo, la exposición provocaría cambios más permanentes al activar y permitir el procesamiento emocional del suceso traumático. Por lo tanto, superado el malestar inicial derivado de la exposición, esta técnica se mostraría más eficaz a largo plazo, al funcionar como una estrategia efectiva de afrontamiento.

En un estudio posterior, Foa et al. (1999a) compararon la exposición, el entrenamiento en inoculación de estrés y la aplicación combinada de exposición y EIE con un grupo control de lista de espera en el tratamiento del TEPT crónico. La terapia de exposición incluía psicoeducación sobre las reacciones habituales al trauma, entrenamiento en respiración, exposición repetida y prolongada al recuerdo del trauma (45-60 minutos de duración) y exposición en vivo a las situaciones evitadas. Los componentes del entrenamiento en inoculación de estrés fueron: información sobre las reacciones habituales al trauma, entrenamiento en respiración y relajación, parada de pensamiento, reestructuración cognitiva, modelado encubierto, autoinstrucciones positivas y *role playing*. La combinación de terapia de exposición y entrenamiento en inoculación de estrés incluía psicoeducación, exposición en imaginación (30-45 minutos de duración), exposición en vivo y entrenamiento en las mismas habilidades de afrontamiento que en la condición de entrenamiento en inoculación de estrés. La muestra estuvo compuesta por 96 mujeres víctimas de agresión sexual y no sexual con diagnóstico de TEPT crónico, que fueron asignadas aleatoriamente a uno de los cuatro grupos experimentales. El efecto del tratamiento fue evaluado en la sintomatología de TEPT, en la sintomatología ansiosa y depresiva y en un índice general de ajuste social. Los resultados del estudio no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre las tres modalidades de tratamiento en la reducción de la severidad del TEPT y de la depresión, ni al postratamiento, ni en los seguimientos a los tres, seis y doce meses. Concretamente, al postratamiento el 65% de las participantes que habían recibido terapia de exposición, el 58% de las que habían recibido

EIE y el 54% de las mujeres del grupo de tratamiento combinado ya no cumplían criterios diagnósticos de TEPT en comparación con el 100% de las participantes en lista de espera que sí los cumplían. En un seguimiento a seis meses, únicamente el 26% de las participantes asignadas a terapia de exposición, el 29% de las asignadas a entrenamiento en inoculación de estrés y el 50% de las que recibieron la terapia combinada mantenían el diagnóstico de TEPT. Si bien ninguna de estas diferencias resultó estadísticamente significativa, la terapia de exposición se mostró superior a las otras dos modalidades en la mejora del nivel de ansiedad y ajuste social, tanto al postratamiento como en el seguimiento. En contra de lo que los autores previamente habían hipotetizado, la combinación de exposición prolongada y EIE no resultó más eficaz que la aplicación en solitario de cada una de estas técnicas. Por un lado, sugieren que la escasa cantidad de exposición que recibieron las participantes de la modalidad combinada en comparación con aquéllas que únicamente recibieron terapia de exposición podría explicar que la modalidad combinada no resultara superior a la exposición prolongada. Por otro lado, Foa et al. (1999a) señalan que el tratamiento combinado, dado que incluía el doble de tareas asignadas para casa que la terapia de exposición y el entrenamiento en inoculación de estrés, podría haber resultado demasiado exigente para las participantes, atenuando su potencial superioridad.

Foa y Rauch (2004) han llevado a cabo un estudio para comparar la eficacia diferencial de la terapia de exposición, la combinación de terapia de exposición y reestructuración cognitiva y un grupo control en lista de espera en la reducción de las cogniciones postraumáticas asociadas al TEPT. En el estudio participaron 54 mujeres víctimas de una agresión sexual o no sexual en la edad adulta o una agresión sexual en la infancia, que fueron aleatoriamente asignadas a una de las tres condiciones experimentales. Para la evaluación de las cogniciones postraumáticas se aplicó el Inventario de Cogniciones Postraumáticas de Foa, Ehler, Clark, Tolin y Orsillo (1999b), que contiene tres subescalas referidas a pensamientos distorsionados sobre el mundo, uno mismo y de autoinculpación. El tratamiento se llevó a cabo en modalidad individual y tuvo una duración de nueve sesiones. Aquellas mujeres que al final de la octava sesión no habían reducido en un 70% su sintomatología, recibieron tres sesiones adicionales de tratamiento. Los resultados mostraron que tanto las participantes asignadas a terapia de exposición como a la combinación de terapia de exposición y reestructuración cognitiva redujeron de manera significativa las cogniciones postraumáticas asociadas al TEPT en comparación con las asignadas al grupo control en lista de espera. Concretamente, el 72% de las participantes mostraron una reducción significativa de las cogniciones postraumáticas al postratamiento que se mantuvo en el seguimiento a los 12 meses, sin que se encontraran diferencias entre ambas modalidades activas de tratamiento. Por otro lado, tal y como los autores del estudio esperaban, la mejora en las cogniciones negativas

correlacionó significativamente con una mejora en la sintomatología de TEPT. Foa y Rauch (2004) concluyen de su estudio que la terapia de exposición es eficaz en la modificación de las cogniciones postraumáticas asociadas al TEPT y que la aplicación de terapia cognitiva junto a la exposición no aumenta la eficacia de esta última.

De manera más reciente, Foa et al. (2005) han estudiado la eficacia diferencial de la terapia de exposición aplicada en solitario y en combinación con reestructuración cognitiva en el tratamiento del TEPT. Participaron 179 víctimas de una agresión en la edad adulta o violación en la infancia, que fueron aleatoriamente asignadas a terapia de exposición (N=79), combinación de terapia de exposición y terapia cognitiva (N=74) o grupo control en lista de espera (N=26). El tratamiento fue aplicado en modalidad individual y tuvo una duración de nueve sesiones de periodicidad semanal. Aquellas mujeres que al final de la octava sesión no habían reducido en un 70% su sintomatología postraumática recibieron entre una y tres sesiones más de tratamiento. De manera congruente con los resultados del estudio anterior, tanto la exposición como la combinación de terapia de exposición y reestructuración cognitiva fueron superiores al grupo control en lista de espera en la reducción de la sintomatología de TEPT y sintomatología depresiva y en la mejora del funcionamiento social y laboral, sin que se encontraran diferencias entre ellas.

En los últimos años se han extendido los estudios sobre la eficacia de los tratamientos para el TEPT a otras poblaciones de sujetos traumatizados diferentes de las mujeres víctimas de agresión sexual y los veteranos de guerra. Marks, Lovell, Noshirvani, Livanou y Thrasher (1998) llevaron a cabo un estudio con 87 sujetos con TEPT tras la exposición a diversos acontecimientos traumáticos, que fueron aleatoriamente asignados a una de las siguientes modalidades terapéuticas: a) terapia de exposición en vivo y en imaginación; b) reestructuración cognitiva; c) combinación de terapia de exposición y reestructuración cognitiva y d) entrenamiento en relajación (grupo control placebo). El tratamiento constó de diez sesiones distribuidas a lo largo de cuatro meses y una duración de 90 minutos cada una, excepto la modalidad de tratamiento combinado que duró 105 minutos: 45 minutos de exposición, 15 minutos de descanso y 45 minutos de reestructuración cognitiva. 11 participantes abandonaron el tratamiento, sin que se encontraran diferencias significativas en la tasa de abandono en función del grupo asignado. Los resultados mostraron que en el postratamiento y en el seguimiento al mes tanto la reestructuración cognitiva, la exposición prolongada y la condición combinada de ambas modalidades fueron eficaces en la reducción de la sintomatología postraumática y sintomatología concomitante al TEPT, y superiores al entrenamiento en relajación. En el seguimiento a seis meses el grupo asignado a terapia de exposición experimentó una reducción de la sintomatología de TEPT en un 81%. El grupo de terapia cognitiva redujo su sintomatología en un 53% y el grupo que recibió el tratamiento

combinado en un 74%. Por tanto estos resultados permiten concluir que a largo plazo la aplicación de exposición junto a reestructuración cognitiva aumenta la eficacia de esta última, mientras que la aplicación de reestructuración cognitiva junto a la terapia de exposición no incrementa la eficacia de la exposición. La superioridad de la terapia de exposición a largo plazo en comparación con la terapia cognitiva o la aplicación de ambos tratamientos combinados es congruente con los resultados de los estudios del equipo de Foa et al. (1999a, 2004, 2005).

Lovell, Marks, Noshirvani, Thrasher y Livanou (2001) llevaron a cabo un análisis por *clusters* de la mejoría de la sintomatología de TEPT a partir de los resultados del estudio de Marks et al. (1998). Encontraron que las diferencias significativas en la reducción de la sintomatología de TEPT entre las tres modalidades activas de tratamiento y la relajación aparecían en los síntomas de reexperimentación y evitación, no así en los síntomas de aumento de la activación, ya que los participantes asignados a relajación mejoraron esta sintomatología. Estos resultados son congruentes con el estudio de Foa et al. (1991) donde la modalidad de asesoramiento de apoyo y grupo de control en lista de espera mejoró los síntomas de activación, no así los de reexperimentación y evitación.

Otras de las investigaciones con población expuesta a otros traumas diferentes a las agresiones sexuales o situaciones bélicas son las llevadas a cabo por Tarrrier et al. (1999a, 1999b, 2004) y Paunovic y Öst (2001) con refugiados.

En el estudio de Tarrrier et al. (1999a) se comparó la eficacia diferencial de terapia de exposición en imaginación (no incluía el componente de exposición en vivo) y terapia cognitiva en el tratamiento crónico del TEPT en individuos expuestos a diversos traumas. La muestra estuvo constituida por 72 sujetos que fueron aleatoriamente asignados a una de las dos modalidades terapéuticas. La intervención, aplicada en formato individual, tuvo una duración de 16 sesiones de una hora cada una. Los resultados señalaron que en el postratamiento y en el seguimiento a los seis meses, tanto la terapia de exposición en imaginación como la terapia cognitiva mostraron mejorías significativas en sintomatología de TEPT, pero ninguna de las dos resultó suficiente para la completa remisión de la sintomatología postraumática. Concretamente, al postratamiento un 41% de los sujetos asignados a exposición y un 58% de los asignados a terapia cognitiva continuaban cumpliendo criterios de TEPT y en el seguimiento a seis meses lo hacía el 48% tanto de los tratados con exposición como con terapia cognitiva. Por lo tanto, ambos tipos de intervención lograron una reducción significativa de la sintomatología postraumática, sin que ninguno resultara superior al otro. La ausencia de diferencias significativas entre ambos tipos de intervención fue nuevamente encontrada en un estudio posterior, en el que se llevó a cabo una evaluación de los participantes del estudio anterior a los 12 meses de concluida la terapia (Tarrrier, Sommerfield,

Pilgrim y Humphreys, 1999b).

En un trabajo más reciente, Tarrrier y Sommerfield (2004) han llevado a cabo un seguimiento de los participantes en los estudios anteriores (Tarrrier et al., 1999a, 1999b) a los 5 años de finalizada la intervención, con el objeto de evaluar la eficacia diferencial de la terapia de exposición en imaginación y la terapia cognitiva a largo plazo. En el estudio participaron 32 sujetos, lo que representaba un 59% del total de los que finalizaron el tratamiento (Tarrrier et al., 1999a). De ellos 15 habían recibido exposición en imaginación y 17 terapia cognitiva. Se estudió la homogeneidad de ambos grupos teniendo en cuenta si los participantes habían recibido algún tipo de tratamiento psicológico y/o farmacológico en este tiempo, no encontrándose diferencias significativas. Los resultados mostraron que a los 5 años de concluida la intervención el grupo que había recibido terapia cognitiva mostraba una mejora significativamente mayor de la sintomatología postraumática y depresiva en comparación con el grupo de exposición. Concretamente, el 100% de participantes tratados con terapia cognitiva dejó de cumplir criterios para el diagnóstico de TEPT frente al 29% de los participantes asignados a terapia de exposición. Tarrrier y Sommerfield (2004) concluyen que la modificación de las cogniciones postraumáticas en ausencia de exposición sistemática consigue una mejoría clínica mayor a largo plazo en comparación con la aplicación en solitario de exposición en imaginación. Además del hecho de haber recibido terapia cognitiva, otros factores estuvieron asociados a la mejora de la sintomatología postraumática a largo plazo. En concreto, la asistencia regular al tratamiento y la mayor reducción de síntomas de TEPT y evitación a los seis meses de concluida la intervención.

Si bien el estudio de Tarrrier y Sommerfield (2004) resulta interesante, dada la escasez de trabajos bien controlados que aporten resultados a tan largo plazo, las conclusiones deben ser tomadas con cautela, puesto que la terapia de exposición fue llevada a cabo únicamente en imaginación, omitiéndose el componente de exposición en vivo, fundamental para la eficacia de este tipo de intervenciones.

Paunovic y Öst (2001) llevaron a cabo un estudio en una muestra de 20 refugiados con diagnóstico de TEPT, en el que compararon la eficacia de la terapia de exposición en imaginación y en vivo con un tratamiento que combinaba terapia cognitiva, exposición y entrenamiento en relajación. El programa de intervención constó de 16 a 20 sesiones, de entre una hora y dos de duración y fue aplicado en modalidad individual. Ambas condiciones de tratamiento fueron efectivas en la mejora de la sintomatología de TEPT, depresión y ansiedad generalizada al postratamiento y en el seguimiento a 6 meses, sin que se encontraran diferencias significativas entre ellas. Concretamente, los participantes asignados a terapia de exposición redujeron en un 53% su sintomatología de TEPT al postratamiento y en un 49% en el seguimiento a 6 meses. Los participantes asignados a terapia combinada lo hicieron en un

48% y un 44% al postratamiento y seguimiento, respectivamente.

En resumen, un número suficiente de ensayos bien controlados aportan pruebas inequívocas de que la terapia de exposición es el tratamiento más eficaz para el TEPT (Foa et al., 1991, 1999a, 2004, 2005; Marks et al., 1998; Taylor et al. 2003). Es, sin duda, la intervención que cuenta con una mayor evidencia empírica, tanto desde el punto de vista de la efectividad como desde el punto de vista de la eficiencia, en el tratamiento de este trastorno (Sherman, 1998). En una revisión de los estudios sobre el tratamiento del TEPT, Van Etten y Taylor (1998) encontraron que a corto plazo la exposición es tan efectiva como el más efectivo de los tratamientos farmacológicos para el TEPT. Además, la terapia de exposición se ha mostrado eficaz a largo plazo, tal y como lo demuestran los estudios con seguimientos llevados a cabo entre los 12 y 15 meses de concluida la intervención (Foa et al., 1999a; Van Etten y Taylor, 1998).

Foa y Street (2001) señalan las indicaciones y contraindicaciones de la aplicación de la terapia de exposición. Estaría indicada en individuos que manifiestan un estado permanente de evitación e hiperactivación relacionado con el trauma, ansiedad frente a los propios síntomas del TEPT y miedo a perder el control o a volverse loco. Por el contrario, en aquellos sujetos con psicosis, síntomas severos de disociación, con un consumo abusivo de sustancias adictivas y fuertes sentimientos de culpa que fueran realistas la terapia de exposición estaría contraindicada.

Además de las contraindicaciones señaladas, se ha planteado que otros aspectos como la gravedad de la sintomatología de evitación y el embotamiento afectivo irían en detrimento del éxito terapéutico de la exposición. Así, la exposición actuaría eficazmente sobre los síntomas relacionados con la ansiedad (por ejemplo, las respuestas de sobresalto, la hiperactivación, la irritabilidad y la ira), denominados síntomas positivos, pero no sobre los negativos, esto es, sobre los síntomas de evitación y embotamiento afectivo (Báguena, 2001).

### **13.1.2 TERAPIA COGNITIVA**

La terapia cognitiva (TC) desarrollada por Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) se basa en el supuesto de que la interpretación del suceso, más que el propio suceso, es la que determina los estados emocionales y los pensamientos desadaptativos que conducen a las respuestas patológicas.

A partir de este supuesto, la terapia cognitiva iría dirigida a identificar las cogniciones desadaptativas, surgidas a partir de la interpretación que el sujeto lleva a cabo del acontecimiento traumático, evaluar su validez y cambiar las que resulten erróneas por otras más ajustadas a la realidad.

A pesar de haber sido ampliamente reconocida la importancia de los factores cognitivos en la respuesta al trauma, la investigación sobre la eficacia de la terapia cognitiva en el tratamiento del TEPT ha sido escasa. El supuesto de que la exposición prolongada favorece la reestructuración cognitiva, al ofrecer al sujeto una oportunidad de comprobar que sus creencias de amenaza no se cumplen, podría explicar este abandono de la terapia cognitiva desde la investigación científica a favor de la terapia de exposición.

Por otro lado, la mayoría de las investigaciones que evalúan la eficacia de la terapia cognitiva (TC) lo han hecho aplicándola en combinación con la terapia de exposición. Es el caso de estudios con víctimas de agresión sexual como el de Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua (1997c) y el de Resick y Schnike (1992), con mujeres víctimas de una agresión del tipo que sea (Foa et al., 2004, 2005) o con accidentados de tráfico (Blanchard et al., 2003; Fecteau y Nickie, 1999), que sugieren efectos beneficiosos de la combinación de TC y exposición, pero no permiten determinar la eficacia diferencial de la terapia cognitiva respecto a la exposición u otras modalidades terapéuticas.

De los estudios ya revisados anteriormente, únicamente en dos de ellos se evalúa la eficacia diferencial de la reestructuración cognitiva respecto a la exposición. En el estudio de Marks et al. (1998) estudiaron la eficacia de 4 modalidades terapéuticas: a) exposición en vivo y en imaginación; b) reestructuración cognitiva; c) combinación de reestructuración cognitiva y terapia de exposición y d) entrenamiento en relajación, encontrando que al postratamiento y en el seguimiento al mes la reestructuración cognitiva era tan eficaz en la reducción de la sintomatología postraumática y sintomatología concomitante al TEPT como la terapia de exposición y la condición combinada de ambas modalidades terapéuticas. No obstante, en el seguimiento a tres y seis meses la terapia de exposición se mostró levemente superior.

En el estudio de Tarrier et al. (1999a, 1999b) los resultados mostraron que la reestructuración cognitiva era igual de efectiva que la exposición en la remisión de la sintomatología postraumática, tanto en el postratamiento como en el seguimiento a 12 meses. En un seguimiento de las participantes a los 5 años de concluida la intervención, la terapia cognitiva se mostró superior a la exposición en la remisión de la sintomatología de TEPT y en la mejora del nivel de depresión (Tarrier y Sommerfield, 2004). No obstante, tal y como se ha señalado anteriormente, el hecho de que la terapia de exposición no incluyera el componente de exposición en vivo obliga a tomar estos resultados con cautela.

A modo de síntesis, de la revisión de los estudios anteriores se desprende que la TC es, al igual que la exposición, eficaz en el tratamiento del TEPT, por lo menos a corto plazo. Respecto a su eficacia a medio y largo plazo, los resultados no son del todo concluyentes. Así, en el estudio de Marks et al. (1998) la terapia cognitiva se mostró menos eficaz que la



exposición a medio plazo y en el estudio de Tarrier (1999b) no se encontraron diferencias entre ambas modalidades terapéuticas. A largo plazo, el estudio de Tarrier y Sommerfield (2004) defiende la superioridad de la terapia cognitiva en la remisión de la sintomatología de TEPT y en la mejora del nivel de depresión.

En el meta análisis de Van Etten y Taylor (1998) se encontró que la media del tamaño del efecto de la terapia cognitiva en la mejora de la sintomatología de TEPT fue relativamente grande,  $d$  de Cohen = 1.27 en las medidas de autoinforme y 1.89 en los informes de los terapeutas.

### **13.1.3 ENTRENAMIENTO EN INOCULACIÓN DE ESTRÉS**

En el tratamiento del TEPT han sido también utilizados una gran variedad de programas para el control de la ansiedad, siendo el más estudiado el entrenamiento en inoculación de estrés (EIE) para la reducción de los síntomas de estrés en el trastorno de estrés postraumático. La eficacia de la EIE se ha estudiado básicamente en mujeres víctimas de agresión sexual. En un estudio controlado, Resick, Jordan, Girelli, Hutter y Marhoefer-Dvorak (1988) compararon la eficacia diferencial del entrenamiento en inoculación de estrés, entrenamiento en asertividad y psicoterapia de apoyo, utilizando una condición de control en lista de espera. En comparación con la condición de control, los tres tratamientos mejoraron de manera moderada y similar el malestar subjetivo relacionado con el trauma, los síntomas de depresión, el nivel de autoestima y los miedos sociales en el postratamiento. Sin embargo, en el seguimiento únicamente se mantuvo la mejora en los miedos sociales.

El equipo de investigación de Foa llevó a cabo dos estudios bien controlados para evaluar la eficacia del entrenamiento en inoculación de estrés (Foa et al., 1991, 1999a), que ya han sido mencionados anteriormente. En el primero encontraron que a corto plazo el entrenamiento en inoculación de estrés era superior a la terapia de exposición, pero a medio plazo la terapia de exposición se mostró superior al entrenamiento en inoculación de estrés en la mejora de la sintomatología postraumática (Foa et al., 1991). Estos autores señalan que superado el malestar inicial derivado de la exposición, esta técnica se mostraría más eficaz a largo plazo, al funcionar como una estrategia efectiva de afrontamiento. En el segundo estudio el entrenamiento en inoculación de estrés resultó un tratamiento eficaz para el TEPT y la sintomatología depresiva, tanto al postratamiento como al seguimiento a los 3 y 6 meses, sin que se encontraran diferencias estadísticamente significativas entre el entrenamiento en inoculación de estrés, la terapia de exposición y la combinación de ambas. En la mejora del nivel de ansiedad y ajuste social fue la terapia de exposición la que se mostró superior.

En definitiva, tres estudios con una adecuada metodología defienden el entrenamiento en inoculación de estrés como una técnica efectiva en el tratamiento del TEPT, por lo menos a corto plazo. Sin embargo, a largo plazo parece ser la terapia de exposición el tratamiento más eficaz.

Chembot, Novaco, Hamada y Gross (1997) han aplicado el EIE para el tratamiento de la ira, una respuesta que frecuentemente presentan los sujetos con TEPT y que parece interferir en la eficacia de las intervenciones. En su estudio participaron 15 veteranos del Vietnam diagnosticados de TEPT, que presentaban además un alto nivel de activación de la ira. Fueron evaluados en medidas de ira estado-rasgo, control de la ira, ansiedad, depresión y TEPT, y asignados aleatoriamente a entrenamiento en inoculación de estrés o a una condición de control (cuidado rutinario). El tratamiento, de 12 sesiones de duración, incluyó técnicas para el control de la activación, reestructuración cognitiva, *role playing* para el entrenamiento en habilidades de comunicación, exposición en imaginación y estrategias de afrontamiento. Chembot et al. (1997) encontraron que los participantes tratados con inoculación de estrés mejoraron significativamente en medidas de control de la ira e ira rasgo al postratamiento, mejoría que se mantuvo en el seguimiento a 18 meses. No se encontraron diferencias significativas entre la condición experimental y el grupo control en ira estado ni en medidas psicofisiológicas de la ira.

Señalar que el entrenamiento en inoculación de estrés más que una técnica de intervención es un paquete terapéutico y, en este sentido, una limitación común de los estudios anteriormente revisados es que no aportan resultados sobre la eficacia diferencial de cada uno de los componentes que incluye.

#### **1.3.1.4 TERAPIA DE REPROCESAMIENTO Y DESENSIBILIZACIÓN POR MOVIMIENTOS OCULARES**

Una variante de la terapia de exposición es la terapia de reprocesamiento y desensibilización por movimientos oculares (DRMO), desarrollada por Shapiro (1995).

Si bien es considerada por el APA como una técnica de tratamiento "probablemente eficaz" (Chambless y Ollendick, 2001), no cuenta con estudios bien controlados, ajenos al equipo de Shapiro, que apoyen empíricamente su eficacia. Foa y Meadows (1997) afirman que los estudios que defienden la eficacia de la DRMO son estudios con grandes problemas metodológicos, como la ausencia de un grupo control que permita aislar el posible efecto placebo de la técnica, la ausencia de evaluaciones ciegas, la confianza excesiva en medidas de autoinforme y la ambigüedad en la evaluación del TEPT. Por lo tanto, no hay estudios concluyentes que permitan descartar que los resultados positivos alcanzados con esta técnica se deriven únicamente de su componente de exposición y que los movimientos oculares no

proporcionan ganancias terapéuticas adicionales a las técnicas de exposición convencionales.

Deville y Spence (1999) compararon la eficacia de la terapia de reprocesamiento y desensibilización por movimientos oculares con una terapia multicomponente, que incluía exposición en imaginación, terapia cognitiva, entrenamiento en relajación y otras técnicas de afrontamiento en el tratamiento del TEPT. La muestra estuvo constituida por 23 sujetos expuestos a diversos acontecimientos traumáticos, como accidentes, desastres naturales, situaciones bélicas o asaltos sexuales y no sexuales, que fueron distribuidos mediante la técnica de asignación por estratos a terapia multicomponente (N=12) o a DRMO (N=11). El tratamiento constó de 9 sesiones y fue dirigido por terapeutas entrenados en la DRMO. Los resultados mostraron que la terapia multicomponente fue estadística y clínicamente más eficaz que la DRMO en la mejora de la sintomatología postraumática (reducción del 63% y 46% de la sintomatología de TEPT, respectivamente). A los tres meses la mejoría alcanzada al postratamiento se mantuvo únicamente en los participantes asignados a la terapia multicomponente (61% en ésta última frente a un 12% en DRMO). El grado de mejoría al postratamiento y seguimiento fue mayor en la sintomatología postraumática en comparación con la sintomatología concomitante (depresión, ansiedad, nivel de angustia ante los recuerdos traumáticos y evaluación subjetiva de los problemas personales).

Más recientemente, Taylor et al. (2003) han llevado a cabo un estudio bien controlado para comparar la eficacia de la terapia de exposición (incluía exposición en imaginación y en vivo), la DRMO y el entrenamiento en relajación en el tratamiento del TEPT. Participaron 60 sujetos expuestos a diversos acontecimientos traumáticos. Un 65% de ellos había experimentado más de un trauma, siendo el más frecuente una agresión sexual (45%), seguido de un asalto físico (43%), un accidente de tráfico (43%) y ser testigo de una muerte (22%). Para evaluar la frecuencia e intensidad de la sintomatología postraumática se aplicó la escala CAPS e instrumentos de autoinforme para medir la sintomatología depresiva, ansiosa y cogniciones postraumáticas, así como la credibilidad del tratamiento por parte de los participantes. Las tres modalidades de intervención tenían una duración de 8 sesiones de 90 minutos cada una, y fueron llevadas a cabo en formato individual con una periodicidad semanal. Los cuatro criterios para evaluar la eficacia de la intervención fueron número de abandonos, remisión de la sintomatología postraumática al postratamiento, remisión de la sintomatología postraumática en el seguimiento y remisión de la sintomatología postraumática tanto al postratamiento como en el seguimiento. Los resultados mostraron que el único predictor de la tasa de abandono fue la credibilidad del tratamiento para los participantes, no encontrándose diferencias en esta variable entre las tres modalidades de terapia. Dos fueron los factores predictores de la remisión del TEPT, un nivel leve de gravedad de la sintomatología de reexperimentación en el pretratamiento que lo fue al postratamiento y en el seguimiento y la asignación a terapia de

exposición, que únicamente lo fue en el seguimiento. Si bien, la gravedad de los síntomas de reexperimentación fue un factor predictor del resultado de la intervención, la eficacia de la exposición y de la DRMO no pareció verse afectada por la gravedad de esta sintomatología. Taylor et al. (2003) concluyeron que es la terapia de exposición el predictor más consistente de éxito terapéutico en el tratamiento del TEPT, siendo el tratamiento de elección para la intervención en este trastorno.

Davidson y Parker (2001) concluyen de un estudio meta analítico que la DRMO se muestra superior cuando es comparada con ausencia de tratamiento o terapias no específicas; por el contrario, cuando la DRMO se compara con terapia de exposición (en imaginación o en vivo) no se encuentran diferencias significativas. Los estudios aquí revisados, en los que la DRMO es comparada con terapias específicas que incluían exposición, contradicen estas conclusiones.

### **13.2. TRATAMIENTOS MULTICOMPONENTE**

Cabría pensar que la combinación de las técnicas de intervención que se han mostrado eficaces sería la elección más apropiada en el tratamiento del TEPT. A continuación, se revisan aquellas investigaciones que evalúan la eficacia empírica de tratamientos que incluyen más de una técnica de intervención, fundamentalmente exposición y reestructuración cognitiva, además de otras.

Algunas de las investigaciones bien controladas que comparan la eficacia de tratamientos multicomponente con un grupo control han sido llevadas a cabo con víctimas de accidente de tráfico (Blanchard et al., 2003; Fecteau y Nickie, 1999). Así pues, en el estudio de Blanchard et al. (2003) participaron 74 víctimas de accidente de moto con TEPT crónico o subsíndrome severo de TEPT, que fueron asignadas aleatoriamente a una de las tres condiciones siguientes: a) tratamiento multicomponente, que incluía psicoeducación, entrenamiento en relajación, exposición en imaginación y en vivo y terapia cognitiva; b) psicoterapia de apoyo; y c) grupo control en lista de espera. El tratamiento tenía una duración de entre 8 y 12 sesiones de periodicidad semanal. El tratamiento multicomponente se mostró superior a la psicoterapia de apoyo y al grupo control en lista de espera en la reducción de la sintomatología de TEPT y sintomatología comórbida (depresión y ansiedad generalizada) al postratamiento y en el seguimiento a tres meses. En la misma línea que Blanchard et al. (2003), Fecteau y Nickie (1999) compararon la eficacia de un tratamiento multicomponente que incluía relajación, exposición y reestructuración cognitiva con un grupo control en lista. Participaron 20 víctimas de accidente y encontraron que el tratamiento multicomponente fue clínica y estadísticamente superior a la lista de espera en la mejora de la sintomatología de TEPT y en medidas de autoinforme al postratamiento y en el seguimiento a 6 meses.

Asimismo, Echeburúa et al. (1997c) llevaron a cabo un estudio para analizar la eficacia diferencial de un programa terapéutico multicomponente y entrenamiento en relajación (utilizado como placebo psicológico) en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático crónico. El programa incluía exposición en imaginación a los pensamientos intrusivos (no a los recuerdos traumáticos) y en vivo a los estímulos evitados y reestructuración cognitiva de los pensamientos asociados a la violación y de los sentimientos de culpa. Tenía una duración de 6 sesiones y fue aplicado en modalidad individual a 20 víctimas no recientes de agresión sexual con diagnóstico de TEPT, según criterios DSM-III-R. Los resultados indicaron que el programa de intervención fue claramente superior a la relajación en la remisión del TEPT en el postratamiento y en los diversos seguimientos (desaparición del trastorno de estrés postraumático en el 100% de las víctimas en el primer grupo y del 40% en el segundo en el seguimiento a 12 meses).

Las investigaciones llevadas a cabo con mujeres víctimas de violencia doméstica (revisadas en el capítulo 7) que comparaban la eficacia de programas de intervención multicomponente con un grupo control en lista de espera, defienden la superioridad de este tipo de intervenciones, al conseguir mejoras clínicas y estadísticamente significativas en sintomatología de TEPT y sintomatología concomitante, tanto al postratamiento como en el seguimiento (Labrador y Alonso, 2005; Labrador y Rincón, 2002; Kubany et al., 2004; Rincón y Labrador, 2004).

Recientemente, Ehlers, Clark, Hackmann, McManus y Fennel (2005) han desarrollado, a partir de su modelo del TEPT (Ehlers y Clark, 2000), un programa de tratamiento que incluye fundamentalmente reestructuración cognitiva y exposición por escrito o en imaginación a la memoria traumática (el objetivo es incorporar la nueva información reestructurada a la memoria del trauma, no la habituación a los niveles de activación). El programa estaba dirigido a: modificar la evaluación negativa que el sujeto lleva a cabo del trauma, incorporar la evaluación corregida en la memoria traumática, identificar los estímulos que disparan los síntomas de reexperimentación, recontextualizar el suceso traumático en el lugar y momento en el que ocurrió y eliminar las estrategias de afrontamiento disfuncionales, que mantienen una sensación de amenaza permanente y la sintomatología del TEPT. Participaron 28 sujetos expuestos a uno o dos sucesos traumáticos en la edad adulta, que fueron aleatoriamente asignados al tratamiento multicomponente (N=14) o a grupo control en lista de espera (N=14). La modalidad activa de tratamiento incluía 12 sesiones de frecuencia semanal con una duración de entre 60 y 90 minutos cada una. Los resultados mostraron una reducción significativa de medidas de depresión y ansiedad en el grupo que recibió el tratamiento multicomponente en comparación con el grupo control. Concretamente, al postratamiento el 71.4% de los participantes no cumplía criterios de TEPT. La mejoría se

mantuvo en el seguimiento a 3 y 6 meses.

Cuando se comparan los tratamientos multicomponente con otras modalidades de tratamiento activas, los estudios nuevamente defienden la superioridad de los primeros. En este sentido, Devilly y Spence (1999) mostraron en un estudio con sujetos expuestos a diferentes traumas que la combinación de exposición prolongada en imaginación, terapia cognitiva, entrenamiento en relajación y otras técnicas de afrontamiento era estadística y clínicamente más eficaz que la DRMO en la mejora de la sintomatología postraumática.

Glynn et al. (1999) compararon la eficacia diferencial de un programa de intervención multicomponente de 18 sesiones, que incluía exposición en imaginación y reestructuración cognitiva, con un programa de intervención que incluía las mismas sesiones de exposición y terapia cognitiva más 16 sesiones de terapia de familia conductual (TFC) y con un grupo control en lista de espera. Participaron 42 veteranos con TEPT, 12 fueron asignados al programa de intervención que combinaba exposición y terapia cognitiva, 17 al que incluía exposición y terapia cognitiva más TFC y 13 al grupo control. Los resultados al postratamiento y seguimiento a 6 meses mostraron que los dos grupos que recibieron exposición y reestructuración cognitiva mejoraron la sintomatología del TEPT, concretamente los síntomas de reexperimentación y activación, sin que se encontraran diferencias entre ellos. Los síntomas de evitación y embotamiento afectivo fueron más resistentes al tratamiento. La adición de terapia familiar conductual no aumentó los beneficios terapéuticos del tratamiento multicomponente.

De manera más reciente, McDonagh et al. (2005) han llevado a cabo un estudio bien controlado para evaluar la eficacia diferencial de: a) un programa de intervención multicomponente que incluía psicoeducación, entrenamiento en respiración, exposición prolongada en vivo y en imaginación y reestructuración cognitiva; b) una terapia centrada en solución de problemas y c) un grupo control en lista, en el tratamiento del TEPT de 74 mujeres que habían sido víctimas de una agresión sexual en la infancia. Todas las modalidades de tratamiento activas tuvieron una duración de 14 sesiones con una periodicidad semanal. Los resultados mostraron que el programa de intervención multicomponente y la terapia centrada en solución de problemas fueron superiores al grupo control de lista de espera en la disminución de la sintomatología postraumática, ansiedad y creencias relacionadas con el trauma al postratamiento, no así en síntomas de depresión, síntomas disociativos, hostilidad y calidad de vida. Si bien, las participantes en el programa de intervención multicomponente tuvieron peor adherencia al tratamiento, un mayor número de participantes asignadas a esta condición experimental dejó de cumplir criterios de TEPT en comparación con las participantes asignadas a terapia centrada en solución de problemas en los seguimientos a los 3 y 6 meses.

En definitiva, son abundantes las investigaciones que tras la comparación de programas de intervención multicomponente, que incluyen terapia de exposición y reestructuración cognitiva, con otras modalidades de intervención activas defienden la superioridad de los primeros en el tratamiento del TEPT. Sin embargo, cuando se compara la eficacia diferencial de tratamientos multicomponente con la aplicación en solitario de uno de sus componentes los resultados de las investigaciones no son del todo concluyentes.

Por un lado y en contra de lo que cabría esperar, algunos de los estudios ya revisados no defienden la superioridad de los tratamientos multicomponente en comparación con los tratamientos unicomponente. Así pues, en el estudio de Foa et al. (1999a) la combinación de exposición y entrenamiento en inoculación de estrés no se mostró superior a su aplicación por separado. En concreto, fue la exposición la que se mostró superior a la combinación de exposición y entrenamiento en inoculación de estrés en la mejora del nivel de ansiedad y de ajuste social. En la misma dirección, en dos estudios posteriores (Foa et al., 2004, 2005) la aplicación de un tratamiento multicomponente, que combinaba terapia de exposición y reestructuración cognitiva no se mostró superior a la aplicación de terapia de exposición en solitario en el tratamiento del TEPT. De manera congruente con estos resultados, en el estudio de Marks et al. (1998) la aplicación de un tratamiento multicomponente que incluía exposición y reestructuración cognitiva no se mostró superior a la aplicación de cada uno de estos componentes en solitario, siendo, incluso, la terapia de exposición la que se mostró superior al tercer y sexto mes de seguimiento. Finalmente, el estudio de Paunovic y Öst (2001) vuelve a corroborar estos resultados, al no encontrar diferencias significativas entre la terapia de exposición y un tratamiento multicomponente que incluía terapia cognitiva, exposición y entrenamiento en relajación en la mejora del TEPT, ansiedad generalizada y depresión en un grupo de 20 refugiados, ni al postratamiento ni en el seguimiento a seis meses.

Resick y Schnicke (1992) desarrollaron la terapia de procesamiento cognitivo para el tratamiento del TEPT en mujeres víctimas de agresión sexual. Consiste en un programa de intervención multicomponente de doce sesiones que incluye terapia cognitiva de Ellis y Beck para corregir las cogniciones desadaptativas y varias sesiones de exposición, que se llevan a cabo escribiendo el relato del trauma y leyéndolo en voz alta. Resick, Nishith, Weaver, Astin y Feuer (2002) llevaron a cabo un estudio para comparar la terapia de procesamiento cognitivo en doce sesiones, con nueve sesiones de terapia de exposición (en imaginación y en vivo) y con un grupo control en lista de espera en el tratamiento del TEPT y de la depresión. La muestra estuvo formada por 121 víctimas de agresión sexual que fueron aleatoriamente asignadas a una de las tres condiciones experimentales, aplicadas en modalidad individual. Los resultados del estudio señalan que tanto la terapia de procesamiento cognitivo como la terapia de exposición se mostraron altamente eficaces en la mejora del TEPT y de la depresión y

superiores al grupo de lista de espera, sin que existieran diferencias entre ellas. Únicamente se encontraron diferencias en la reducción de las cogniciones de culpa y mejora del estado de funcionamiento final, que arrojó mejores resultados la terapia de procesamiento cognitivo tanto al postratamiento como en el seguimiento. Por tanto, aunque la terapia de procesamiento cognitivo mostró resultados positivos en el tratamiento del TEPT, su eficacia no resultó superior a la exposición, lo que es congruente con los estudios de Foa et al. (1999a, 2004, 2005), Marks et al. (1998) y Paunovic y Öst (2001). Por otro lado, a pesar de la existencia de estudios que respaldan la eficacia de la terapia de procesamiento cognitivo, Rothbaum, Meadows, Resick y Foy (2000) señalan que al haber sido aplicada únicamente en mujeres víctimas de agresión sexual, serían necesarias futuras investigaciones que permitan generalizar los resultados a otras poblaciones traumatizadas.

En un estudio muy reciente, Monson et al. (2006) han evaluado la eficacia de la terapia de procesamiento cognitivo en el tratamiento del TEPT en veteranos de guerra. Participaron 60 sujetos que fueron aleatoriamente asignados a terapia de procesamiento cognitivo o a un grupo control en lista de espera (recibieron el tratamiento 10 semanas más tarde). Los resultados mostraron una mejora significativa de los síntomas de TEPT y sintomatología concomitante (depresión, ansiedad, cogniciones de culpa, alexitimia y ajuste social) en los sujetos asignados a terapia de procesamiento cognitivo en comparación con el grupo de lista de espera. En concreto, un 40% del total de participantes que iniciaron el tratamiento no cumplía criterios de TEPT al postratamiento (frente al 3% en el grupo de lista de espera) y un 50% mejoró significativamente la sintomatología postraumática.

En resumen, un número significativo de estudios bien controlados (Foa et al., 1991, 1999a, 2004, 2005; Marks et al., 1998; Monson et al., 2006; Paunovic y Öst, 2001; Resick y Schnicke, 1992) concluyen que los tratamientos multicomponente (que incluyen, entre otros, exposición y reestructuración cognitiva) no son más eficaces que la aplicación en solitario de uno de sus componentes, concretamente terapia de exposición, en el tratamiento del TEPT. Únicamente el trabajo de Resick et al. (2002) encuentra que en la reducción de las ideas de culpa y en la mejora del estado de funcionamiento final de las participantes en el seguimiento fue más eficaz el tratamiento multicomponente que la exposición.

Un estudio llevado a cabo por Bryant, Moulds, Guthrie, Dang y Nixon (2003) es el único que encuentra que una terapia multicomponente es superior a un tratamiento unicomponente en el tratamiento del TEPT y depresión. Concretamente, Bryant et al. (2003) compararon la eficacia diferencial de un tratamiento que incluía exposición en imaginación y reestructuración cognitiva, con la aplicación en solitario de terapia de exposición en imaginación y con un grupo control que recibió asesoramiento de apoyo. En el estudio participaron 58 víctimas de agresión no sexual o accidente de tráfico con TEPT crónico, que



fueron aleatoriamente asignadas a una de las tres modalidades terapéuticas. El tratamiento, aplicado en formato individual, tuvo una duración de 8 sesiones con una frecuencia semanal. Al postratamiento y a los 6 meses de concluida la intervención tanto los participantes asignados al tratamiento multicomponente como a terapia de exposición mejoraron significativamente su sintomatología postraumática y depresiva en comparación con los participantes asignados a asesoramiento de apoyo. La reducción en sintomatología de TEPT fue mayor en aquellos participantes asignados al tratamiento multicomponente (67% al postratamiento y 74% al seguimiento), en comparación con aquellos que únicamente habían recibido terapia de exposición en imaginación (48% y 46% al postratamiento y seguimiento, respectivamente). La magnitud de la reducción de la sintomatología en el grupo que recibió exposición en imaginación fue similar a la encontrada en los estudios de Tarrrier et al. (1999a, 1999b), siendo en todos ellos, tal y como cabría esperar, considerablemente menor a la encontrada en estudios que incluyen exposición en imaginación y en vivo, donde los resultados muestran reducciones de la sintomatología de TEPT que oscilan entre el 60% y el 80% (Foa et al., 1991, 1999a; Marks et al., 1998).

A continuación, se resumen los resultados de los principales estudios revisados, en términos de porcentaje de participantes con TEPT al postratamiento y porcentaje de participantes que lograron un nivel de funcionamiento óptimo.

**Tabla 13.1.** Respuesta al tratamiento en participantes con TEPT (Cahill y Foa, 2004).

ESTUDIO	INTERVENCIÓN	% SIN TEPT	% FUNCIONAMIENTO ÓPTIMO	DEFINICIÓN FCTO. ÓPTIMO
Bryant et al. (2003)	EI	48%	20%	CAPS <19 y BDI <10
	TM (EI/TC)	67%	60%	
	AA	40%	0%	
Foa et al. (1999a)	EP	65%	57%	PSS-I <20, STAI-S <40 Y BDI <10
	EIE	58%	42%	
	TM (EP/EIE)	54%	36%	
	LE	0%	0%	
Marks et al. (1998)	EP	75%	53%	Reducción del 50% o más en PSS-SR, STAI-S <35 y BDI <7.
	TC	65%	32%	
	TM (EP/TC)	63%	32%	
	ER	55%	15%	
Resick et al. (2002)	EP	82%	58%	PSS-SR <20 y BDI <10
	TPC	80%	76%	
	LE	2%	0%	

**Nota:** EI= Exposición en imaginación, EP= Exposición prolongada, TC= Terapia cognitiva, EIE= Entrenamiento en inoculación de estrés, ER= Entrenamiento en relajación, TPC= Terapia de procesamiento cognitivo, AA= Asesoramiento de apoyo, LE= Lista de espera, TM= Tratamiento multicomponente. STAI-S= Inventario de ansiedad estado-rasgo-Versión estado; BDI= Inventario de depresión de Beck; PSS-I= Escala heteroaplicada de síntomas de TEPT; PSS-SR= Escala autoaplicada de síntomas de TEPT.

Únicamente en el estudio de Bryant et al. (2003), la tasa de recuperación del TEPT fue mayor en los participantes que recibieron un tratamiento multicomponente en comparación con los que recibieron exposición en imaginación. En el resto de los estudios, en los que se comparó un tratamiento multicomponente (exposición prolongada y reestructuración cognitiva o entrenamiento en inoculación de estrés, principalmente) con terapia de exposición (tanto en imaginación como en vivo), esta última modalidad logró mejores resultados al finalizar el tratamiento.

En definitiva, a pesar de los resultados contradictorios en el campo de la investigación, se puede afirmar que los tratamientos multicomponente que incluyen terapia de exposición, reestructuración cognitiva y, en ocasiones, entrenamiento en relajación o entrenamiento en inoculación de estrés son efectivos en la reducción de la sintomatología del TEPT. Así lo demuestran una serie de estudios controlados llevados a cabo en diferentes poblaciones traumatizadas, esto es, en mujeres agredidas sexualmente (Echeburúa et al., 1997c; Resick et al., 2002), víctimas de agresión sexual en la infancia (McDonagh et al., 2005) en mujeres víctimas de una agresión física (Foa et al., 1999a, 2004, 2005), en mujeres maltratadas (Kubany et al., 2004; Labrador y Alonso, 2005; Labrador y Rincón, 2002; Rincón y Labrador, 2004), en veteranos de guerra (Chembot et al., 1997; Glynn et al., 1999; Monson et al., 2006), en supervivientes a accidentes de moto (Blanchard et al., 2003; Fecteau y Nicki, 1999), en refugiados (Paunovik y Ost, 2001) y en víctimas de diferentes traumas (Bryant et al., 2003; Devilly y Spence, 1999; Marks et al., 1998).

Las discrepancias surgen cuando se compara un tratamiento multicomponente con la aplicación de alguno de sus componentes en solitario. Cuando se compara con exposición, hay

estudios que indican que la terapia multicomponente no es más eficaz que la terapia de exposición en solitario en la reducción de la sintomatología de TEPT (Foa et al., 1999a, 2004, 2005; Paunovic y Öst, 2001). En la misma línea, el estudio de Resick et al. (2002) mostró que la aplicación de terapia cognitiva junto a la exposición no aumentaba el efecto de esta última en la reducción de la sintomatología postraumática, a excepción de los sentimientos relacionados con la culpa, para cuyo tratamiento parece necesario incluir terapia cognitiva. El estudio de Bryant et al. (2003) en el que la combinación de exposición y terapia cognitiva se mostró superior en la mejora del TEPT a la aplicación de exposición en solitario contradice estas conclusiones. Una de las posibles explicaciones al respecto sería que cuando la exposición se lleva a cabo en imaginación, su aplicación combinada con terapia cognitiva sería más eficaz que su aplicación en solitario. Sin embargo, cuando la terapia de exposición incluye exposición en vivo, la adición de terapia cognitiva parece no aumentar el beneficio terapéutico de la primera, lo que sería congruente con los resultados de Foa et al. (1999a, 2004, 2005), Marks et al. (1998), Paunovic y Öst (2001) y Resick et al. (2002). Esta explicación es apoyada por Foa, Rothbaum y Furr (2003) que defienden que la exposición en vivo es uno de los dos componentes fundamentales de la terapia de exposición y que su eliminación explicaría la disminución de la eficacia de este tipo de intervención.

### **13.3. CONSIDERACIONES A LA TERAPIA PSICOLÓGICA**

Dada la evidencia de estudios que defienden la superioridad de la terapia de exposición en comparación con la terapia cognitiva y con la aplicación combinada de ambas modalidades terapéuticas, es procedente preguntarse qué sentido tiene apostar por tratamientos más largos, tal y como exigiría la combinación de terapia cognitiva y terapia de exposición, si parece demostrarse que con la aplicación de exposición, siempre y cuando se lleve a cabo en vivo y en imaginación, no sólo es suficiente sino que el beneficio terapéutico puede ser mayor.

Los expertos consideran que en poblaciones expuestas a un suceso traumático que presentan un TEPT grave sería más apropiada la aplicación de tratamientos multicomponente, que incluyan terapia de exposición, terapia cognitiva y técnicas para el control de la ansiedad (Foa, Davisdon y Frances, 1999). Tal y como se ha señalado anteriormente, es frecuente que las víctimas de violencia doméstica, expuestas de manera prolongada y repetida a una situación de maltrato, presenten una sintomatología postraumática muy grave, que cursa, a menudo, con graves alteraciones a nivel somático, cognitivo, afectivo, conductual y relacional. Por tanto, en este tipo de víctimas sería necesaria la aplicación de programas multicomponente, que logran aliviar el enorme malestar que presentan y mejorar tanto la sintomatología postraumática como cada una de las áreas afectadas por el trastorno.

Por otro lado, surgen algunas hipótesis sobre las ventajas de combinar terapia cognitiva y terapia de exposición, siendo una de las más defendidas el posible aumento de la tolerabilidad al tratamiento de exposición cuando se aplica antes la terapia cognitiva. Esta hipótesis estaría apoyada por las investigaciones que sugieren que algunos pacientes sufren una exacerbación de la sintomatología al comienzo de la exposición (Foa, Zoellner, Fenny, Hembre y Alvarez-Conrad, 2002). Sin embargo, esta hipótesis no es defendida por estudios en los que la tasa de abandono no era mayor en los participantes asignados a tratamientos basados en exposición en comparación con los asignados a una condición de control o terapia sin exposición (Foa et al., 1999a; Marks et al., 1998).

Otra de las posibles ventajas sería la mayor reducción de los síntomas cognitivos del TEPT cuando se combina reestructuración cognitiva y exposición, aunque los estudios no parecen apoyarlo. A este respecto, Lovell et al. (2001) concluyen que no hay evidencia para apoyar el efecto selectivo de la terapia cognitiva y la terapia de exposición en la mejora de unos determinados síntomas del TEPT. En el estudio de Resick et al. (2002), tanto la terapia de procesamiento cognitivo como la terapia de exposición fueron efectivas en la reducción de síntomas cognitivos, sin que se encontraran diferencias entre ellas, salvo en la reducción de las cogniciones de culpa, que se mostró más eficaz la terapia cognitiva. En el estudio de Foa y Rauch (2004) tanto la terapia de exposición como la combinación de exposición y reestructuración cognitiva redujeron de manera significativa las cogniciones postraumáticas asociadas al TEPT, sin que se encontraran diferencias entre ambas modalidades de tratamiento.

Por lo tanto, parece que no hay estudios concluyentes que defiendan las ventajas de aplicar la terapia de exposición en combinación con terapia cognitiva. Por otro lado, dada la capacidad intelectual abstracta que exige la terapia cognitiva, podría ser que pacientes con un deterioro significativo en esta área no se beneficiaran de este tipo de intervención. En este sentido, las graves dificultades de concentración, el marcado deterioro en la memoria y, en general, las escasas habilidades cognitivas que presentan los pacientes con TEPT podrían interferir en la eficacia de la terapia cognitiva.

En definitiva, a pesar del avance de la investigación científica en el desarrollo de intervenciones eficaces para el tratamiento de un cuadro clínico tan complejo como es el TEPT, parecen ser todavía muchas las incógnitas que quedan sin resolver.

Son necesarias, por tanto, futuras investigaciones en el tratamiento de este trastorno que: 1- arrojen luz a la cuestión de si la terapia de exposición en imaginación podría resultar más efectiva cuando se combina con terapia cognitiva; 2- lleven a cabo comparaciones entre intervenciones unicomponente e intervenciones multicomponente, que aclaren qué técnicas de intervención y combinadas de qué forma aumentan las ganancias terapéuticas; 3- determinen

las condiciones óptimas para cada tratamiento, que especifiquen la duración temporal, así como el momento óptimo para la intervención (TEPT agudo o TEPT crónico) y 4- utilicen un amplio rango de poblaciones traumatizadas con TEPT para poder comparar la respuesta al tratamiento. Asimismo, sería necesario que estas investigaciones cuenten con rigurosidad metodológica y lleven a cabo seguimientos a largo plazo que permitan estudiar y comparar la evolución de la sintomatología a lo largo del tiempo.

En la siguiente tabla se resumen los principales resultados de los estudios revisados anteriormente sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas en el tratamiento del TEPT.

**Tabla 13.2** Resumen de los estudios sobre la eficacia de las intervenciones en el tratamiento del TEPT

AUTORES	MUESTRA	Nº SESIONES	INTERVENCIONES	RESULTADOS
Keane, Fairbank, Caddell y Zimering (1989)	24 veteranos de Vietnam	14-16	2 modalidades: - Exposición en imaginación (EI) - Control en lista de espera (LE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los terapeutas informaron que los participantes tratados con EI mejoraron en síntomas de reexperimentación e hiperactivación, depresión y ansiedad en el postratamiento y seguimiento a 6 meses.</li> <li>▪ Los terapeutas informaron de menores puntuaciones en recuerdos amedrantadores, impulsividad e irritabilidad en los participantes asignados a EI.</li> </ul>
Foa, Rothbaum, Riggs y Murdock (1991)	45 víctimas de agresión sexual	9	4 modalidades: - Exposición prolongada (EP) - Entrenamiento en inoculación de estrés (EIE) - Asesoramiento de apoyo (AA) - Control en lista de espera (LE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En el postratamiento el EIE fue mejor que el AA y la LE y ligeramente superior a la EP.</li> <li>▪ En el seguimiento a 3.5 meses la EP fue ligeramente superior al EIE.</li> </ul>
Chemtob, Novaco, Hamada y Gross (1997)	15 veteranos de guerra	12	2 modalidades: - Entrenamiento en inoculación de estrés (EIE) - Grupo control (GC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El EIE produjo mejorías significativas en medidas de control de la ira e ira rasgo al postratamiento y seguimiento a 18 meses.</li> <li>▪ No se encontraron diferencias significativas en ira estado ni en medidas psicofisiológicas de la ira entre el EIE y el GC.</li> </ul>
Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasúa (1997c)	20 víctimas de agresión sexual	6	2 modalidades: - Tratamiento multicomponente (EP +RC) - Entrenamiento en respiración (ER)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El tratamiento multicomponente fue superior a la relajación en la remisión del TEPT en el postratamiento y en el seguimiento al año.</li> </ul>
Marks, Noshirvani, Livanou y Thrasher (1998)	87 víctimas de distintos traumas	10	4 modalidades: - Exposición prolongada (EP) - Reestructuración cognitiva (RC) - Tratamiento multicomponente (EP+RC) - Entrenamiento en relajación (ER)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Al postratamiento y seguimiento al mes tanto la EP, la RC y la combinación EP+RC se mostraron superiores a ER, sin que se encontraran diferencias entre ellas.</li> <li>▪ En el seguimiento a tres y seis meses fue la terapia de exposición la que resultó más eficaz.</li> </ul>
Fecteau y Nicki (1999)	96 víctimas de accidente	8-10	2 modalidades: - Tratamiento multicomponente (EP+RC+ ER) - Control en lista de espera (LE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La terapia multicomponente se mostró clínica y estadísticamente superior a la LE en el postratamiento y seguimiento a 6 meses.</li> </ul>
Tarrier et al. (1999a; 1999b, 2004)	72 víctimas de distintos traumas	16	2 modalidades: - Exposición en imaginación (EI) - Terapia cognitiva (TC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En el postratamiento y seguimiento a 6 y 12 meses, tanto la TC como la EI mostraron mejorías significativas, sin diferencias entre ellas.</li> <li>▪ En el seguimiento a los 5 años la TC se mostró superior a la exposición.</li> </ul>

Tabla 13.2. Continuación

AUTORES	MUESTRA	Nº SESIONES	INTERVENCIONES	RESULTADOS
Foa et al. (1999a)	96 víctimas de agresión sexual y no sexual	9	4 modalidades: - Exposición prolongada (EP) - Entrenamiento en inoculación de estrés (EIE) - Tratamiento multicomponente (EP+EIE) - Control en lista de espera (LE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las tres modalidades activas de tratamiento fueron superiores a la LE en la mejora del TEPT.</li> <li>▪ La TE resultó superior al EIE y combinación de EIE y TE en la reducción de sintomatología postraumática al postratamiento y seguimiento a 6 meses.</li> </ul>
Deville y Spence (1999)	23 víctimas de diversos traumas	9	2 modalidades - Tratamiento multicomponente (ER+ EI+TC) - DRMO	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los resultados mostraron que el tratamiento multicomponente fue estadística y clínicamente más eficaz que la DRMO.</li> <li>▪ A los tres meses de seguimiento la mejoría al postratamiento aumentó en los participantes asignados a la terapia multicomponente.</li> </ul>
Glynn et al. (1999)	42 veteranos de guerra	18 (EI +TC) 34(EI+TC+TFC)	3 modalidades: - Tratamiento multicomponente (EI +TC) - Tratamiento multicomponente + terapia familiar conductual (TFC) - Control en lista de espera (LE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los dos grupos que recibieron exposición mejoraron los síntomas de reexperimentación y activación en comparación con el grupo control en lista de espera.</li> <li>▪ Los síntomas de evitación y embotamiento afectivo fueron más resistentes al tratamiento.</li> <li>▪ La TCF no aumentó el beneficio terapéutico del tratamiento multicomponente.</li> </ul>
Paunovic y Öst (2001)	20 refugiados	16-20	2 modalidades: - Exposición prolongada (EP+ TC+ER) - Tratamiento multicomponente (EP+ TC+ER)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las dos condiciones de tratamiento fueron efectivas en la reducción de sintomatología postraumática al postratamiento y seguimiento a 6 meses, sin que se encontraran diferencias entre ellas.</li> </ul>
Resick et al. (2002)	121 víctimas de agresión sexual	9-12	3 modalidades: - Terapia multicomponente (EI +TC) - Exposición prolongada (EP) - Control en lista de espera (LE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las dos modalidades de tratamiento activo se mostraron superiores a la LE, sin que se encontraran diferencias entre ellas en TEPT ni depresión.</li> <li>▪ La terapia multicomponente se mostró superior a la EP en la reducción de las cogniciones de culpa y mejora del funcionamiento final al postratamiento y en el seguimiento.</li> </ul>
Blanchard et al. (2003)	78 víctimas de accidente de moto.	8-12	3 modalidades: - Tratamiento multicomponente (EP+ TC+ER) - Psicoterapia de apoyo (AA) - Control en lista de espera (LE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los resultados mostraron que la terapia multicomponente fue superior a la psicoterapia de apoyo y al grupo control en lista de espera en la reducción de la sintomatología de TEPT y sintomatología depresiva y ansiosa, al postratamiento y en el seguimiento a tres meses.</li> </ul>

Tabla 13.2. Continuación

AUTORES	MUESTRA	Nº SESIONES	INTERVENCIONES	RESULTADOS
Bryant, Moulds, Guthrie, Dang y Nixon (2003)	58 víctimas de agresión o accidente de tráfico	8	3 modalidades: - Exposición en imaginación (EI) - Tratamiento multicomponente (EI+TC) - Asesoramiento de apoyo (AA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tanto la EI como el tratamiento multicomponente produjeron mejoras significativas en TEPT y depresión al postratamiento y seguimiento a 6 meses en comparación con el AA.</li> <li>▪ La reducción de la sintomatología fue mayor en los participantes asignados a la terapia multicomponente.</li> </ul>
Taylor et al. (2003)	60 víctimas de diversos sucesos traumáticos	60	3 modalidades - Terapia de exposición - DRMO - Entrenamiento en relajación	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tanto al postratamiento como en el seguimiento la terapia de exposición fue superior a las otras dos modalidades de tratamiento en la remisión de la sintomatología postraumática.</li> </ul>
Foa y Rauch (2004)	54 víctimas de agresión sexual	9-12	3 modalidades: - Exposición prolongada (EP) - Terapia multicomponente (EP+RC) - Control en lista de espera	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las dos modalidades activas de tratamiento fueron superiores a la LE.</li> <li>▪ La EP consiguió una reducción más rápida de la sintomatología del TEPT en comparación con la combinación de EP+RC, así como una mejora significativa de depresión, ansiedad y cogniciones postraumáticas al postratamiento y seguimiento al año.</li> </ul>
Ehler et al. (2005)	28 víctimas de diversos sucesos traumáticos	12	3 modalidades: - Terapia cognitiva (TC) - Control en lista de espera (LE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La TC se mostró una reducción significativa de medidas de TEPT, depresión y ansiedad en comparación con la LE.</li> <li>▪ La mejoría se mantuvo en el seguimiento a 6 meses.</li> </ul>
Foa et al. (2005)	179 mujeres víctimas de agresión	9-12	3 modalidades: - Exposición prolongada (EP) - Terapia multicomponente (EP+TC) - Control en lista de espera (LE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La EP y la combinación de EP y TC fueron superiores a la LE en la reducción de la sintomatología de TEPT y depresiva y en la mejora del funcionamiento social y laboral.</li> <li>▪ No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas modalidades activas de tratamiento.</li> </ul>
McDonagh et al. (2005)	74 mujeres con historia de abuso sexual en la infancia	14	3 modalidades: - Terapia multicomponente (EP+TC+ER) - Terapia centrada en solución de problemas - Control en lista de espera	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las dos modalidades activas de tratamiento fueron superiores a la LE en la disminución de la sintomatología postraumática, ansiedad y creencias relacionadas con el trauma al postratamiento, no así en síntomas de depresión, síntomas disociativos, hostilidad y calidad de vida.</li> <li>▪ En los seguimientos a los 3 y 6 meses un mayor número de participantes tratadas con terapia multicomponente dejaron de cumplir criterios de TEPT en comparación con las participantes asignadas a terapia centrada en solución de problemas.</li> </ul>



**Tabla 13.2.** Continuación

<b>AUTORES</b>	<b>MUESTRA</b>	<b>Nº SESIONES</b>	<b>INTERVENCIONES</b>	<b>RESULTADOS</b>
Monson et al. (2006)	Veteranos de guerra	12	2 modalidades: - Terapia multicomponente (EI +TC) - Control en lista de espera (LE)	▪ Un 40% del total de participantes que iniciaron el tratamiento (frente al 3% en el grupo de lista de espera) no cumplían criterios de TEPT al postratamiento y un 50% mejoraron significativamente la sintomatología postraumática.

### 13.4. TERAPIA FARMACOLÓGICA

Dado que el TEPT es un proceso muy complejo y que parece estar asociado a anomalías psicobiológicas, que involucran a sistemas neurotransmisores, neurohormonales y neuroendocrinos específicos, ciertos fármacos podrían funcionar como agentes terapéuticos eficaces. No obstante, es justamente la complejidad de esta categoría diagnóstica, la que obliga a complementar la farmacoterapia con otras técnicas de intervención de corte psicológico en el tratamiento del TEPT.

En la siguiente tabla se detallan las anomalías psicobiológicas que posiblemente estén asociadas al TEPT, así como su posible efecto clínico.

**Tabla 13.3.** Anomalías psicobiológicas asociadas posiblemente al TEPT (Friedman, Davidson, Mellman, Southwick, 2000).

<b>Anomalía psicobiológica propuesta</b>	<b>Posible efecto clínico</b>
▪ Hiperreactividad adrenérgica	▪ Hipervigilancia, reexperimentación, disociación, irritabilidad, procesamiento anormal de la información/recuerdos, pánico/ansiedad
▪ Retroalimentación negativa potenciada del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenocortical	▪ Intolerancia al estrés
▪ Desregulación de opiáceos	▪ Embotamiento
▪ Niveles elevados de factor liberador de corticotropina	▪ Hipervigilia, reexperimentación, pánico/ansiedad
▪ Sensibilización/encendido	▪ Hipervigilia, reexperimentación
▪ Desregulación glutamatérgica	▪ Disociación, deterioro del procesamiento de la información/recuerdos
▪ Desregulación serotoninérgica	▪ Embotamiento/reexperimentación, hipervigilia, respuesta al estrés mal modulada, irritabilidad, impulsividad, depresión, pánico/ansiedad, ideación obsesiva, abuso/dependencia de sustancias.
▪ Hiperactividad tiroidea	▪ Hipervigilia

Además, es posible que algunos de los trastornos psiquiátricos comórbidos (por ejemplo, depresión, trastornos de ansiedad, abuso o dependencia de sustancias, etc.) o síntomas disruptivos clínicamente significativos (por ejemplo, impulsividad, labilidad emocional, abuso o dependencia de sustancias, etc.), que frecuentemente aparecen asociados al TEPT, pudieran ser mejorados con farmacoterapia.

A pesar de que los ensayos clínicos llevados a cabo para determinar la eficacia de los tratamientos farmacológicos presentan a menudo grandes variaciones que dificultan la generalización de los resultados, parecen ser los nuevos antidepresivos, principalmente los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), el tratamiento farmacológico de elección para la sintomatología de TEPT, mostrando su eficacia en sujetos expuestos a

diferentes tipos de situaciones traumáticas.

Los estudios más amplios han sido llevados a cabo con la ISRS sertralina en los que se encontró que, aunque la magnitud del efecto fue discreta (tamaños del efecto entre .30 y .40), el tratamiento farmacológico logró una reducción significativa de los síntomas de reexperimentación, evitación e hiperactivación del TEPT en comparación con el placebo (Brady et al., 2000). Asimismo, la fuerza de la evidencia de la eficacia de la sertralina es considerada de nivel A por la AHCPR.

En general, las investigaciones han resaltado la capacidad de los ISRS sertralina, también los ISRS fluoxetina, en la reducción de las agrupaciones sintomáticas del TEPT (criterios B, C y D del DSM-IV), diferenciándose de otros fármacos por su propiedad para mejorar, además, el embotamiento afectivo. Los ISRS también parecen ser eficaces en el tratamiento de trastornos comórbidos, como depresión, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo y dependencia o abuso de sustancias. Además, los inhibidores de la recaptación de la serotonina constituyen la terapia farmacológica de elección para la mejora de los síntomas asociados al TEPT, como la ira, la impulsividad o la ideación suicida, entre otros. Por último, señalar que, si bien los ISRS generalmente tienen menos efectos colaterales que otras medicaciones, en ocasiones, no son tolerados por algunos pacientes.

Los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), más específicamente la fenelcina, se han mostrado eficaces en el tratamiento del TEPT, aunque no han sido evaluados de manera extensa (Friedman et al., 2000). Este fármaco parece actuar principalmente sobre los síntomas de reexperimentación, concretamente sobre los recuerdos intrusivos, pesadillas y *flashback*, así como sobre el insomnio, pero no sobre síntomas de embotamiento afectivo/evitación, hipervigilancia, ansiedad y depresión. La administración de los IMAO estaría contraindicada en pacientes que presentan problemas de consumo de alcohol o drogas farmacológicamente contraindicadas. Este medicamento provoca, además, efectos colaterales adversos, como problemas cardiovasculares, hepáticos u otros.

Los estabilizadores del ánimo ayudarían a mejorar la irritabilidad o la ira en sujetos con TEPT y las benzodiazepinas, aunque su eficacia sobre los síntomas de reexperimentación y evitación/embotamiento es inexistente, reducen el insomnio, la ansiedad y la irritabilidad. Las benzodiazepinas podrían ser beneficiosas a corto plazo, pero conllevan un alto riesgo en personas con un problema o una historia de consumo abusivo de sustancias adictivas. Además, no parece que tengan ninguna ventaja sobre otras clases de psicofármacos, por lo que su administración como tratamiento único para el TEPT estaría descartada. No obstante, este fármaco resulta beneficioso, siempre dentro de un marco terapéutico controlado, como terapia coadyuvante en el tratamiento a corto plazo de trastornos del sueño o para el alivio rápido de la ansiedad (Friedman et al., 2000).

En definitiva, la investigación más sólida defiende la utilización de ISRS como fármacos de elección en el tratamiento del TEPT. A pesar de los efectos colaterales que provoca su administración, también hay una evidencia consistente que apoya la eficacia, aunque moderada de los IMAO. Sin embargo, tal y como apuntan Friedman et al. (2000), las respuestas espectaculares a la farmacoterapia en sujetos con TEPT parecen haber sido la excepción más que la regla.

Son todavía muchas las incógnitas que quedan sin resolver sobre el tratamiento farmacológico del TEPT. Algunas de estas incógnitas serían: 1- determinar sobre qué poblaciones traumatizadas es más eficaz un fármaco que otro, 2- determinar la generalización de la eficacia de un determinado fármaco a otras poblaciones o a pacientes más graves o crónicos y 3-identificar para qué agrupaciones sintomáticas del TEPT es más eficaz un determinado tipo de fármaco.

Friedman et al. (2000) resumen en cuatro puntos el estado actual de la farmacoterapia en el tratamiento del TEPT: 1- Muchas personas con TEPT están recibiendo medicación; 2- Los ensayos clínicos demuestran generalmente que algunos pacientes obtienen un beneficio sustancial de la farmacoterapia. 3- Los ISRS constituyen actualmente el tratamiento farmacológico mejor establecido para el TEPT, y pueden recomendarse como terapia de primera línea y 4- Son necesarias futuras investigaciones sobre la eficacia de la terapia farmacológica.

Finalmente señalar algunas de las recomendaciones básicas que hacen Marmar, Foy, kagan, y Pynoors (1993) para el tratamiento farmacológico del TEPT.

- El tratamiento farmacológico del TEPT es recomendable en las formas severas y crónicas del cuadro, no siendo necesario en las formas más leves.

- Los síntomas positivos del TEPT (reexperimentación e hiperactivación, sobre todo, las dificultades de sueño, la repuesta de alarma exagerada y la hipervigilancia) parecen responder mejor a la farmacoterapia, no siendo recomendada para el tratamiento de los síntomas negativos como la evitación (embotamiento y aislamiento).

- El uso de fármacos es necesario cuando el TEPT cursa con una importante comorbilidad (depresión mayor, trastorno de pánico, abuso de sustancias, ansiedad generalizada, entre otros).

### 13.5. EFICACIA DIFERENCIAL DE LA TERAPIA PSICOLÓGICA VERSUS TERAPIA FARMACOLÓGICA

Van Etten y Taylor (1998) llevaron a cabo un estudio meta analítico que incluyó 61 ensayos clínicos, en el que compararon, en función de la tasa de abandono y tamaño del efecto, la eficacia diferencial de las terapias farmacológicas, psicológicas y grupos control en el tratamiento del TEPT. Los principales resultados se resumen en la tabla 13.4.

Del estudio se desprende que son las terapias psicológicas en comparación con las farmacológicas y los controles las más efectivas en el tratamiento del TEPT. Dentro de las terapias farmacológicas, serían los inhibidores de la recaptación de serotonina los más eficaces. En cuanto a las terapias psicológicas, la terapia conductual o cognitivo conductual (que incluye exposición y entrenamiento en inoculación de estrés) y la terapia de reprocesamiento y desensibilización por movimientos oculares resultaron las más eficaces en el tratamiento del TEPT. En cuanto a la adherencia al tratamiento, la tasa de abandono fue significativamente mayor en las terapias farmacológicas que en las terapias psicológicas.

**Tabla 13.4.** Comparación de la eficacia de los tratamientos del TEPT (Van Etten y Taylor, 1998)

INTERVENCIÓN	% ABANDONOS	Tamaño del efecto de la diferencia de medias (pre-post) en TEPT
Control en lista de espera	6	.44
Fármaco placebo	23	.51
Antidepresivos tricíclicos	26	.54
Carbamazepina	9	.93
Inhibidores de la recaptación de serotonina	36	1.38
Benzodiazepinas	38	.49
Terapia conductual o cognitivo conductual	15	1.27
DRMO	14	1.24
Hipnosis	11	.04
Psicoterapia de apoyo	21	.34

Van Etten y Taylor (1998) concluyen que, aunque la eficacia a corto plazo de la terapia farmacológica (cuando se administran inhibidores de la recaptación de serotonina) es similar a la terapia conductual o cognitivo conductual, a largo plazo es superior la eficacia de las intervenciones psicológicas en el tratamiento del TEPT, al dotar al paciente de habilidades de afrontamiento.

Friedman et al. (2000) tras la revisión de estudios sobre la eficacia de la terapia farmacológica en el tratamiento del TEPT, concluyen que dado que existen pruebas inequívocas que demuestran la eficacia de la terapia psicológica para el TEPT, la medicación no debe ser considerada una intervención de primera elección en el tratamiento de este trastorno.

## 13.6. RESUMEN

En un trastorno tan complejo como es el TEPT son las terapias psicológicas frente a las terapias farmacológicas el tratamiento de elección a largo plazo.

Del conjunto de terapias psicológicas son aquellas de corte cognitivo conductual las que cuentan con un mayor número de estudios metodológicamente rigurosos que defienden su eficacia, habiendo un acuerdo en considerar la terapia de exposición como el tratamiento por excelencia para el TEPT. Respecto a la terapia farmacológica, la investigación más sólida defiende la utilización de los ISRS como fármacos de elección en el tratamiento de este trastorno.

A priori, parecería aconsejable que a la hora de intervenir en un trastorno de la complejidad del TEPT se apueste por tratamientos multicomponente que, además del componente de exposición, incluyan otros, como técnicas de corte cognitivo o aquellas dirigidas a controlar los niveles de activación. Esta idea, que es defendida por los modelos teóricos actualmente más influyentes del TEPT (Brewin, 2001) es un punto de discrepancia en el campo empírico, entre los estudios que defienden que la exposición es la intervención más eficaz en el tratamiento de este trastorno y la terapia cognitiva no aumenta su beneficio terapéutico (Foa et al., 1999a, 2004, 2005; Marks et al., 1998; Paunovic y Öst, 2001; Resick et al., 2002), y quienes, por el contrario, apuestan por la terapia cognitiva como tratamiento de elección para el TEPT (Tarrier y Sommerfield, 2004).

Foa, Davidson y Francés (1999) defienden que en pacientes con una grave sintomatología postraumática o en aquellos en los que el TEPT no remite tras la aplicación de un determinado tipo de intervención, sería apropiada la aplicación de programas que incluyan terapia cognitiva, exposición y entrenamiento en control de la activación.



Si bien el trastorno de estrés postraumático es el diagnóstico que mejor parece predecir el conjunto de síntomas que presentan las mujeres maltratadas (Echeburúa et al., 1997a; Gleason, 1993), actualmente son escasos los programas de tratamiento para víctimas de violencia doméstica que aborden la sintomatología postraumática de manera específica. Por lo general, las intervenciones llevadas a cabo con este tipo de víctimas han estado dirigidas al tratamiento de la culpabilidad, el deterioro de la autoestima, la mejora de la red social, así como la expresión adecuada de la ira. Fundamentalmente, su objetivo ha sido el aprendizaje de habilidades de afrontamiento que ayudaran a estas mujeres a recobrar el control sobre su propia vida y el fomento de su autonomía e independencia, pasando por alto la evaluación y el tratamiento específico del TEPT. Además, en muchos de los trabajos se constatan problemas de corte metodológico, como los derivados de una inadecuada (a veces incluso inexistente) evaluación de los síntomas del TEPT, escasa validez externa y potencia de las investigaciones, la falta de estandarización de los programas aplicados, la falta de grupos de control o la ausencia de resultados sobre la eficacia empírica de las intervenciones.

Por otro lado, las características específicas de la violencia doméstica, esto es, su carácter crónico y repetido y su ocurrencia en el lugar más seguro para la víctima y a manos de la persona supuestamente de mayor confianza, explicarían que el TEPT, que frecuentemente sufren estas mujeres, presente asimismo una sintomatología específica. Tal como se ha señalado anteriormente, serían los síntomas de reexperimentación, concretamente la presencia de recuerdos desagradables y recurrentes sobre el maltrato y el malestar psicológico intenso al recordar el suceso, así como los síntomas de hiperactivación, que se manifiestan en dificultades para conciliar el sueño y de concentración y en un estado permanente de hipervigilancia, los que con mayor frecuencia manifiestan estas víctimas. Por el contrario, los síntomas de evitación no son tan frecuentes en mujeres maltratadas. Asimismo, estas mujeres manifiestan a menudo una grave sintomatología depresiva, una baja autoestima, cogniciones postraumáticas y un marcado deterioro del nivel de adaptación a las diferentes áreas de la vida cotidiana.

Por tanto, estos hallazgos obligan a pensar en la necesidad de intervenciones estructuradas y ajustadas a las características psicopatológicas que presentan estas víctimas, esto es, intervenciones dirigidas al tratamiento de la sintomatología postraumática, que tengan en cuenta la especificidad con la que se manifiesta este trastorno en esta población y de la sintomatología concomitante.

A partir de la revisión de las intervenciones para mujeres maltratadas llevada a cabo en



el capítulo séptimo y de las deficiencias que muchas de ellas presentan, se podrían señalar algunos aspectos fundamentales en el tratamiento de estas víctimas. A continuación se señalan algunos de ellos:

✓ Tratamientos ajustados a la sintomatología que presentan las víctimas, esto es, al trastorno de estrés postraumático, al ser ésta la categoría diagnóstica que mejor describe el conjunto de síntomas que sufren las mujeres expuestas a violencia doméstica.

✓ Programas de intervención multicomponente, que incluyan aquellas técnicas que han resultado eficaces en el tratamiento de estas víctimas, esto es, psicoeducación, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, como el entrenamiento en relajación y en solución de problemas, terapia cognitiva y terapia de exposición.

✓ Intervenciones breves que no superen los 2 ó 3 meses de duración. Esta brevedad viene exigida por el profundo malestar que presentan estas mujeres y su necesidad de adaptarse lo más rápidamente posible a una nueva realidad. Por tanto, lograr una mejoría a corto plazo debería ser uno de los objetivos principales en la intervención con estas víctimas.

✓ Tratamientos en modalidad grupal, ya que ofrecen algunas ventajas frente a la intervención individual, como: poder desahogarse emocionalmente con mujeres que han vivido la misma situación, comprobar que no son las únicas en experimentar esas reacciones y comprender que no son culpables del maltrato que han sufrido; aprender estrategias de afrontamiento, a partir de la experiencia de personas que sufren el mismo tipo de dificultades; motivarse para el cambio, a través de los logros de las demás que demuestran que el éxito es posible, aumentando así la confianza en los propios recursos; y por último, ayudar al resto de las participantes, que contribuye a que las víctimas no estén pendientes exclusivamente de sus propias limitaciones (Echeburúa, 2004). Además, el grupo ofrece la posibilidad de construir una red de apoyo social que ayude a la víctima a romper su aislamiento.

✓ Programas de intervención que respondan a un marco teórico sólido, que justifique la elección de unas técnicas determinadas y su orden de aplicación.

✓ Si bien el sexo del terapeuta es, en general, irrelevante en la mayoría de las intervenciones, en los casos de violencia doméstica, en donde las víctimas son fundamentalmente mujeres, la presencia de terapeutas del mismo sexo facilita, al menos en las primeras fases del proceso, la interacción con la víctima y el establecimiento de una alianza terapéutica positiva (Echeburúa y Corral, 1998).

Y con respecto a la investigación clínica, son necesarios estudios que empleen métodos rigurosos en la evaluación de la eficacia de las intervenciones. Los estudios bien controlados deberían cumplir los siguientes requisitos:

✓ Definición precisa de los síntomas diana, de forma que puedan emplearse medidas apropiadas para valorar la mejoría. Además de los síntomas diana, es importante definir la población a la que va dirigido el tratamiento. En este sentido Foa, Keane y Friedman (2000) señalan que la delineación de criterios de inclusión y exclusión es necesaria tanto para examinar los predictores de resultado como para evaluar la eficacia del tratamiento y su extrapolabilidad más allá de la muestra estudiada.

✓ Uso de medidas con buenas propiedades psicométricas que garanticen su fiabilidad y validez.

✓ Estudios llevados a cabo con grupo control con el que comparar los resultados obtenidos en el grupo experimental a partir de la intervención. Desde un punto ético, la utilización de un grupo control sin tratamiento con esta muestra clínica sería impensable, ya que exigiría privar a estas víctimas de la ayuda psicológica que tanto necesitan. Una alternativa viable para este tipo de estudios sería la utilización de un grupo control de lista de espera, que suponga un aplazamiento del inicio del programa de tratamiento durante un periodo similar al de la duración del mismo, siempre y cuando este aplazamiento sea demandado de manera espontánea por la participante, ante la imposibilidad de incorporarse inmediatamente. En este sentido, los grupos control de lista de espera no privan a ninguna persona del tratamiento que necesita y ofrecen la posibilidad de estudiar los cambios en la sintomatología debidos al mero paso del tiempo.

✓ Seguimientos al mes, tres, seis y doce meses tras la finalización de la intervención, que ofrezcan resultados de la evolución a lo largo del tiempo de la mejoría alcanzada en el postratamiento.

✓ Uso de muestras grandes y representativas de la población de mujeres maltratadas, que permita la generalización de los resultados.

La propuesta de intervención que a continuación se presenta se entronca en la línea de trabajo desarrollada por el equipo de investigación dirigido por Francisco Labrador Encinas, y más concretamente surge a partir de los resultados de dos estudios (Labrador y Rincón, 2002 y Rincón, 2003). En el primero desarrollaron un programa de tratamiento para mujeres víctimas de maltrato doméstico con TEPT crónico. Es un programa breve (8 sesiones de 90 minutos) en modalidad grupal, que incluye psicoeducación, entrenamiento en control de la activación, terapia cognitiva y terapia de exposición. En el grupo experimental el 100% de las participantes superó el TEPT al postratamiento y el 85% en el seguimiento a 1 y 3 meses. También aparecieron cambios significativos en la sintomatología concomitante (depresión, autoestima, inadaptación a la vida cotidiana y cogniciones postraumáticas). No aparecieron diferencias en

ninguna de estas variables en el grupo control de lista de espera, que recibió el tratamiento dos meses más tarde.

En el segundo de los estudios (Rincón, 2003), se comparó la eficacia diferencial de dos programas de intervención, con idénticos componentes pero que variaban en el orden de aplicación, para el tratamiento del TEPT en mujeres víctimas de violencia doméstica. Los programas de intervención que incluían psicoeducación, entrenamiento en control de la activación, terapia cognitiva y terapia de exposición fueron aplicados a una muestra de 50 mujeres maltratadas con diagnóstico de TEPT crónico. Para evaluar la eficacia de la intervención se comparó el grupo experimental con un grupo control de lista de espera, que recibió el tratamiento dos meses más tarde y con el que se llevó a cabo una segunda evaluación pretratamiento. Los resultados mostraron una remisión del TEPT en el 100% de las participantes al postratamiento y en el 88% en el seguimiento a los seis meses.

A partir de las consideraciones anteriores y de los hallazgos de los estudios de Labrador y Rincón (2002) y Rincón (2003), en la segunda parte de este trabajo se describe y evalúa una propuesta de intervención para el tratamiento del TEPT en víctimas de violencia doméstica. No obstante, dado que el TEPT es un trastorno altamente invalidante, que interfiere significativamente en el funcionamiento social, laboral, familiar y de pareja de la víctima, y que de manera concomitante afecta a su nivel de autoestima, estado de ánimo, nivel de ansiedad y a su sistema de creencias previo, es esperable que la remisión de los síntomas postraumáticos se asocie a una mejoría en variables de adaptación y sintomatología concomitante.

El programa de intervención tiene una duración de 8 sesiones de periodicidad semanal y está formado por los siguientes componentes:

- **Psicoeducación:** el objetivo es que la víctima comprenda lo que le está pasando. Para ello se les informa sobre las características de la violencia doméstica, sus consecuencias y las reacciones normales ante este tipo situaciones. También se les explican los objetivos terapéuticos y el programa de tratamiento que se va a llevar a cabo.

- **Entrenamiento en control de la activación:** el objetivo es disminuir la hiperactivación fisiológica constante que presentan estas víctimas y mejorar así su calidad de sueño, su capacidad de concentración y reducir los niveles de irritabilidad y las respuestas de alarma. Para ello se explica y entrena a las participantes en la técnica de control de la respiración.

- **Terapia cognitiva:** está dirigida al trabajo de aquellas emociones secundarias, esto es, ideas de culpa, de baja autoestima y de indefensión, que han surgido de la evaluación consciente de la experiencia de maltrato, así como a facilitar la readaptación de las víctimas a su nuevo entorno. En este programa de intervención se ha trabajado con parada de pensamiento, reevaluación cognitiva y entrenamiento en solución de problemas.

- Terapia de exposición: está dirigida a la exposición en imaginación y por escrito a los recuerdos del suceso traumático, con el objeto de extinguir las reacciones emocionales experimentadas durante los episodios violentos, principalmente el miedo, y favorecer el reprocesamiento a nivel verbal de las memorias traumáticas.

La elección de las técnicas y su orden de aplicación está basado en la recomendación que hacen Brewin et al. (1996) de incluir en el tratamiento del TEPT terapia cognitiva y terapia de exposición, y de respetar este orden de aplicación, para impedir que las emociones negativas secundarias, derivadas de la evaluación consciente que hace el sujeto de la situación traumática, interfieran en la habituación al miedo durante la exposición y en el reprocesamiento verbal de las memorias traumáticas.

Por tanto, este programa de intervención está dirigido a paliar las consecuencias que a nivel psicológico ha provocado la violencia doméstica en estas mujeres, esto es, a reducir el trastorno de estrés postraumático y en consecuencia la sintomatología asociada, y a conseguir que las participantes disminuyan su sensación de malestar subjetivo, favoreciendo su readaptación a la vida cotidiana. También se pretende la rehabilitación psicosocial de las mujeres, esto es, conseguir una mejora funcional de las participantes.

La alta prevalencia de esta problemática en mujeres inmigrantes en nuestro país y en otras culturas, como es la mexicana, obliga a la validación de tratamientos, que han resultado eficaces en muestras españolas (Labrador y Rincón, 2002; Rincón, 2003), en este tipo de poblaciones, en búsqueda de posibles diferencias que pudieran resultar interesantes desde el punto de vista científico. Por tanto, en esta investigación el programa de tratamiento para víctimas de violencia doméstica con TEPT ha sido aplicado y evaluado en tres grupos de población, esto es, mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.



# **PARTE EMPÍRICA**

---



### 15.1. INTRODUCCIÓN

El objetivo central de esta investigación es el desarrollo y evaluación de la eficacia de un programa de intervención para el tratamiento del TEPT en víctimas de violencia doméstica. Este propósito se ha desarrollado a partir de las siguientes consideraciones:

En primer lugar, de la alta prevalencia que el problema de malos tratos tiene en la población de mujeres. El informe de la Organización Mundial de la Salud señala que entre un 10% y un 69% de las mujeres han sido víctimas de malos tratos físicos en su relación de pareja en algún momento de su vida (Krug et al., 2002). En nuestro país, según la última macroencuesta realizada por el Instituto de la Mujer, un 7.2% de las mujeres, sin ser consciente de ello, es víctima de violencia doméstica a manos de su pareja (ya sea la actual o el ex marido/ex pareja). Además, un 2.1% refirió haber sido maltratada durante el último año (Instituto de la Mujer, 2007).

En segundo lugar, de la gravedad de las secuelas del maltrato en la salud psicológica de estas mujeres, siendo el trastorno de estrés postraumático una de las categorías diagnósticas que con mayor frecuencia desarrollan las víctimas (Dutton et al., 2006; Golding, 1999; Labrador, Rincón, De Luis y Fernández, 2004). Concretamente, la prevalencia estimada del TEPT en víctimas de violencia doméstica oscila entre el 31% y el 84.4%, con una media ponderada de un 63.8% (Golding, 1999).

En tercer lugar, de la escasez de programas terapéuticos específicos para el tratamiento del TEPT en mujeres víctimas de violencia doméstica. En este sentido, la mayoría de las intervenciones llevadas a cabo con este tipo de víctimas se han centrado en la mejora de la autoestima, entrenamiento en asertividad, habilidades de comunicación y solución de problemas, pero no en la sintomatología específica del TEPT.

Por otro lado, son pocos los estudios que ofrecen intervenciones estructuradas y, además, evalúen de forma controlada sus resultados. Muchos de estos estudios presentan debilidades metodológicas, como la diversidad de instrumentos utilizados para cuantificar la misma variable, un reducido tamaño muestral, la ausencia de un grupo de control y de seguimientos a medio y largo plazo o una escasa formación terapéutica de los profesionales que llevan a cabo las intervenciones (Abel, 2000).

Por último, de los importantes avances tanto en el campo de la formulación teórica como en el de la intervención, que señalan: 1- La necesidad de tratar, además del propio TEPT, los



síntomas que de manera concomitante aparecen frecuentemente asociados a este cuadro clínico, como son los síntomas depresivos, la pérdida de autoestima, los sentimientos de culpa y los problemas de adaptación social y personal; 2- La necesidad de utilizar programas multicomponente que incluyan aquellas técnicas que se han mostrado eficaces en el tratamiento de este problema, esto es, entrenamiento en control de la ansiedad, terapia de exposición y terapia cognitiva; 3- La conveniencia de una intervención psicológica breve, que logre un alivio rápido del profundo malestar que presentan estas mujeres y facilite su readaptación a la sociedad; 4- La importancia de programas de intervención que respondan a un marco teórico sólido, que justifique la elección de unas técnicas determinadas y su orden de aplicación; y 5- La importancia de evaluar de forma empírica la eficacia de estos programas.

De las investigaciones previamente revisadas, son cuatro los estudios bien controlados que abordan de manera específica el TEPT en víctimas de violencia doméstica, aplican programas de intervención multicomponente, ofrecen una descripción estructurada de los tratamientos y aportan resultados sobre la eficacia de las intervenciones. El primero es el llevado a cabo en el País Vasco por Echeburúa et al. (1996), en el que aplicaron un programa individual de 12 sesiones que incluía: expresión emocional, reevaluación cognitiva y entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento. De manera más reciente, Kubany et al. (2004) han aplicado un programa individual de entre 8 y 11 sesiones que incluye: psicoeducación sobre el TEPT y manejo del estrés, entrenamiento en relajación, exposición a películas sobre violencia doméstica, entrenamiento en asertividad, entrenamiento en autocuidado y autodefensa y entrenamiento para evitar la revictimización. Se constataron reducciones significativas de la sintomatología postraumática y sintomatología concomitante al TEPT en el postratamiento y en los seguimientos. No obstante, los dos estudios presentan algunas limitaciones. Las intervenciones aplicadas en estos estudios no se basan en un marco teórico sólido, que justifique la elección de unas determinadas técnicas y su orden de aplicación. Además, el estudio de Echeburúa et al. (1996) carece de un grupo control con el que comparar los resultados del grupo que recibe tratamiento.

Labrador y Rincón (2002) han desarrollado un programa de intervención para el TEPT en víctimas de violencia doméstica, respaldado, desde el punto de vista científico, por un marco teórico sólido en la explicación y tratamiento de este trastorno, esto es, la Teoría de la Representación Dual (Brewin et al., 1996; Brewin, 2001). Desde esta teoría se plantea que el tratamiento del TEPT debe incluir técnicas cognitivas, dirigidas a la reevaluación de las reacciones emocionales secundarias, como la culpa, la desesperanza o la indefensión y exposición a las memorias traumáticas, siendo esta técnica el eje fundamental de cualquier intervención dirigida al TEPT. Brewin et al. (1996, 2001) enfatizan específicamente en la necesidad de exponer al paciente a las lagunas de la memoria autobiográfica del trauma (lo que ellos han

denominado “puntos calientes” del trauma”), con el fin de facilitar el reprocesamiento verbal de las memorias traumáticas y favorecer su transferencia desde la memoria situacionalmente accesible a la memoria verbalmente accesible.

A partir de esta consideración, Labrador y Rincón (2002) estudiaron la eficacia empírica de un programa grupal de intervención para el tratamiento del TEPT en víctimas de violencia doméstica, que incluye psicoeducación, entrenamiento en control de la activación, terapia cognitiva y terapia de exposición. Se logró una remisión del TEPT en el 100% de las participantes al postratamiento y en el 85% en el seguimiento a 1 y 3 meses. También aparecieron cambios significativos en las variables concomitantes evaluadas (depresión, autoestima, inadaptación a la vida cotidiana y social y aspectos cognitivos derivados de la experiencia de maltrato). En trabajos posteriores, en los que se han utilizado muestras más amplias, se han confirmado estos resultados (Labrador y Alonso, 2005; Labrador, Fernández y Rincón, 2006; Rincón y Labrador, 2004), avalando la eficacia de este programa de tratamiento del TEPT y sintomatología asociada en víctimas de violencia doméstica.

Algunos de los aspectos que diferencian la intervención desarrollada por Labrador y Rincón (2002) de las intervenciones aplicadas en los estudios previamente revisados serían: por un lado, la importancia concedida a la exposición. En este sentido, en el estudio de Kubany et al. (2004) la exposición se aplica como una técnica más de todo el paquete terapéutico y no está dirigida específicamente a las memorias traumáticas, más bien es una exposición a situaciones de violencia que son presentadas en forma de películas. En el trabajo de Echeburúa et al. (1996), la exposición tampoco tiene un peso específico y se plantea como una técnica para el entrenamiento de habilidades de afrontamiento. Sin embargo, en el trabajo de Labrador y Rincón (2002), siguiendo las recomendaciones de Brewin et al. (1996, 2001), la exposición es uno de los componentes fundamentales del tratamiento y se centra en conseguir el reprocesamiento de las memorias traumáticas (procesamiento automático) que el sujeto no ha podido procesar consciente o de manera controlada (procesamiento controlado).

Otro de los aspectos que diferencian el programa de tratamiento de Labrador y Rincón (2002) de los trabajos de Echeburúa et al. (1996) y Kubany et al. (2004) es que ha sido llevado a cabo en modalidad grupal. El formato de intervención grupal presentaría algunas ventajas frente al individual, como la oportunidad que ofrece a la víctima de sentirse comprendida por otras mujeres en su misma situación o la posibilidad de construir, desde el inicio, una red de apoyo social que le ayude a romper su aislamiento, entre otras.

Además de estas discrepancias entre los estudios, un aspecto común a todos ellos es la brevedad de las intervenciones. Se han aplicado intervenciones breves que no superan los 2 ó 3 meses de duración. Esta brevedad viene exigida por el profundo malestar que presentan estas mujeres y su necesidad de adaptarse lo más rápidamente posible a una nueva realidad. Asimismo,

en todos los trabajos, las intervenciones han sido llevadas a cabo por profesionales con una óptima formación terapéutica y entrenados en las técnicas de intervención aplicadas.

A partir de los hallazgos de los trabajos de Labrador y Rincón (2002) y Rincón (2003) y de los avances tanto en el campo de la formulación teórica como en el de la intervención, se plantea como *objetivo general* de esta investigación el desarrollo y evaluación de la eficacia de un programa de intervención breve y protocolizado para el tratamiento grupal del trastorno de estrés postraumático y sintomatología concomitante en mujeres víctimas de violencia doméstica.

Siguiendo con el planteamiento de Brewin et al. (1996), que defienden que una parte muy importante de los procesos que subyacen al desarrollo del TEPT tienen que ver con el procesamiento automático de la información y que este trastorno incluye conductas automáticas, facilitadas genéticamente y, por tanto, bastante independientes de las condiciones culturales en las que aparezca el problema, se podría esperar que una vez que se dan las condiciones para que se desarrolle el TEPT, su aparición y mantenimiento sería bastante similar, con independencia de las características culturales de cada persona o ambiente. No obstante, algunos factores, como el nivel de apoyo social o el nivel de estrés tras el trauma podrían modular de forma importante su aparición (Brewin, Andrews y Valentine, 2000).

Por tanto, si el TEPT es un problema esencialmente derivado de la actuación de un procesamiento automático (Brewin et al., 1996, 2001) y, en consecuencia, poco sujeto a variaciones culturales, se podría esperar que mujeres maltratadas de distintos países se beneficien de la intervención, a pesar de posibles diferencias culturales. A partir de estas consideraciones, se va a analizar también en esta investigación si existen diferencias en la eficacia del programa de intervención entre un grupo de mujeres españolas, inmigrantes en nuestro país y mexicanas. Además, se va a explorar si existen diferencias en las características e historia de la violencia y en la sintomatología de TEPT y variables asociadas en el pretratamiento entre estos tres grupos de mujeres, en función de su nacionalidad.

## 15.2 OBJETIVOS

El objetivo general se puede desglosar en los siguientes objetivos específicos:

1- Establecer un programa grupal de intervención breve y eficaz para el tratamiento del TEPT y sintomatología concomitante en mujeres víctimas de violencia doméstica.

2- Evaluar los cambios experimentados por las mujeres maltratadas tras la intervención terapéutica en la sintomatología postraumática (postratamiento).

3- Evaluar los cambios experimentados por las mujeres maltratadas tras la intervención terapéutica en otras variables asociadas a la sintomatología postraumática, esto es, en depresión,

ansiedad, autoestima, niveles de inadaptación y cogniciones postraumáticas, a partir del tratamiento del TEPT (postratamiento).

4- Evaluar los cambios experimentados por las mujeres en sintomatología postraumática y sintomatología concomitante en los seguimientos llevados a cabo al mes, tres, seis y doce meses de concluida la intervención (seguimiento).

5- Evaluar los cambios experimentados por las mujeres en sintomatología concomitante en los seguimientos llevados a cabo al mes, tres, seis y doce meses de concluida la intervención (seguimiento).

6- Explorar si existen diferencias significativas en la eficacia de la intervención, en las características e historia de la violencia y en la sintomatología del TEPT y variables asociadas entre tres grupos de mujeres víctimas de violencia doméstica en función de su nacionalidad. En concreto, entre un grupo un grupo de mujeres españolas, un grupo de mujeres inmigrantes en España y un grupo de mujeres mexicanas.

### 15.3 HIPÓTESIS

Para analizar los objetivos especificados previamente se propuso el contraste de las siguientes hipótesis de trabajo:

■ **HIPÓTESI I: Si el tratamiento resulta más eficaz que el no tratamiento, entonces:**

H11: Habrá una reducción significativamente mayor de síntomas de TEPT en el postratamiento, en las mujeres asignadas al grupo de tratamiento en comparación con un grupo de no tratamiento, en las siguientes escalas:

- . Reexperimentación
- . Evitación
- . Hiperactivación
- . Escala global del TEPT

H12: Habrá una reducción y/o mejora significativamente mayor de síntomas asociados al TEPT al postratamiento, en las mujeres asignadas al grupo de tratamiento en comparación con un grupo de no tratamiento, concretamente en;

- . Depresión
- . Nivel de ansiedad
- . Nivel de autoestima
- . Nivel de adaptación
- . Cogniciones postraumáticas

H13: La reducción significativa de síntomas de TEPT en el postratamiento se mantendrá en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses en las mujeres asignadas al grupo de tratamiento, en las siguientes escalas:

- . Reexperimentación
- . Evitación
- . Hiperactivación
- . Escala global del TEPT

H14: La reducción y/o mejora significativa de síntomas asociados al TEPT en el postratamiento se mantendrá en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses en las mujeres asignadas al grupo de tratamiento, concretamente en:

- . Depresión
- . Nivel de ansiedad
- . Nivel de autoestima
- . Nivel de adaptación
- . Cogniciones postraumáticas

■ **HIPÓTESIS II:** Se ha explorado si existen diferencias entre un grupo de mujeres de nacionalidad española, un grupo de mujeres de nacionalidad mixta (mujeres inmigrantes en España) y un grupo de mujeres de nacionalidad mexicana en:

- . Las características e historia de la violencia.
- . La sintomatología postraumática y sintomatología concomitante (depresión, ansiedad, autoestima, nivel de adaptación y cogniciones postraumáticas) en el pretratamiento.
- . La eficacia de la intervención en el postratamiento y en los seguimientos al mes, tres, seis y doce meses.

# 16

## MÉTODO

### 16.1. DISEÑO

El diseño utilizado para este estudio es un diseño cuasi experimental de dos grupos independientes (grupo de tratamiento y grupo de no tratamiento) con medidas repetidas (pretratamiento, postratamiento y seguimiento al mes, tres, seis y doce meses), en el que sólo para las evaluaciones pretratamiento y postratamiento hay una condición de no tratamiento.

#### 16.1.1 VARIABLES

##### 16.1.1.1 Variable independiente

La variable independiente es la intervención psicológica, esto es, el tratamiento para el TEPT y sintomatología asociada en mujeres víctimas de violencia doméstica. Esta variable adopta dos niveles:

- 1- Tratamiento psicológico (grupo de tratamiento).
- 2- No tratamiento (grupo de no tratamiento).

Dado el grave malestar psicológico que presentan las víctimas de violencia doméstica y la necesidad urgente de ser atendidas a nivel psicológico, el retraso de la ayuda terapéutica, con el objeto de disponer de un grupo control, resulta impensable desde un punto de vista ético.

El grupo de no tratamiento estuvo formado por mujeres que, tras la evaluación pretratamiento, fueron asignadas inmediatamente a un grupo de intervención, pero, por motivos ajenos a la investigación, no pudieron finalmente incorporarse. Se solicitó a este grupo de mujeres que llevaran a cabo una segunda evaluación pretratamiento a los dos meses de haber sido realizada la primera (al ser dos meses lo que dura el programa de intervención). Por tanto, las medidas de ambos grupos (tratamiento y no tratamiento) fueron independientes. Hay que señalar que estas mujeres que no participaron en el programa de intervención, no recibieron ningún otro tipo de atención psicológica durante el lapso temporal entre la primera y la segunda evaluación pretratamiento. Una vez transcurrido este tiempo, fueron atendidas de manera individual por el personal especializado de los centros de derivación.

### 16.1.1.2 Variables dependientes

#### 1- *Sintomatología de TEPT:*

- . Una puntuación global del TEPT.
- . Tres puntuaciones específicas, correspondientes a las tres dimensiones del TEPT:
  - Reexperimentación
  - Hiperactivación
  - Evitación

#### 2- *Sintomatología concomitante y variables de adaptación:*

- . Depresión
- . Ansiedad
- . Autoestima
- . Niveles de adaptación a la vida cotidiana:
  - Una puntuación global.
  - Seis puntuaciones específicas, correspondientes al nivel de adaptación en el área: laboral y/o estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja, vida familiar y adaptación en general.
- . Cogniciones postraumáticas:
  - Una puntuación global.
  - Tres puntuaciones específicas, correspondientes a cogniciones sobre: el mundo, sí mismo y autoinculpción.

#### 3- *Adherencia al tratamiento.* Se consideraron tres índices:

- . Abandono del tratamiento: variable cualitativa nominal con dos niveles: abandono y no abandono.
- . Asistencia a sesiones: variable cuantitativa del número de sesiones al que han asistido las participantes en el estudio.
- . Cumplimiento de tareas: variable cuantitativa del número de tareas asignadas para casa, llevadas a cabo por las participantes en el estudio.

### 16.1.1.3 Variables extrañas o contaminadoras

**Terapeuta:** para su control se aplicó la constancia. Todos los tratamientos fueron llevados a cabo por la misma terapeuta, la autora de esta tesis doctoral.

**Evaluadores:** La evaluación pretratamiento, la evaluación al postratamiento, así como la mayoría de las evaluaciones de los seguimientos al mes, tres, seis y doce meses de las participantes en el estudio fueron realizadas por la misma psicóloga, la autora de esta tesis

doctoral. Algunas de las evaluaciones a los tres y seis meses, fueron realizadas por las psicólogas de los centros desde los que fueron derivadas las mujeres (<sup>1</sup>). Asimismo, los seguimientos a los tres y seis meses de las mujeres mexicanas fueron llevados a cabo por una psicóloga residente en este país (<sup>2</sup>). Hay que señalar que estas evaluaciones, como se precisará más adelante, se realizaron aplicando un protocolo estándar, basado esencialmente en cuestionarios, lo que relativiza de forma importante la intervención del evaluador. Cuando la evaluación fue llevada a cabo por personas distintas a la autora de esta tesis, previamente se llevó a cabo un entrenamiento para igualar su realización.

**Otras variables:** la identificación y control del valor de otras posibles variables contaminadoras, como las variables sociodemográficas (edad, nivel educativo, etc.) o las circunstancias del maltrato (convivencia o no con el agresor, frecuencia de la violencia, etc.) se realizó en el análisis de los resultados.

## 16.2. PARTICIPANTES

Fueron evaluadas 131 mujeres víctimas de violencia doméstica. De todas ellas, 21 mujeres no cumplían criterios para el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático, por tanto, no participaron en el programa de tratamiento. Las mujeres sin TEPT fueron nuevamente derivadas al centro de atención desde el que habían sido remitidas, para que recibieran otro tipo de intervención. Es importante matizar que muchas de las mujeres evaluadas habían sido previamente seleccionadas por la psicóloga responsable del centro de derivación para participar en el tratamiento, al presentar sintomatología postraumática como consecuencia de la violencia doméstica. Esto explicaría el alto porcentaje de mujeres con TEPT del total de las mujeres evaluadas, no pudiéndose obtener conclusiones de ningún tipo, respecto a la prevalencia del TEPT en víctimas de violencia doméstica.

De las 110 mujeres que cumplían criterios para el diagnóstico de TEPT, 19 rechazaron el tratamiento, la mayoría por problemas de fuerza mayor, como enfermedad, imposibilidad de compaginar el horario de grupo con el de trabajo, tener hijos enfermos a su cuidado, etc. Señalar que se solicitó a 16 de las 19 mujeres que rechazaron el tratamiento que llevaran a cabo una segunda evaluación pretratamiento, transcurridos dos meses desde la primera, por lo que se pudo formar un grupo de no tratamiento con el que comparar los resultados del grupo de tratamiento. Por otro lado, 4 mujeres fueron asignadas a un grupo piloto, cuyos resultados no han sido incluidos en esta investigación. Por tanto, la muestra estuvo constituida finalmente por **103** mujeres víctimas de violencia doméstica con diagnóstico de TEPT según criterios DSM-IV-TR,

---

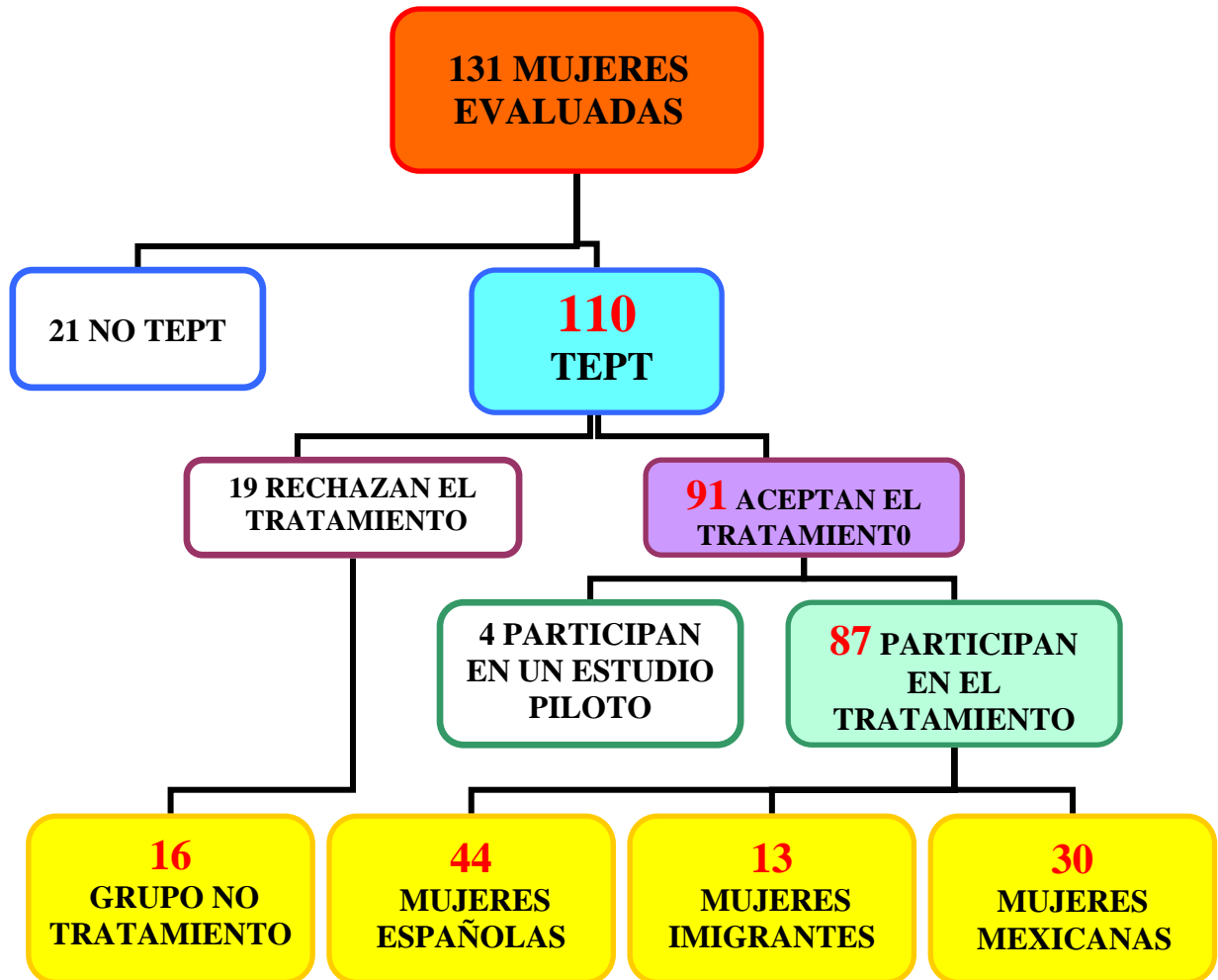
<sup>1</sup> Se agradece la colaboración de María José Bueno, Beatriz Mata y Miriam Cejudo por llevar a cabo algunos seguimientos.

<sup>2</sup> Se agradece la colaboración de Dña. Flor Hidalgo Salazar en este cometido.



**16** en el **grupo de no tratamiento** y **87** en el **grupo de tratamiento**. El siguiente organigrama representa gráficamente la participación de las mujeres en el estudio.

**Figura 16.1.** Participación de las mujeres en el estudio



A continuación se presentan los criterios de inclusión y exclusión para la participación en el programa de tratamiento (Tabla 16.1).

**Tabla 16.1.** Criterios de inclusión y exclusión para el programa de tratamiento.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>. Ser mujer mayor de edad.</li> <li>. Haber sido o estar siendo víctima de violencia doméstica.</li> <li>. Cumplir criterios DSM-IV-TR para el trastorno de estrés posttraumático.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Tener diagnóstico actual o previo de trastorno mental orgánico o psicótico, según DSM-IV-TR.</li> <li>. Inmediata y clara posibilidad de suicidio.</li> <li>. Dependencia de alcohol o drogas.</li> <li>. Analfabetismo funcional en castellano.</li> </ul>

Las fuentes de derivación de las participantes de esta investigación fueron:

a) En Madrid: 1- Federación de Mujeres Progresistas, 2- Casa de la Mujer de Alcorcón, 3- Casa de la Mujer de Algete, 4- Centro de Día para Mujeres Iberoamericanas Pachamama, y 5- Asociación Amiga del Pueblo Latinoamericano (APLA).

b) En México: 1- Instituto Hidalguense de las Mujeres, 2- Centro Estatal de Atención al Niño y su Familia (D.I.F.), 3- Centro de Atención a Víctimas (CAVI), 4- Unidad Especializada para la Prevención de todas las Formas de Violencia hacia la Mujer, 5- Grupo de Mujeres de Pachuca Cihualt y 6- Refugio para la Mujer y sus Hijos/as en Situación de Violencia Familiar y/o Sexual (R1), todas ellas en el estado mexicano de Hidalgo.

### 16.3. MATERIAL E INSTRUMENTOS

El protocolo de evaluación (ver anexo I) está compuesto por los siguientes instrumentos:

#### 16.3.1 ENTREVISTAS

. **Ficha de datos sociodemográficos.** Basada en la elaborada por Rincón (2001), recoge además de la información sociodemográfica de las mujeres, el tiempo de permanencia en nuestro país y la situación legal de las mujeres inmigrantes. Sigue formato autoaplicado.

. **Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Violencia Doméstica.** Está basada en dos fuentes: en la Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Maltrato Doméstico de Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca (1994. En Echeburúa y Corral, 1998) y en la de Labrador y Rincón (2002). Recoge información sobre el tipo, las características y las circunstancias del maltrato, la historia previa de victimización o de enfermedad, la disponibilidad de redes de apoyo y la exposición a otros acontecimientos traumáticos, entre otros aspectos. La entrevista incluye el Cuestionario de Alcoholismo CAGE (Mayfield, McLeod y Hall, 1974).

. **Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático** (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997b). Es una entrevista estructurada que sirve para evaluar los síntomas y la intensidad del TEPT, según los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994). Es una escala de evaluación heteroaplicada, que tiene como objeto facilitar el diagnóstico de este cuadro clínico desde una perspectiva categorial, pero también medir la severidad del trastorno, al cuantificar cada síntoma según su frecuencia e intensidad. Puede ser utilizada como instrumento diagnóstico para establecer la línea base de la intensidad del trastorno y como medida de cambio terapéutico.

Está estructurada en formato tipo *Likert* de 0 a 3, según la frecuencia e intensidad de los síntomas. Consta de 17 ítems, de los cuales 5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de hiperactivación. El rango es de 0 a 51 en la escala global; de 0 a 15 en la subescala de reexperimentación, de 0 a 21 en la de evitación y de 0 a 15 en la de activación. El punto de corte propuesto para detectar la gravedad clínica de este trastorno es de 15 puntos en la escala global y de 5, 6 y 4 en la subescala de reexperimentación, evitación y activación, respectivamente. Siguiendo los criterios que marca el DSM-IV (APA, 1994), los sujetos deben presentar al menos un síntoma de reexperimentación, tres de evitación y dos de aumento de la activación para hacer el diagnóstico de TEPT, siendo necesario puntuar al menos dos para ser considerado síntoma.

La escala ha sido validada en población española, mostrando buenas propiedades psicométricas. El coeficiente de fiabilidad test-retest, obtenido a partir de muestra clínica y de sujetos normativos, es de .89 ( $p < 0.001$ ) con un intervalo de cuatro semanas. El índice de consistencia interna, obtenido mediante el coeficiente alfa de Cronbach en el conjunto total de sujetos es de 0.92.

La validez de contenido ha sido definida determinando el grado en que los ítems del cuestionario cubren los criterios diagnósticos del DSM-IV, referidos al cuadro clínico estudiado (código 309.81). La escala abarca el 100% del contenido de los criterios diagnósticos que marca el sistema de clasificación americano. La validez convergente ha sido establecida, por un lado, mediante una correlación biserial puntual entre la puntuación total de la escala y la presencia o no del trastorno de estrés postraumático, según el diagnóstico categorial del DSM-IV (APA, 1994) en la muestra total de sujetos. El resultado muestra una correlación alta y significativa ( $r = 0.82$ ;  $p < 0.001$ ). Por otro lado, se ha correlacionado también con la Escala del Impacto de los Sucesos (*IES*), obteniéndose una correlación de .77 ( $p < 0.001$ ).

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) es de .54 ( $p < 0.001$ ), con la Escala de Depresión de Hamilton es de .60 ( $p < 0.001$ ) y con el Inventario de Ansiedad-Estado (STAI) es de .62 ( $p < 0.001$ ).

La eficacia diagnóstica de la escala alcanza el 95.4% con una sensibilidad del 100% y una especificidad del 93.7%.

. *The Structured Clinical Interview for DSM- IV - Clinical Version (SCID-I)*. (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1977). Es una entrevista semiestructurada destinada a establecer los diagnósticos más importantes del Eje I del DSM-IV (APA, 1994). Debido a la exhaustividad de

la SCID en su versión para el DSM-III-R, que la hacía demasiado larga y compleja, se dividió para el DSM-IV en dos versiones: la versión clínica y la versión para la investigación. Para este estudio ha sido aplicada la versión clínica (SCID-VC).

La SCID-VC se divide en seis módulos relativamente independientes, cuyo orden de aplicación permite ser alterado por el clínico, incluso, prescindir de alguno de ellos en determinadas circunstancias. En concreto, para este estudio se ha utilizado la versión en castellano del módulo F para evaluar los trastornos de ansiedad y, más específicamente, la presencia de un trastorno de pánico, trastorno de pánico con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de pánico, fobia social, fobia específica y trastorno de ansiedad generalizada.

### 16.3.2 INSTRUMENTOS DE AUTOINFORME

. **Escala de Inadaptación (EI)** (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000). Tiene como objetivo determinar el grado de desajuste que produce un determinado trastorno en la vida cotidiana, tanto a nivel global como en seis áreas específicas (trabajo y/o estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja, vida familiar y adaptación en general). Esta escala, además de cuantificar la severidad de la interferencia negativa de un trastorno en la vida cotidiana, permite precisar la evolución de esta variable en el transcurso del tratamiento.

Es una escala de evaluación autoaplicada, que consta de seis ítems o subescalas, cinco de ellos referidos a ámbitos concretos de la vida cotidiana, esto es, trabajo y/o estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar, y un sexto ítem referido al grado de inadaptación a nivel global. Cada uno de ellos se evalúa en una escala tipo *Likert* que oscila de 0 a 5. El rango de la escala total oscila de 0 a 30, cuanto mayor es la puntuación mayor es el nivel de inadaptación, con un punto de corte de 12 para la escala global y de 2 para cada subescala (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000).

Este instrumento ha sido aplicado y validado en diferentes cuadros clínicos, entre ellos el TEPT, con propiedades psicométricas satisfactorias y resultados valiosos para su utilización en el ámbito clínico. El índice de consistencia interna, arroja un coeficiente alfa de Cronbach para la muestra total de sujetos (clínicos y normativos) de 0.94.

La eficacia diagnóstica de la escala alcanza valores superiores al 85% en todos sus ítems y es de un 97% en el ítem global, con una sensibilidad y especificidad del 86% y del 100%, respectivamente.

. **Beck Depresión Inventory, BDI**. “Inventario de Depresión de Beck” (Beck, Rusch, Shaw y Emery, 1979; versión española de Vázquez y Sanz, 1997). Es un instrumento de medida muy sensible al cambio terapéutico, que tiene como objetivo identificar los síntomas depresivos y evaluar la intensidad de los mismos. No es, sin embargo, un cuestionario diagnóstico, ni sirve

tampoco para llevar a cabo un diagnóstico diferencial de tipos de depresión. Para este estudio, se ha utilizado la versión autoaplicada de 21 ítems traducida al castellano y validada en nuestro país por Vázquez y Sanz (1997, 1999). El contenido de los ítems está referido al estado de ánimo, pesimismo, deseo suicida, abandono social, indecisión y pérdida de peso, entre otros, predominando el componente cognitivo de la depresión sobre los fisiológicos o conductuales. Los ítems están estructurados en una escala tipo *Likert* con cuatro alternativas de respuesta (de 0 a 3), que el sujeto debe elegir en función de cómo se ha sentido durante la última semana. El rango del instrumento es de 0 a 63 y el punto de corte más utilizado para discriminar entre la población sana y la población aquejada de sintomatología depresiva es de 18.

El inventario ha sido validado en población española, mostrando buenas propiedades psicométricas. Presenta una fiabilidad test-retest que oscila entre .60 y .62. En el estudio de Vázquez y Sanz (1997) con población general encontraron una elevada consistencia interna (coeficiente alfa = .83) y en el estudio de estos mismos autores (Vázquez y Sanz, 1999), llevado a cabo con pacientes no hospitalizados con diversos trastornos psicopatológicos, el coeficiente alfa de fiabilidad fue de .90.

En definitiva, la versión española del BDI parece tener propiedades psicométricas aceptables, que recomiendan inicialmente su uso como instrumento de cuantificación de la sintomatología depresiva (Vázquez y Sanz, 1997, 1999).

. ***Beck Anxiety Inventory, BAI.*** “Inventario de Ansiedad de Beck” (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988). Este inventario tiene por objetivo ofrecer una medida fiable y válida de ansiedad en poblaciones psiquiátricas, que discrimine de forma fiable este constructo de la depresión. Es muy útil para identificar síntomas ansiosos y cuantificar su intensidad, pero no se justifica su uso exclusivo como instrumento diagnóstico.

Es un instrumento de evaluación autoaplicado, que consta de 21 ítems diseñados para evaluar la sintomatología ansiosa clínica. De los 21 ítems que componen el inventario, 14 (el 66.7%) se refieren a síntomas fisiológicos, mientras que sólo 4 evalúan aspectos cognitivos y 3 aspectos afectivos de la ansiedad. Por otro lado, 19 de los 21 ítems (90.5%) se refieren a síntomas característicos de las crisis de angustia.

Cada uno de los ítems recoge un síntoma de ansiedad, que debe ser valorado por el sujeto en función del grado en que se ha visto afectado por el mismo a lo largo de la última semana. Los ítems están estructurados en una escala tipo *Likert* que oscila de 0 (nada en absoluto) a 3 (gravemente, casi no podía soportarlo), por lo que la puntuación total oscila de 0 a 63.

En España se han publicado varias traducciones al castellano de este instrumento y ha sido analizado en cuanto a sus propiedades psicométricas por Sanz y Navarro (2003) en una

muestra de estudiantes universitarios españoles. Respecto a los criterios de calidad, la consistencia interna del BAI oscila entre .90 y .94, la correlación ítem-total entre .30 y .71 y la fiabilidad test-retest entre .7 y .93. Respecto a su validez, la correlación del BAI con la Escala para la Valoración de la Ansiedad de Hamilton (HARS) se sitúa en .51, con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI) entre .47 y .58, con la subescala de ansiedad y con la subescala de depresión del Cuestionario de 90 Síntomas Revisados (SCL-90-R) es de .81 y .62, respectivamente y con el Inventario de Depresión de Beck (BDI) de .61.

Estos resultados evidencian la utilidad de este inventario como instrumento de cribado en la detección de casos de ansiedad patológica, para evaluar el estado general del paciente o la efectividad de un proceso terapéutico.

. **Escala de Autoestima** (Rosenberg, 1965; versión española de Echeburúa y Corral, 1988). Este instrumento tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Esta escala consta de 10 ítems, 5 de ellos planteados de forma positiva y 5 de forma negativa, con el objeto de controlar la aquiescencia. Los ítems, estructurados en una escala tipo *Likert*, presentan cuatro categorías de respuesta, que oscilan de 1 (“muy de acuerdo”) a 4 (“en completo desacuerdo”). La puntuación total varía entre 10 y 40, con una puntuación mayor cuanto mayor es el nivel de autoestima. El punto de corte en la población adulta, según el estudio de Ward (1977) es de 29.

Respecto a las propiedades psicométricas de la escala, la fiabilidad test-retest es de .85 con estudiantes universitarios y la validez convergente y discriminante es asimismo satisfactoria: .67 con el *Nelly Repertory Test*, .83 con el *Health Self-Image Questionnaire* y .56 con evaluaciones de autoestima del entrevistador (Zubizarreta et al., 1994).

Este instrumento, breve y de fácil aplicación, resulta muy útil para evaluar el nivel de interferencia del maltrato en la autoestima de la víctima.

. ***The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI)***. “Inventario de Cogniciones Postraumáticas” (Foa, Ehler, Clark, Tolin y Orsillo, 1999b; Traducción de Rincón, 2001). Tiene como objetivo evaluar las cogniciones negativas desarrolladas tras la ocurrencia del trauma en aquellas personas víctimas de un acontecimiento traumático.

Es un instrumento de evaluación autoaplicado, compuesto de 36 ítems que representan tres factores principales: cogniciones negativas a cerca de uno mismo, cogniciones negativas sobre el mundo y autoculpabilización por lo sucedido. Los ítems, estructurados en una escala de tipo *Likert*, presentan siete categorías de respuesta, que oscilan de 1 (“totalmente en desacuerdo”) a 7 (“totalmente de acuerdo”). La puntuación global recoge la suma de estas tres subescalas, siendo a mayor puntuación mayor el nivel de pensamientos distorsionados.

Respecto a las características psicométricas, tanto sus tres escalas específicas como la escala global muestran una excelente consistencia interna, con puntuaciones obtenidas mediante el alfa de Cronbach superiores a .86 en todas ellas y una fiabilidad test-retest superior a .70 en un intervalo de una semana y superior a .80 en un intervalo de tres semanas.

. **Cage Alcohol Interview Schedule** “Entrevista de Consumo de Alcohol *CAGE*”. (Mayfield, McLeod y Hall, 1974). Es un instrumento de *screening* que detecta la mayoría de los sujetos dependientes al alcohol. Está especialmente indicado para aquellas personas que, por motivos diversos, acuden a un servicio médico.

Es un instrumento autoaplicado, compuesto de cuatro ítems con dos alternativas de respuesta (sí/no), en las que se recoge información acerca de la idea de dejar de beber, molestias por las críticas, sentimientos de culpabilidad asociados a la bebida y necesidad de beber por las mañanas. Dos o más respuestas positivas (punto de corte) al cuestionario puede ser considerado un problema de alcohol.

El principal estudio de validación española fue llevado a cabo por Rodríguez-Martos, Navarro, Vecino y Pérez (1986), obteniendo resultados muy satisfactorios (96% de sensibilidad y 100% de especificidad).

. **Escala de Cambio Percibido** (Echeburúa y Corral, 1988). El objetivo de esta escala, completada a lo largo de la intervención, es determinar cómo va percibiendo el paciente su propio cambio desde una perspectiva global en el transcurso del tratamiento.

La escala está estructurada en un formato de tipo *Likert*, con una puntuación que oscila entre 1 (“mucho peor”) y 7 (“mucho mejor”).

. **The Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)** “Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento” (Larsen, Attkinson, Hargreaves y Nguyen, 1979; versión española en Echeburúa y Corral, 1998). Este instrumento, diseñado para ser administrado al final de la intervención, tiene por objeto valorar el grado de satisfacción del paciente con el programa de tratamiento recibido, al ser éste un indicador claro de éxito terapéutico. Cuenta con dos versiones, una con 18 ítems (CQS-18) y otra, la utilizada en este estudio, con 8 ítems (CQS-8).

Es un cuestionario autoaplicado, que evalúa la calidad de la atención terapéutica, la intensidad de la ayuda recibida y, en último término, la satisfacción con el tratamiento. Los ítems están estructurados en una escala tipo *Likert*, 5 formulados en forma positiva y 3 en forma negativa para el control de la aquiescencia, cada uno con una puntuación de 1 a 4. El rango total del cuestionario es, por tanto, de 8 a 32.

Respecto a sus características psicométricas, el CSQ-8 posee una alta consistencia interna (oscila entre .86 y .94). Además, se ha comprobado que correlaciona de manera positiva con la percepción subjetiva de los pacientes de su propia mejoría y con las valoraciones que al respecto hacen los terapeutas. Por tanto, los buenos resultados de la CSQ-8, unido a su brevedad, indican que este cuestionario puede resultar de gran utilidad como medida global de satisfacción del cliente con el tratamiento.

### 16.3.3 MATERIAL UTILIZADO DURANTE EL TRATAMIENTO

Todos los materiales elaborados para este estudio pueden consultarse en el anexo II.

#### . **Registros**

Para medir el comportamiento de las participantes en terapia se realizaron dos registros: un registro de asistencia a cada una de las sesiones y un registro de cumplimiento de tareas.

#### . **Auto-registros**

El programa de intervención requiere una participación activa; por lo tanto, las participantes deben llevar a cabo tareas durante la semana para poner en práctica las técnicas entrenadas en cada sesión. Para facilitar y supervisar la ejecución de dichas tareas, se han diseñado diversos auto-registros.

- Auto-registro de práctica de la respiración.
- Auto-registro de actividades gratificantes.
- Auto-registro de parada de pensamiento.
- Auto-registro de síntomas de reexperimentación.
- Auto-registro de reevaluación cognitiva.
- Auto-registro de estilo de comunicación asertivo.
- Auto-registro de identificación de situaciones problemáticas.
- Auto-registro de solución de problemas.
- Auto-registro de exposición al relato de la situación vivida.
- Auto-registro de relato de una situación vivida.
- Auto-registro de situaciones evitadas.

#### . **Material psicoeducativo**

Asimismo, se ha elaborado material psicoeducativo que incluye la información trabajada durante la sesión. El material informativo está compuesto de:

- Tríptico sobre la violencia doméstica.
- Hoja informativa sobre la ansiedad.
- Hoja informativa para el entrenamiento en control de la respiración.
- Hoja informativa para aprender a discutir los pensamientos.



- Hoja informativa para el entrenamiento en solución de problemas.
- Hoja informativa sobre el estilo asertivo de comunicación.
- Tríptico de autoestima.
- Inventario de autoestima.
- Hoja resumen de prevención de recaídas.

. **Otros materiales**

En el curso de la terapia, también se utilizaron otros materiales, como:

- Hoja con normas de grupo y compromiso terapéutico.
- Colchonetas o mantas.
- Pizarra y rotulador.
- Aparato de música y CD de relajación.
- Folios y bolígrafos.
- Grabadora y cintas de audio.

## **16.4. PROCEDIMIENTO**

### **16.4.1 PRUEBA PILOTO**

Como paso previo y antes del establecimiento definitivo del programa de tratamiento, se realizó un estudio piloto, en el que participaron cuatro mujeres víctimas de malos tratos con diagnóstico de TEPT.

Tras la experiencia y los resultados obtenidos en este estudio previo, se consideró necesario incorporar al programa de tratamiento un espacio de tiempo dedicado a psicoeducación sobre el funcionamiento y curso de la ansiedad (durante la segunda sesión) y al entrenamiento en habilidades de comunicación (séptima sesión). Así pues, se añadieron algunos materiales psicoeducativos para facilitar el trabajo asignado como tarea para casa, concretamente, se incorporó una hoja informativa para el entrenamiento en discusión de pensamientos y una hoja resumen para la prevención de recaídas.

### **16.4.2 CAPTACIÓN DE PARTICIPANTES**

Las participantes en esta investigación fueron derivadas desde distintos centros, tras la presentación del objetivo de la investigación, avalada por el Departamento de Psicología Clínica de la Universidad Complutense, a sus dirigentes. En Madrid, estos centros fueron: Federación de Mujeres Progresistas, Casa de la Mujer de Alcorcón, Casa de la Mujer de Algete, Centro de Día para Mujeres Iberoamericanas Pachamama y Asociación Amiga del Pueblo Latinoamericano. En México: Instituto Hidalguense de las Mujeres, Centro Estatal de Atención al Niño y su Familia (D.I.F.), Centro de Atención a Víctimas (CAVI), Unidad Especializada para la Prevención de

todas las Formas de Violencia hacia la Mujer, Grupo de Mujeres de Pachuca Cihualt y Refugio para la Mujer y sus Hijos/as en Situación de Violencia Familiar y/o Sexual (R1), en el estado mexicano de Hidalgo. Todos los contactos de colaboración fueron personalmente establecidos por la autora de esta investigación. En todos los casos, la evaluación, la intervención y el seguimiento fueron llevados a cabo en las dependencias facilitadas por las propias instituciones.

Para la captación de algunas de las mujeres inmigrantes participantes en este estudio, se llevó a cabo una charla informativa en la asociación APLA, bajo el título “Mujeres y Violencia Doméstica”, en la que se habló del problema de los malos tratos y de sus consecuencias en la salud psicológica de las víctimas y se explicó el programa de intervención.

### **16.4.3 EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO**

La evaluación pretratamiento, de aproximadamente dos horas de duración, fue llevada a cabo tras concretar telefónicamente con las interesadas una hora para su realización. Después de un primer contacto y realizadas las presentaciones oportunas, se aplicó la batería de evaluación, siguiendo este orden: Ficha de antecedentes sociodemográficos, Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Maltrato Doméstico, Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT, instrumentos de autoinforme y módulo F de la SCI-I-VC para evaluar la presencia de un trastorno de ansiedad. En la cumplimentación de los autoinformes, estuvo presente la autora de este trabajo para responder a todas las dudas que les pudieran surgir a las participantes.

Al finalizar la evaluación, se explicó a aquellas mujeres que cumplían los criterios de inclusión, las características de la intervención en la que iban a participar, tan pronto como fuera posible coordinar al resto de las participantes y formar el grupo de tratamiento. Para ello, se les preguntó el horario que mejor les convenía, con el objeto de facilitar su asistencia al tratamiento. Una vez fijado el día y la hora de inicio del grupo, se contactó con cada una de las participantes para su incorporación al programa. Las mujeres que no cumplían tales criterios fueron tratadas por la/las psicóloga/as del centro desde el que habían sido derivadas.

Teniendo en cuenta el alto grado de malestar que sufren las víctimas de violencia doméstica, el comienzo de la intervención se llevó a cabo, en todos los casos, inmediatamente después de la evaluación, excepto con una mujer con quien resultó imposible, debido a la dificultad para formar el grupo de tratamiento. Se formaron los grupos en función de la fuente de derivación y del horario disponible de las participantes.

#### 16.4.4 TRATAMIENTO

El programa de tratamiento, aplicado en modalidad grupal, consta de los siguientes componentes: Psicoeducación, entrenamiento en relajación, terapia cognitiva y terapia de exposición, aplicados en este orden. En la siguiente tabla aparecen los componentes y las técnicas del programa de intervención y en la tabla 16.3 un resumen del tratamiento. En el anexo II se puede consultar el manual completo de tratamiento.

**Tabla 16.2.** Componentes y técnicas del programa de tratamiento.

<b>COMPONENTES</b>	<b>TÉCNICAS UTILIZADAS</b>
. <b>Psicoeducación</b>	. Entrega y lectura de trípticos y hojas informativas.
. <b>Control de la activación</b>	. Entrenamiento en respiración.
. <b>Intervención cognitiva</b>	. Entrenamiento en detención de pensamiento. . Entrenamiento en reevaluación cognitiva. . Entrenamiento en solución de problemas.
. Mejora del estado de ánimo	. Planificación de actividades placenteras.
. Mejora de la autoestima	. Valoración equilibrada de aspectos positivos y negativos de las diferentes áreas que conforman la autoestima.
. Mejora de las habilidades de comunicación	. <i>Role-playing</i> para el entrenamiento en el estilo asertivo.
. <b>Exposición</b>	. Exposición a la grabación auditiva del relato de episodios de maltrato. . Exposición en vivo a situaciones evitadas.
. Prevención de recaídas	. Resumen de las técnicas aprendidas y su utilidad.

La duración total del programa es de ocho sesiones, con una periodicidad semanal y una duración de 100 minutos cada una, excepto las dos últimas sesiones que tienen una duración de 120 minutos. Hay que señalar que en los grupos de mujeres mexicanas, si bien la mayoría de las sesiones se llevaron a cabo con una frecuencia semanal, la limitación temporal de la estancia de la autora de este trabajo en México, obligó en algunas ocasiones a realizar dos sesiones semanales.

Tabla 16.3. Resumen del programa de tratamiento.

Sesiones	CONTENIDO	Sesiones	CONTENIDO
1ª	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Presentación de las participantes y de la terapeuta.</li> <li>▪ Establecimiento de normas de trabajo en grupo.</li> <li>▪ Explicación de los objetivos del tratamiento.</li> <li>▪ Explicación de los tipos de maltrato, ciclo de la escalada de violencia y consecuencias psicológicas del maltrato.</li> <li>▪ <i>Entrenamiento en la técnica de control de la respiración.</i></li> </ul> <p>✓ <b>Asignación de tareas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de la respiración.</li> <li>• Registro de síntomas de reexperimentación.</li> </ul>	5ª	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Revisión de tareas.</li> <li>▪ <i>Entrenamiento en solución de problemas (pasos 3, 4 y 5).</i></li> <li>▪ Control de la respiración.</li> <li>▪ Mejora de la <i>autoestima</i>.</li> </ul> <p>✓ <b>Asignación de tareas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lectura material autoestima.</li> <li>• Práctica de la técnica de solución de problemas.</li> <li>• Realizar actividades gratificantes.</li> <li>• Control de la respiración.</li> </ul>
2ª	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Revisión de tareas.</li> <li>▪ <i>Entrenamiento en detención de pensamiento.</i></li> <li>▪ Psicoeducación sobre el funcionamiento de la ansiedad.</li> <li>▪ Control de la respiración.</li> </ul> <p>✓ <b>Asignación de tareas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puesta en práctica de la detención de pensamiento.</li> <li>• Control de la respiración.</li> <li>• Explicación y registro A-B-C.</li> </ul>	6ª	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Revisión de tareas.</li> <li>▪ <i>Exposición.</i></li> <li>▪ Control de la respiración.</li> </ul> <p>✓ <b>Asignación de tareas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar autoexposición en imaginación.</li> <li>• Registro situaciones evitadas.</li> <li>• Control de la respiración.</li> </ul>
3ª	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Revisión de tareas.</li> <li>▪ <i>Reevaluación cognitiva.</i></li> <li>▪ <i>Planificación de actividades gratificantes.</i></li> <li>▪ Control de la respiración.</li> </ul> <p>✓ <b>Asignación de tareas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realización de actividades gratificantes.</li> <li>• Registro hojas A-B-C-D.</li> <li>• Identificación y registrar situaciones problemáticas.</li> <li>• Control de la respiración.</li> </ul>	7ª	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Revisión de tareas.</li> <li>▪ <i>Exposición.</i></li> <li>▪ Entrenamiento en el estilo asertivo de comunicación.</li> <li>▪ Control de la respiración.</li> </ul> <p>✓ <b>Asignación de tareas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar autoexposición en imaginación.</li> <li>• Realizar autoexposición en vivo.</li> <li>• Práctica del estilo asertivo de comunicación.</li> <li>• Control de la respiración.</li> </ul>
4ª	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Revisión de tareas.</li> <li>▪ <i>Reevaluación cognitiva.</i></li> <li>▪ <i>Entrenamiento en solución de problemas (pasos 1 y 2).</i></li> <li>▪ Control de la respiración.</li> </ul> <p>✓ <b>Asignación de tareas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro y definición de situaciones problemáticas.</li> <li>• Registro hojas A-B-C-D.</li> <li>• Realizar actividades gratificantes.</li> <li>• Control de la respiración.</li> </ul>	8ª	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Revisión de tareas.</li> <li>▪ <i>Exposición.</i></li> <li>▪ Evaluación del tratamiento.</li> </ul>

### 16.4.5 EVALUACIÓN POSTRATAMIENTO

Concluido el tratamiento, se llevó a cabo su evaluación, utilizando los mismos instrumentos que en la evaluación pretratamiento y en el mismo orden. Además, se aplicó el Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento y la Escala de Cambio Percibido, que también fue administrada a lo largo de la intervención.

#### 16.4.6 SEGUIMIENTO

En el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses de haber concluido el tratamiento fueron aplicados los mismos instrumentos que en la evaluación postratamiento.

### 16.5. ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de los resultados de este estudio se llevaron a cabo diferentes análisis, utilizando el programa informático SPSS (versión 12.0).

En primer lugar, para obtener los resultados de la *descripción de la muestra* (en las variables sociodemográficas y en las variables dependientes), de las *circunstancias e historia del maltrato* y de la *participación* de las mujeres en el tratamiento, se calcularon estadísticos descriptivos (medias, desviaciones típicas, frecuencias y porcentajes).

Por otro lado, se estudió la *homogeneidad* de la muestra en las características sociodemográficas, circunstancias e historia del maltrato y variables dependientes (TEPT, ansiedad, depresión, autoestima, nivel de inadaptación y cogniciones postraumáticas), al poder afectar de alguna manera la eficacia de la intervención. Puesto que la muestra de este estudio ha estado compuesta por dos grandes grupos, grupo de no tratamiento y grupo total de tratamiento, estando este último, a su vez, formado por tres subgrupos, mujeres españolas, mujeres inmigrantes en España y mujeres mexicanas, se realizaron dos análisis de homogeneidad: **1-** teniendo en cuenta los dos grandes grupos, esto es, el grupo de no tratamiento y el grupo total de tratamiento y **2-** teniendo en cuenta únicamente el grupo de tratamiento, con el objeto de determinar si existen diferencias significativas entre las mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en función de la nacionalidad. En todos ellos se utilizó la prueba Chi-cuadrado de Pearson en el caso de las variables cualitativas y ANOVAs de un factor (tipo de grupo) para las variables cuantitativas. En éstas últimas se tuvo en cuenta la homocedasticidad de las varianzas mediante la prueba de Levene. Cuando las varianzas de los grupos resultaron iguales se utilizó el estadístico F. Cuando no se pudo asumir este supuesto se empleó el estadístico de Brown-Forsythe, que se distribuye según el modelo de probabilidad F, pero con los grados de libertad corregidos. Asimismo, con aquellas variables cuantitativas que arrojaron diferencias intergrupos y con el objeto de analizar entre qué grupos aparecían tales diferencias, se llevaron a cabo análisis *post-hoc*, mediante la prueba DSM, en los casos en que se cumplía el supuesto de igualdad de las varianzas y la prueba T3 de Dunnett en los casos en los que no se cumplía.

El análisis de la *eficacia de la intervención* se realizó atendiendo a dos momentos: **1-** cambios experimentados en la sintomatología de TEPT y sintomatología concomitante entre el *pretratamiento* y el *postratamiento* y **2-** cambios experimentados en la sintomatología de TEPT

y sintomatología concomitante entre el *pretratamiento* y el *seguimiento al mes, tres, seis y doce meses*.

**1.** Para el primero de los análisis (*pretratamiento-postratamiento*) se ha tenido en cuenta: **A-** el **grupo total de tratamiento** y el **grupo de no tratamiento**, con el objeto de determinar si el grupo de tratamiento consigue mejores efectos que el grupo de no tratamiento y **B-** únicamente el **grupo total de tratamiento**, para poder determinar si existen diferencias en la eficacia de la intervención entre el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en función de la nacionalidad.

**A-** Para la comparación del **grupo total de tratamiento** y el **grupo de no tratamiento** se realizaron ANOVAs de medidas repetidas en cada una de las variables dependientes, que asumen un *factor inter-grupo* (tipo de grupo) con dos niveles (1- grupo total de tratamiento y 2- grupo de no tratamiento) y un *factor intra-sujeto* (tiempo) con dos niveles (pretratamiento y postratamiento). En cada uno de los ANOVAs se calcularon las diferencias inter-grupo e intra-sujeto, así como el efecto de la interacción tipo de grupo\*tiempo. Cuando las variables dependientes arrojaron diferencias en el análisis previo de homogeneidad de grupos, se comprobó si tales diferencias aparecían también al postratamiento mediante un análisis *post-hoc*. Asimismo, se realizó un ANOVA de un factor, que adopta como variable dependiente la diferencia en la puntuación en la variable dependiente entre el pre y el postratamiento en cada uno de los grupos y como factor el tipo de grupo (se controló el supuesto de homogeneidad de varianzas mediante la prueba de Levene). Finalmente, se analizaron los cambios en la sintomatología entre el pre y el postratamiento en cada uno de los grupos mediante ANOVAs de medidas repetidas para cada uno de ellos en cada una de las variables dependientes.

**B-** Para determinar si aparecen **diferencias** entre el **grupo de mujeres españolas, inmigrantes** y **mexicanas** en función de la nacionalidad se realizaron ANCOVAs en cada una de las variables dependientes, que asumen un *factor inter-grupo* (nacionalidad) con tres niveles (1- grupo de mujeres españolas, 2- grupo de mujeres inmigrantes y 3- grupo de mujeres mexicanas) y un *factor intra-sujeto* (tiempo) con dos niveles (pretratamiento y postratamiento). En cada ANCOVA se introdujeron como covariables aquellas variables sociodemográficas y de la historia del maltrato que habían arrojado diferencias intergrupos en el análisis de homogeneidad previamente realizado. En cada uno de los análisis de covarianza se calcularon las diferencias inter-grupo e intra-sujeto, así como el efecto de la interacción de ambos factores. En aquellos casos en que el efecto de la interacción resultó significativo se llevaron a cabo comparaciones múltiples *post-hoc*, ajustando el nivel de probabilidad mediante la corrección de Bonferroni. Nuevamente, cuando las variables dependientes arrojaron diferencias en el análisis previo de homogeneidad de grupos, se realizó un ANOVA de un factor, que adopta como variable dependiente la diferencia en la puntuación en la variable dependiente entre el pre y el

postratamiento en cada uno de los grupos y como factor la nacionalidad (se controló la homogeneidad de varianzas mediante la prueba de Levene). Asimismo, se analizaron los cambios en la sintomatología entre el pre y el postratamiento en las mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas mediante ANOVAs de medidas repetidas para cada uno de los grupos en cada una de las variables dependientes.

**2-** Para el segundo de los análisis (*pretratamiento-seguimiento al mes, tres, seis y doce meses*), se ha tenido en cuenta el grupo total de tratamiento y se han estudiado: **C-** los cambios en la sintomatología del TEPT y sintomatología concomitante en el **grupo total de tratamiento** al mes, tres, seis y doce meses de concluida la intervención y **D-** la existencia de **diferencias** entre el **grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas** en los cambios experimentados entre el pretratamiento y cada uno de los seguimientos en función de la nacionalidad.

**C-** Para el análisis de los cambios en el **grupo total de tratamiento** se realizaron ANOVAs de medidas repetidas en cada una de las variables dependientes y en cada uno de los seguimientos.

**D-** Para el estudio de las **diferencias** entre el **grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas** se realizaron ANCOVAs, que asumen un *factor inter-grupo* (nacionalidad) con tres niveles (1- grupo de mujeres españolas, 2- grupo de mujeres inmigrantes y 3- grupo de mujeres mexicanas) y un *factor intra-sujeto* (tiempo) con dos niveles (pretratamiento y seguimiento), para cada una de las variables dependientes en cada uno de los seguimientos. En cada ANCOVA se introdujeron como covariables aquellas variables sociodemográficas y de la historia del maltrato que habían arrojado diferencias intergrupos en el análisis de homogeneidad previamente realizado. En cada uno de los análisis de covarianza se calcularon las diferencias inter-grupo e intra-sujeto, así como el efecto de la interacción de ambos factores. En aquellos casos en que el efecto de la interacción resultó significativo se llevaron a cabo comparaciones múltiples *post-hoc*, ajustando el nivel de probabilidad mediante la corrección de Bonferroni. Tal y como se hizo anteriormente, cuando las variables dependientes arrojaron diferencias en el análisis previo de homogeneidad de grupos, se realizó un ANOVA de un factor, que adopta como variable dependiente la diferencia en la puntuación en la variable dependiente entre el pre y cada uno de los seguimientos para cada uno de los grupos y como factor la nacionalidad (se controló la homogeneidad de varianzas mediante la prueba de Levene). Finalmente, para determinar los cambios en la sintomatología a lo largo del tiempo en cada grupo de mujeres, se realizaron ANOVAs de medidas repetidas para cada uno de ellos en cada una de las variables dependientes y seguimientos.

El análisis de la *significación clínica de la intervención* se realizó teniendo en cuenta: **1-** las participantes que completaron el tratamiento y **2-** las participantes que iniciaron el

tratamiento (incluye no sólo las que lo completaron, sino también las que lo abandonaron). Para ello se calcularon estadísticos descriptivos, en concreto, el porcentaje de participantes que mejora y se recupera del diagnóstico en cada una de las variables dependientes (excepto en cogniciones postraumáticas) y en cada una de las evaluaciones. Finalmente, se analizó la homogeneidad de los grupos en el porcentaje de mujeres que mejora y se recupera del diagnóstico en cada una de las variables dependientes, mediante la prueba Chi-cuadrado de Pearson.

Por último, para analizar las expectativas de las participantes con el tratamiento, el grado de satisfacción con el mismo y la evaluación de su propio cambio a lo largo de la intervención se calcularon estadísticos descriptivos. Asimismo se calcularon estadísticos descriptivos para el análisis de la participación en el programa (adherencia, asistencia a sesiones y cumplimiento de tareas). Nuevamente, se analizaron las posibles diferencias intergrupos mediante la prueba Chi-cuadrado y ANOVAs de un factor.





# 17 RESULTADOS

## 17.1 CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

### 17.1.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

En las tablas 17.1 y 17.2 aparecen descritas las características sociodemográficas de la muestra total de participantes y de cada uno de los grupos de mujeres que conforman la muestra total.

#### 17.1.1.1 Edad

La edad media de la **muestra total** de participantes de este estudio (N=103) es de 38.52 años (d.t.=10.42). En el *grupo de no tratamiento* la edad media es de 38.5 años (d.t.=12.45), en el grupo de *mujeres españolas* es de 39.38 años (d.t.=10.28), en el de *mujeres inmigrantes* la edad media es de 41.46 años (d.t.=9.45) y en el de *mujeres mexicanas* es de 35.13 años (d.t.=9.43). Por tanto, se puede afirmar que las participantes de este estudio son mujeres jóvenes.

#### 17.1.1.2 Nacionalidad

De la **muestra total** de participantes, el 45.6% es de nacionalidad española, un 29.1% mexicana y un 25.3% son mujeres inmigrantes, un 20.3% procedentes de países de América Latina y un 5% de otros países. En el grupo de *mujeres inmigrantes*, la mayoría (80.8%) lleva más de dos años viviendo en nuestro país, un 3.8% entre uno y dos años y únicamente un 15.4% menos de un año. Un 30.8% refirió haber optado por la emigración para escapar del maltratador. Respecto a su situación legal, el 69.2% tiene los papeles en regla, un 7.7% en trámites de regularización y el 23.1% restante se encuentra todavía en situación de ilegalidad.

#### 17.1.1.3 Estado civil

En referencia al estado civil de la **muestra total** de mujeres de este estudio, señalar que más de la mitad de ellas (52.4%) estaba divorciada, separada o en trámites de separación en el momento de la evaluación, un 25.2% casada o convivía con el maltratador y un 21.4% soltera. En el *grupo de no tratamiento*, más de la mitad de las mujeres (56.2%) estaba divorciada, separada o en trámites de separación, un 25% estaba soltera y únicamente un 18.8% convivía con el agresor en el momento de la evaluación. En el grupo de *mujeres españolas*, casi la mitad (47.7%) estaba divorciada, separada o en trámites de separación, un 31.8% casada o convivía con el maltratador y el resto (20.5%) soltera. En el grupo de *mujeres inmigrantes*, un 61.5% estaba divorciada, separada o en trámites de separación, un 23.1% casada o en convivencia con el agresor, un 7.7% soltera y un 7.7% estaba viuda. En el grupo de *mujeres mexicanas*, más de la mitad (53.3%) estaba divorciada, separada o en trámites de separación, un 20% casada o

convivía con el agresor y el 26.7 % restante soltera. Si bien, es en el grupo de participantes españolas donde el porcentaje de mujeres que convive con el agresor es mayor, en general, en el momento de la evaluación la mayoría de las participantes ya no vivía con él.

#### 17.1.1.4 Número de hijos

En la **muestra total**, la mayoría de las mujeres (91.3%) tiene hijos, con un promedio de 1.71 y un máximo de 7. En el *grupo de no tratamiento* el 81.2% tiene hijos (promedio 1.44; rango de 0 a 3). En el grupo de *mujeres españolas* un 88.6% tiene hijos (promedio 1.5; rango de 0 a 3). En el grupo de *mujeres inmigrantes* tienen hijos un 92.3% de las participantes (promedio 1.69; rango de 0 a 3) y en el grupo de *mujeres mexicanas* todas tienen hijos (promedio 2.2; rango de 1 a 7).

#### 17.1.1.5 Nivel socioeconómico

Un 26.2% del **total de las participantes** considera que pertenece a un estrato socioeconómico bajo, un 47.6% a un nivel medio-bajo y únicamente un 26.2% a un nivel medio. Respecto al *grupo de no tratamiento*, un 43.8% de las mujeres refiere pertenecer a una clase social baja, otro 43.8% a una clase media-baja y el 12.4% restante a una clase media. En el grupo de *mujeres españolas*, un 13.6% considera que pertenece a un estrato socioeconómico bajo, un 45.5% a un nivel medio-bajo y el resto (40.9%) a un nivel bajo. En el grupo de *mujeres inmigrantes*, un 46.2% se autclasifica en un nivel socioeconómico bajo y el mismo porcentaje en un nivel medio-bajo. Únicamente un 7.6% lo hace en un nivel medio. En el grupo de *mujeres mexicanas*, un 26.7% refiere pertenecer a una clase social baja, más de la mitad (53.3%) a una clase media-baja y el 20% restante a una clase media.

En definitiva, el nivel socioeconómico medio-bajo parece ser el estrato que mejor representa a la totalidad de las participantes de este estudio, seguido del nivel socioeconómico bajo y del nivel medio. Sin embargo, en el grupo de españolas el porcentaje de mujeres que refiere pertenecer a un nivel socioeconómico bajo es muy inferior al del resto de los grupos; por el contrario, el porcentaje de mujeres que considera pertenecer a un nivel medio es muy superior en este grupo en comparación, sobre todo, con el grupo de mujeres inmigrantes.

#### 17.1.1.6 Nivel educacional

Respecto al nivel educativo, únicamente un 5.8% de la **muestra total** de las participantes no tiene estudios o no ha finalizado estudios primarios, un 23.3% tiene estudios primarios, un 53.4% ha realizado estudios secundarios, bien de bachillerato o algún tipo de formación profesional y el 17.5% restante ha terminado estudios universitarios. En el *grupo de no tratamiento*, un 6.3% no tiene estudios, un 12.5% ha finalizado estudios primarios, la mayoría (62.5%) ha finalizado estudios secundarios y el 18.7% restante tiene estudios universitarios. En el grupo de *mujeres españolas*, la mitad ha finalizado estudios secundarios, un

31.8% estudios primarios y un 15.9% estudios universitarios. Únicamente un 2.3% no ha finalizado estudios primarios. De las 13 *mujeres inmigrantes*, más de la mitad (7 mujeres) ha finalizado estudios secundarios, un 15.4% estudios primarios y un 23.1% (3 mujeres) estudios universitarios. El 7.7% restante no tiene estudios. En el grupo de *mujeres mexicanas*, un 10% no tiene estudios, un 20% ha finalizado estudios primarios, más de la mitad (53.3%) estudios secundarios y un 16.7% universitarios.

Si bien, alrededor del 50% de las mujeres ha finalizado estudios secundarios, nuevamente aparecen diferencias entre los grupos. Concretamente, surgen las diferencias en el porcentaje de mujeres con estudios universitarios, que es mayor en el grupo de mujeres inmigrantes en comparación con las españolas y mexicanas.

#### 17.1.1.7 Ocupación

Únicamente la mitad del **total de las participantes** (50.4%) trabaja, bien en el servicio doméstico (12.6%) o en otra profesión no cualificada (30%); un 7.8% desempeña un trabajo cualificado. Un 1.9% es estudiante, un 1% de las participantes sufre una discapacidad y el 6.8% restante se encuentra en situación de baja laboral en el momento de la evaluación. Respecto al *grupo de no tratamiento*, el 31.2% se encuentra en paro, un 25% es empleada doméstica, un 31.2% desempeña un trabajo que no exige cualificación y únicamente un 6.3% desempeña un trabajo cualificado. En el grupo de *mujeres españolas*, sólo un 27.3% desempeña un trabajo extradoméstico, mayoritariamente (20.5%) un trabajo no cualificado (servicio doméstico u otro). Del 72.7% restante, un 29.5% se encuentra en paro en el momento de la evaluación, un 13.6% en situación de baja laboral, un 25% se dedica a las labores del hogar y el resto es estudiante (2.3%) o sufre una discapacidad (2.3%). En el grupo de *mujeres inmigrantes*, casi la mitad (46.1%) trabaja en el servicio doméstico y un 15.4% desempeña un trabajo no cualificado. Un porcentaje bastante alto (38.5%) está en paro. En el grupo de *mujeres mexicanas*, la mayoría (73.3%) trabaja, bien desempeñando un trabajo no cualificado (53.3%), principalmente como vendedora (46.6%) o empleada de hogar (6.7%); únicamente un 13.3% desempeña un trabajo cualificado. El resto es ama de casa (10%), estudiante (3.4%) o está en paro (13.3%) en el momento de la evaluación.

La comparación entre los grupos arroja diferencias importantes. Destacar el mayor porcentaje de mujeres españolas sin un trabajo asalariado en comparación con el resto de los grupos, principalmente con el grupo de mujeres mexicanas. En concreto, únicamente un 27.3% de las mujeres españolas desempeña un trabajo extradoméstico (hay que señalar que un 13.6% está en situación de baja laboral, lo que ascendería el porcentaje a un 40.9%), frente a un 61.5% de las mujeres inmigrantes y un 73.3% de las mexicanas. Se trata en la mayoría de los casos de trabajos que no requieren cualificación.

#### **17.1.1.8 Historia psiquiátrica anterior**

Un 42.7% de la **muestra total** de mujeres, un 18.7% de las participantes del *grupo de no tratamiento*, un 61.4% de las *mujeres españolas*, un 15.4% de las *mujeres inmigrantes* y un 40% de las *mujeres mexicanas* refieren haber tenido una historia psiquiátrica anterior al maltrato, referida sobre todo al ámbito de las alteraciones emocionales (ansiedad y depresión). Al comparar los grupos, resulta llamativo el alto porcentaje de mujeres españolas que refiere tener una historia psiquiatría previa en comparación, sobre todo, con las mujeres inmigrantes.

#### **17.1.1.9 Red de apoyo social en la actualidad**

Un 51.5% de la **muestra total** de participantes, un 56.3% de las participantes del *grupo de no tratamiento*, un 68.2% de las *mujeres españolas*, únicamente un 15.4% de las *mujeres inmigrantes* y un 40% de las *mujeres mexicanas* refieren disponer de una red social de apoyo en el momento de la evaluación. Cabría destacar el escaso porcentaje de mujeres inmigrantes que refiere disponer de una red social de apoyo, en comparación con las mujeres españolas, principalmente.

#### **17.1.1.10 Exposición a otras experiencias traumáticas**

En la **muestra total** de mujeres, un 27.2% había experimentado otro suceso traumático además de la violencia doméstica, siendo los traumas más frecuentes, la agresión sexual a manos de un desconocido (10.7%), la muerte traumática de un hijo, familiar o amigo íntimo (9.7%) y la violación a manos del propio padre (3.9%). Otros sucesos traumáticos fueron: intento de homicidio (1%) y acoso sexual (1.9%). Además, dos de estas mujeres habían experimentado más de un suceso traumático: una mujer había sufrido una agresión sexual y los atentados del 11-M en Madrid y otra tenía una historia de violaciones a manos de su padre y había estado expuesta también a una situación bélica. Respecto al *grupo de no tratamiento*, únicamente un 18.7% había experimentado otro acontecimiento traumático, un 12.5% la muerte traumática de un hijo y el 6.2% restante una agresión sexual. En el grupo de *mujeres españolas*, un 18.2% de las participantes había vivenciado otra experiencia traumática: un 6.8% había sufrido una agresión sexual, un 6.8% la muerte traumática de un familiar o un hijo, una mujer (2.3%) había vivido un intento de homicidio y otra había sido violada por su propio padre. Además, una de estas mujeres había experimentado dos sucesos traumáticos, una agresión sexual y los atentados del 11-M en Madrid. El 30.8% de las *mujeres inmigrantes* refirió haber estado expuesta a otro suceso traumático, siendo en un 7.7% de los casos la muerte traumática de un hijo, en un 15.4% una violación a manos del propio padre y en el resto (7.7%) acoso sexual. Una mujer había experimentado dos sucesos traumáticos, en concreto, una situación bélica y una violación a manos de su padre. En el grupo de *mujeres mexicanas*, un 43.3% había experimentado otro

acontecimiento traumático; un 26.8% una agresión sexual, un 3.3% una violación a manos de su propio padre y el 13.2% restante la muerte traumática de un familiar o un hijo.

Resulta destacable la diferencia en el porcentaje de mujeres mexicanas expuestas a otro acontecimiento traumático en comparación con las mujeres inmigrantes y, sobre todo, con el grupo de mujeres españolas, donde el porcentaje es notablemente inferior.

**Tabla 17.1.** Características sociodemográficas de la muestra total de participantes.

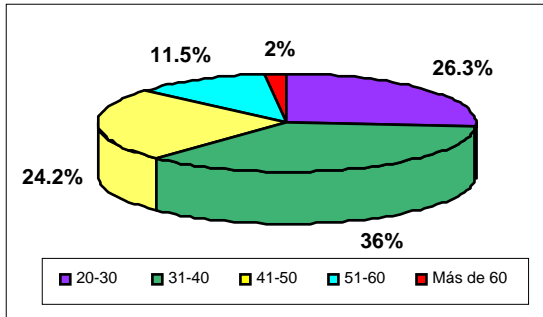
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	MUESTRA TOTAL DE PARTICIPANTES (N=103)	
	N	%
<b>• Nacionalidad</b>		
- Española	47	45.6
- Mixta (mujeres inmigrantes)	26	25.3
- Mexicana	30	29.1
<b>• Estado civil</b>		
- Soltera	22	21.4
- Casada o conviviente	26	25.2
- Divorciada, separada o en trámites	54	52.4
- Viuda	1	1
<b>• Clase social subjetiva</b>		
- Baja	27	26.2
- Media-baja	49	47.6
- Media	27	26.2
- Media-alta	0	0
- Alta	0	0
<b>• Nivel educacional</b>		
- Sin estudios o primarios incompletos	6	5.8
- Estudios primarios (EGB)	24	23.3
- Estudios secundarios (FP, BUP, COU)	55	53.4
- Estudios universitarios	18	17.5
<b>• Profesión</b>		
- En paro	27	26.2
- Estudiante	2	1.9
- Ama de casa	14	13.6
- Servicio doméstico	13	12.6
- Otra profesión no cualificada	31	30
- Profesión cualificada	8	7.8
- Baja laboral	7	6.8
- Discapacitada	1	1
<b>• Historia psiquiátrica anterior</b>		
- No	59	57.3
- Sí	44	42.7
<b>• Apoyo social en la actualidad</b>		
- No	50	48.5
- Sí	53	51.5
<b>• Exposición a otro trauma</b>		
- No	75	72.8
- Sí	28	27.2
	rango	media
<b>• Edad</b>	20-73	38.52
<b>• Número de hijos</b>	0-7	1.71

**Tabla 17.2.** Características sociodemográficas de cada uno de los grupos y del grupo total de tratamiento.

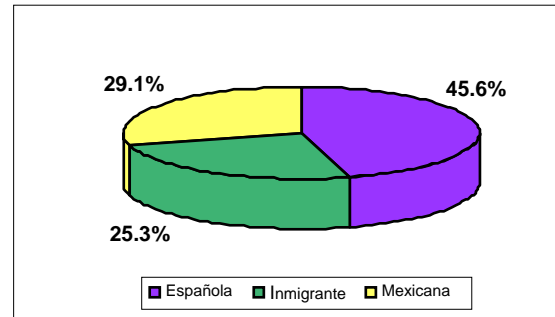
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	GRUPO DE NO TRATAMIENTO (N=16)		GRUPO DE TRATAMIENTO (N= 87)							
			MUESTRA ESPAÑOLA (N=44)		MUESTRA INMIGRANTE (N=13)		MUESTRA MEXICANA (N=30)		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>• Estado civil</b>										
- Soltera	<b>4</b>	<b>25</b>	9	20.5	1	7.7	8	26.7	<b>18</b>	<b>20.7</b>
- Casada o conviviente	<b>3</b>	<b>18.8</b>	14	31.8	3	23.1	6	20	<b>23</b>	<b>26.4</b>
- Divorciada, separada o en trámites	<b>9</b>	<b>56.2</b>	21	47.7	8	61.5	16	53.3	<b>45</b>	<b>51.7</b>
- Viuda	<b>0</b>	<b>0</b>	0	0	1	7.7	0	0	<b>1</b>	<b>1.2</b>
<b>• Clase social subjetiva</b>										
- Baja	<b>7</b>	<b>43.8</b>	6	13.6	6	46.2	8	26.7	<b>20</b>	<b>23</b>
- Media-baja	<b>7</b>	<b>43.8</b>	20	45.5	6	46.2	16	53.3	<b>42</b>	<b>48.3</b>
- Media	<b>2</b>	<b>12.4</b>	18	40.9	1	7.6	6	20	<b>25</b>	<b>28.7</b>
- Media-alta	<b>0</b>	<b>0</b>	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
- Alta	<b>0</b>	<b>0</b>	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>• Nivel educacional</b>										
- Sin estudios o primarios incompletos	<b>1</b>	<b>6.3</b>	1	2.3	1	7.7	3	10	<b>5</b>	<b>5.7</b>
- Estudios primarios (EGB)	<b>2</b>	<b>12.5</b>	14	31.8	2	15.4	6	20	<b>22</b>	<b>25.3</b>
- Estudios secundarios (FP, BUP, COU)	<b>10</b>	<b>62.5</b>	22	50	7	53.8	16	53.3	<b>45</b>	<b>51.7</b>
- Estudios universitarios	<b>3</b>	<b>18.7</b>	7	15.9	3	23.1	5	16.7	<b>15</b>	<b>17.3</b>
<b>• Profesión</b>										
- En paro	<b>5</b>	<b>31.2</b>	13	29.5	5	38.5	4	13.3	<b>22</b>	<b>25.3</b>
- Estudiante	<b>0</b>	<b>0</b>	1	2.3	0	0	1	3.4	<b>2</b>	<b>2.3</b>
- Ama de casa	<b>0</b>	<b>0</b>	11	25	0	0	3	10	<b>14</b>	<b>16.1</b>
- Servicio doméstico	<b>4</b>	<b>25</b>	1	2.3	6	46.1	2	6.7	<b>9</b>	<b>10.3</b>
- Otra profesión no cualificada	<b>5</b>	<b>31.2</b>	8	18.2	2	15.4	16	53.3	<b>26</b>	<b>29.8</b>
- Profesión cualificada	<b>1</b>	<b>6.3</b>	3	6.8	0	0	4	13.3	<b>7</b>	<b>8.2</b>
- Baja laboral	<b>1</b>	<b>6.3</b>	6	13.6	0	0	0	0	<b>6</b>	<b>6.9</b>
- Discapacitada	<b>0</b>	<b>0</b>	1	2.3	0	0	0	0	<b>1</b>	<b>1.1</b>
<b>• Historia psiquiátrica anterior</b>										
- No	<b>13</b>	<b>81.3</b>	17	38.6	11	84.6	18	60	<b>46</b>	<b>52.9</b>
- Sí	<b>3</b>	<b>18.7</b>	27	61.4	2	15.4	12	40	<b>41</b>	<b>47.1</b>
<b>• Exposición a otro trauma</b>										
- No	<b>13</b>	<b>81.3</b>	36	81.8	9	69.2	17	56.7	<b>62</b>	<b>71.3</b>
- Sí	<b>3</b>	<b>18.7</b>	8	18.2	4	30.8	13	43.3	<b>25</b>	<b>28.7</b>
<b>• Apoyo social en la actualidad</b>										
- No	<b>7</b>	<b>43.7</b>	14	31.8	11	84.6	18	60	<b>43</b>	<b>49.4</b>
- Sí	<b>9</b>	<b>56.3</b>	30	68.2	2	15.4	12	40	<b>44</b>	<b>50.6</b>
	rango	media	rango	media	rango	media	rango	media	rango	media
<b>• Edad</b>	<b>22-69</b>	<b>38.5</b>	22-73	39.98	23-56	41.46	20-57	35.13	<b>20-73</b>	<b>38.53</b>
<b>• Número de hijos</b>	<b>0-3</b>	<b>1.44</b>	0-3	1.5	0-3	1.69	1-7	2.2	<b>0-7</b>	<b>1.76</b>

## Muestra total de mujeres

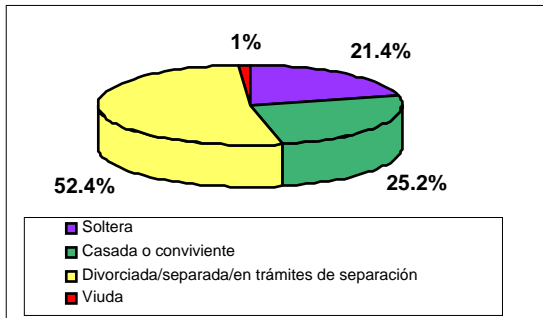
**Figura 17.1.** Distribución de la muestra total. Edad



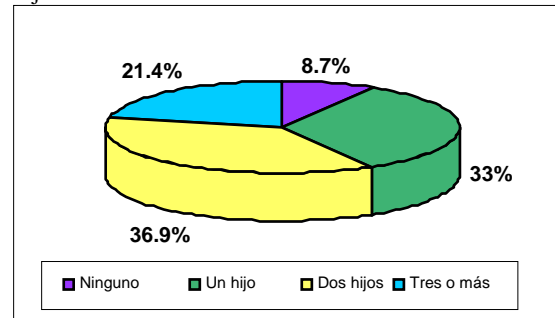
**Figura 17.2.** Distribución de la muestra total. Nacionalidad



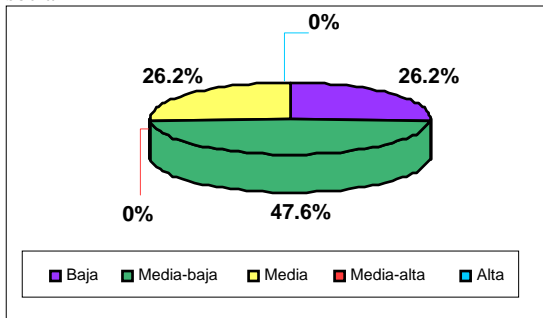
**Figura 17.3.** Distribución de la muestra total. Estado civil



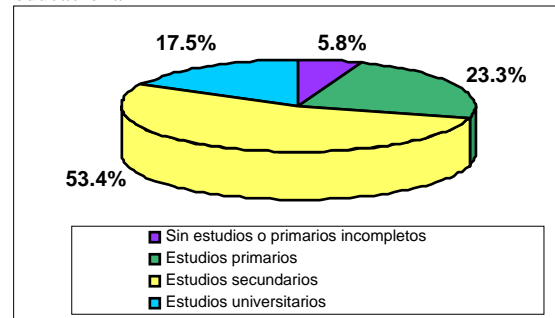
**Figura 17.4.** Distribución de la muestra total. Número de hijos



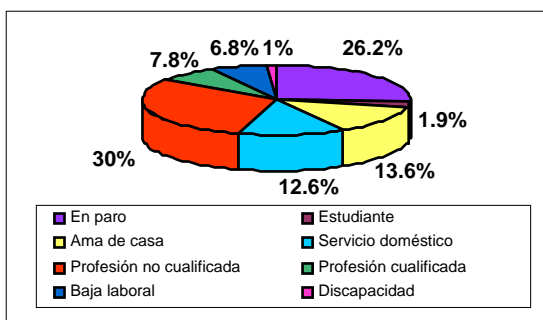
**Figura 17.5.** Distribución de la muestra total. Clase social



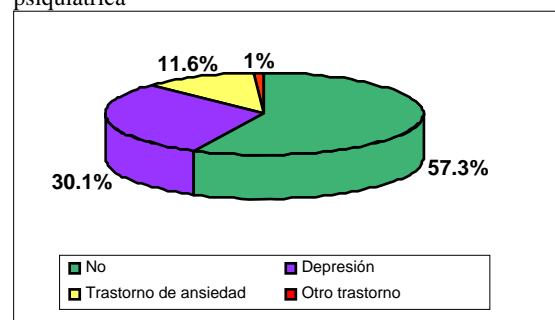
**Figura 17.6.** Distribución de la muestra total. Nivel educacional



**Figura 17.7.** Distribución de la muestra total. Ocupación

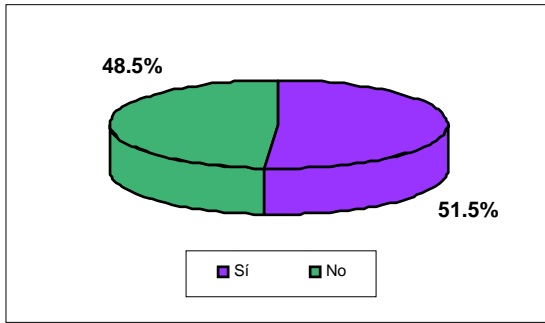


**Figura 17.8.** Distribución de la muestra total. Hª. psiquiátrica

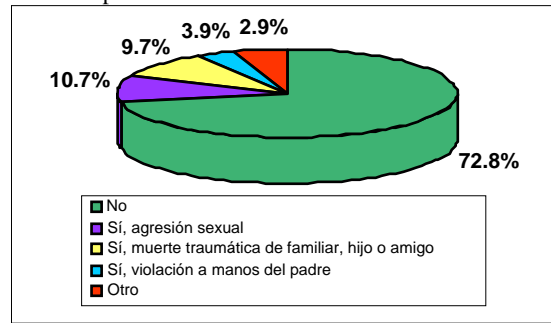




**Figura 17.9.** Distribución de la muestra. Red de apoyo social

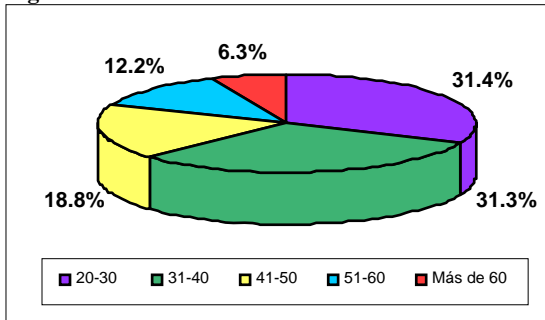


**Figura 17.10.** Distribución de la muestra. Exposición a otras experiencias traumáticas

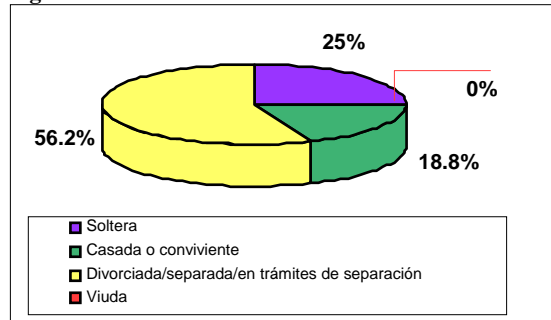


## Grupo de no tratamiento

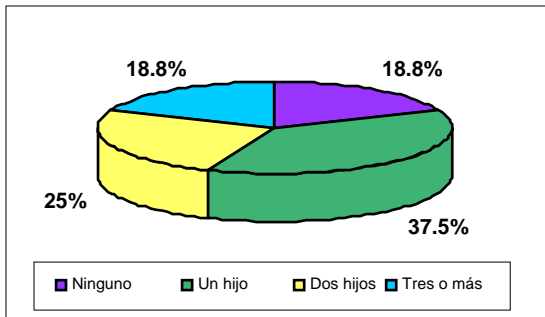
**Figura 17.11.** Distribución de la muestra. Edad



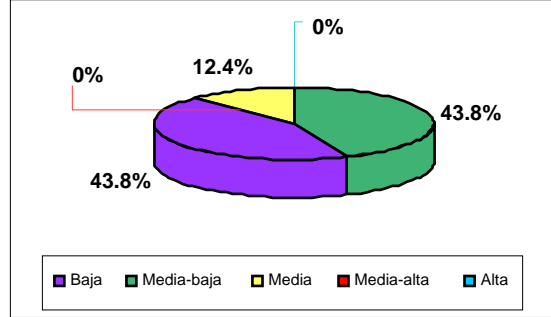
**Figura 17.12.** Distribución de la muestra. Estado civil



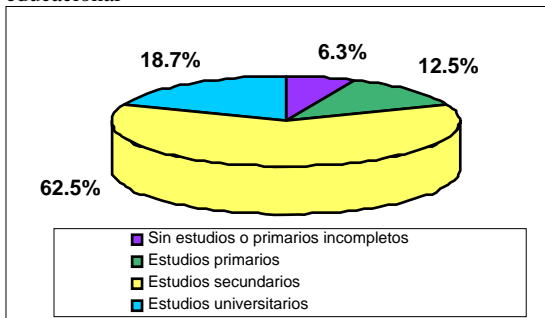
**Figura 17.13.** Distribución de la muestra. Número de hijos



**Figura 17.14.** Distribución de la muestra. Clase social



**Figura 17.15.** Distribución de la muestra. Nivel educacional



**Figura 17.16.** Distribución de la muestra. Ocupación

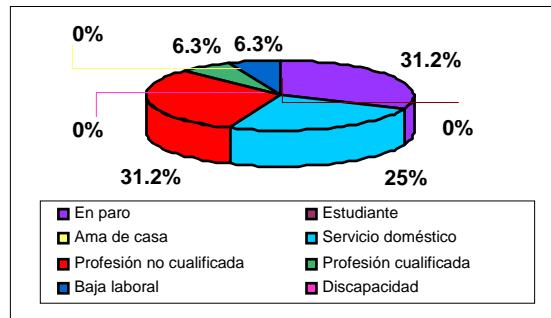


Figura 17.17. Distribución de la muestra. Hª. psiquiátrica

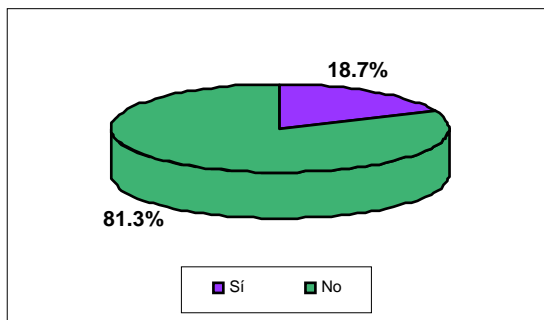


Figura 17.18. Distribución de la muestra. Red de apoyo social

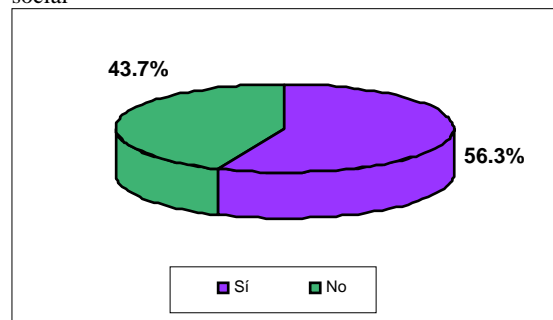
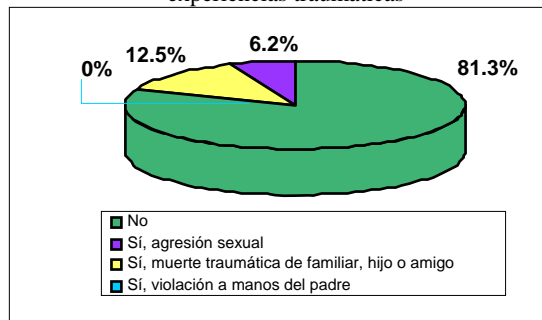


Figura 17.19. Distribución de la muestra. Exposición a otras experiencias traumáticas



## Grupo de mujeres españolas

Figura 17.20. Distribución de la muestra. Edad

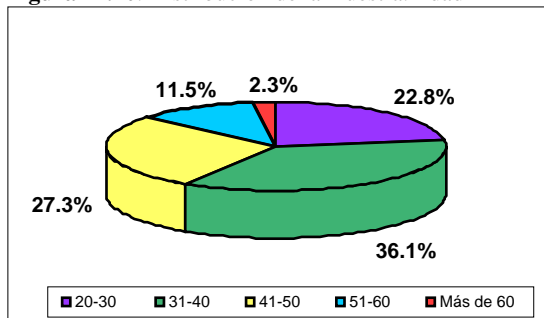


Figura 17.21. Distribución de la muestra. Estado civil

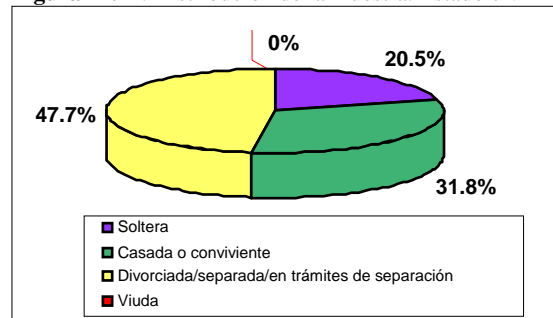


Figura 17.22. Distribución de la muestra. Número de hijos

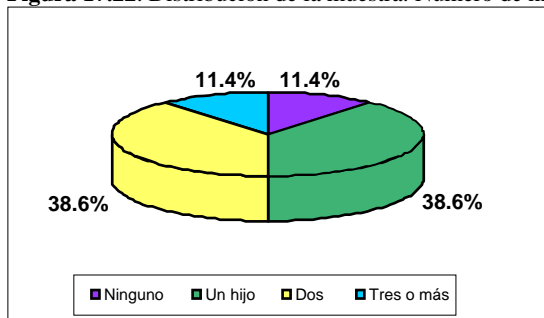
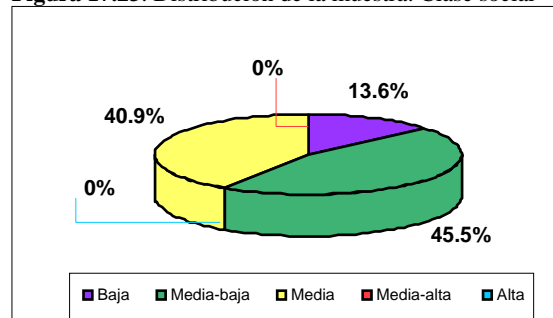
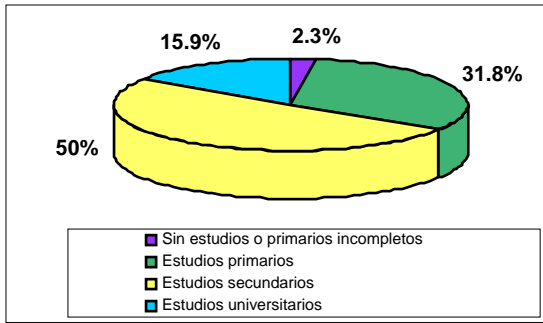


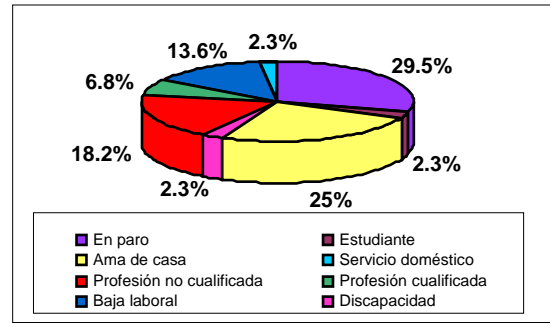
Figura 17.23. Distribución de la muestra. Clase social



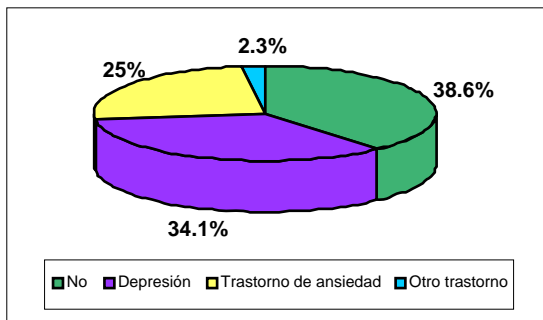
**Figura 17.24.** Distribución de la muestra. Nivel educacional



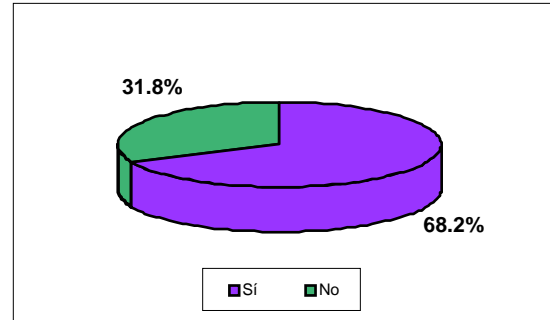
**Figura 15.25.** Distribución de la muestra. Ocupación



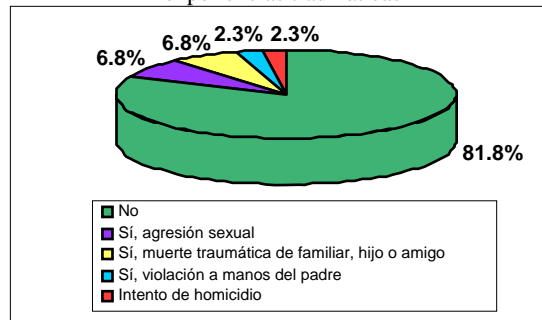
**Figura 17.26.** Distribución de la muestra. Hª. psiquiátrica



**Figura 17.27.** Distribución de la muestra. Red de apoyo social

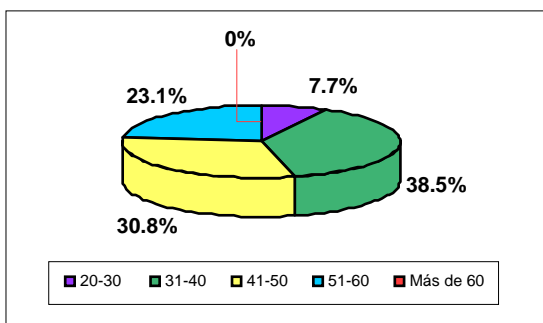


**Figura 17.28.** Distribución de la muestra. Exposición a otras experiencias traumáticas

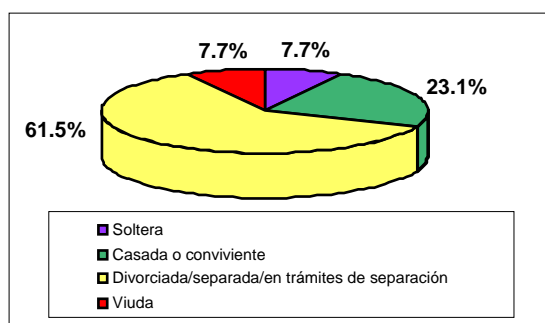


## Grupo de mujeres inmigrantes

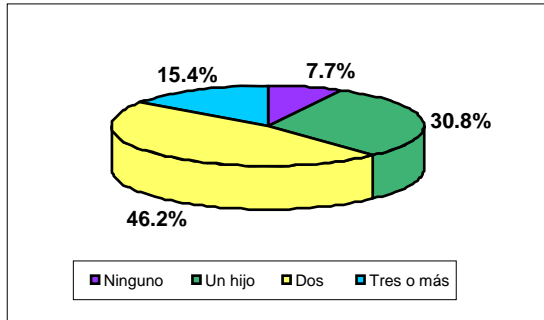
**Figura 17.29.** Distribución de la muestra. Edad



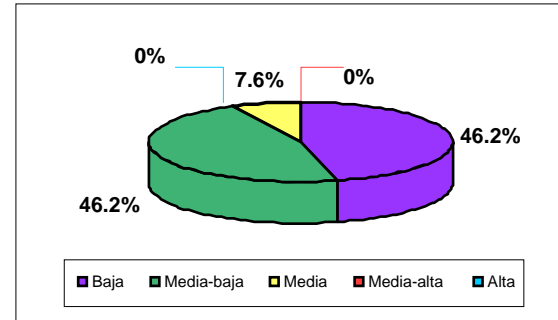
**Figura 17.30.** Distribución de la muestra. Estado civil



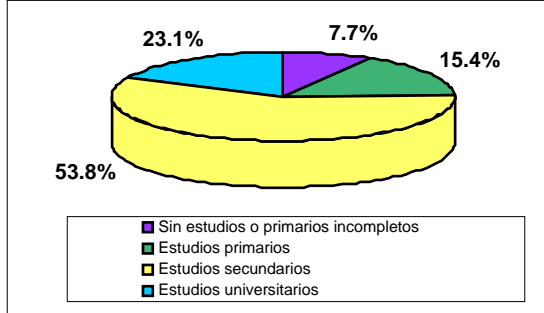
**Figura 17.31.** Distribución de la muestra. Número de hijos



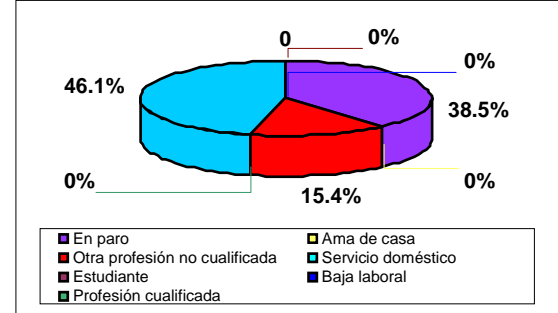
**Figura 17.32.** Distribución de la muestra. Clase social



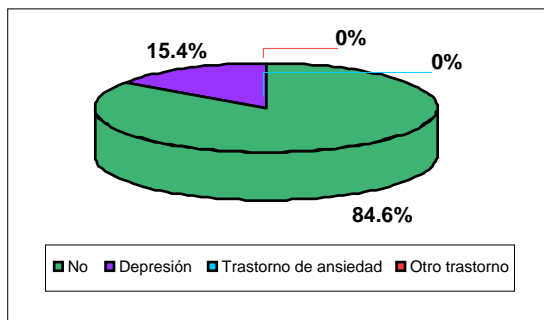
**Figura 17.33.** Distribución de muestra. Nivel educacional



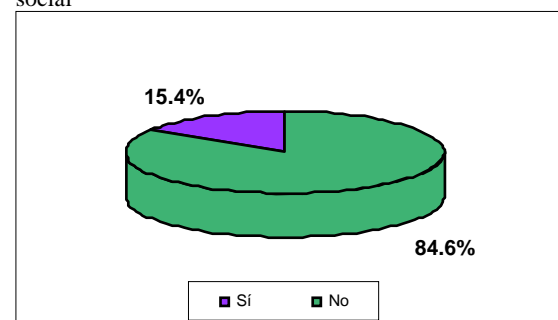
**Figura 17.34.** Distribución de la muestra. Ocupación



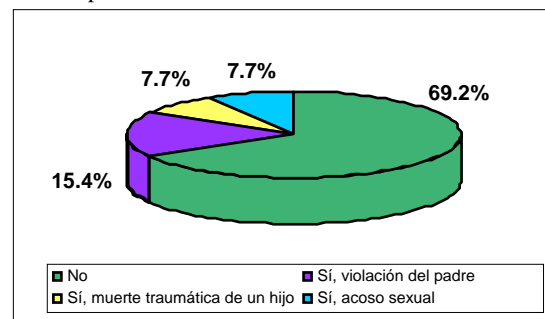
**Figura 17.35.** Distribución de la muestra. Hª. psiquiátrica



**Figura 17.36.** Distribución de la muestra. Red de apoyo social

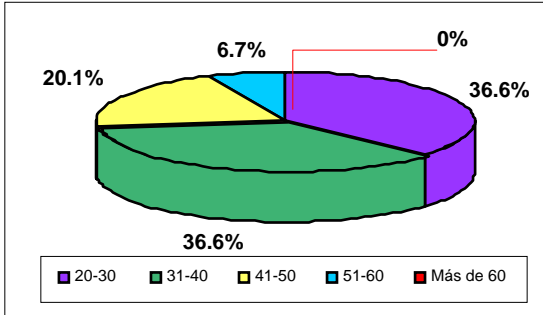


**Figura 17.37.** Distribución de la muestra. Exposición a otras experiencias traumáticas

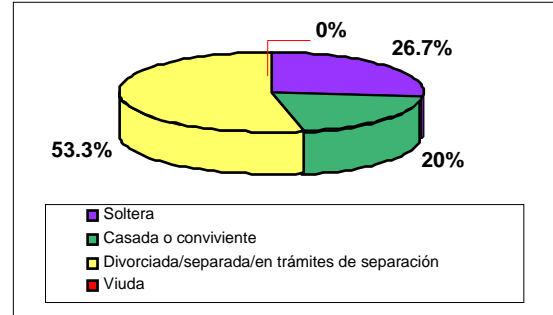


## Grupo de mujeres mexicanas

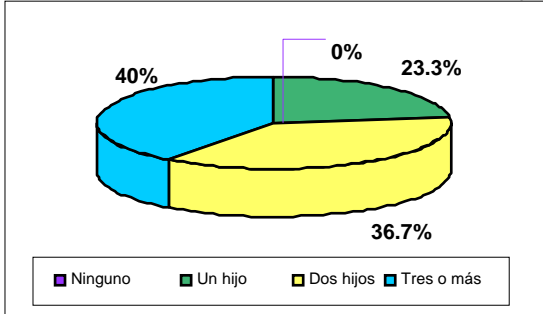
**Figura 17.38.** Distribución de la muestra. Edad



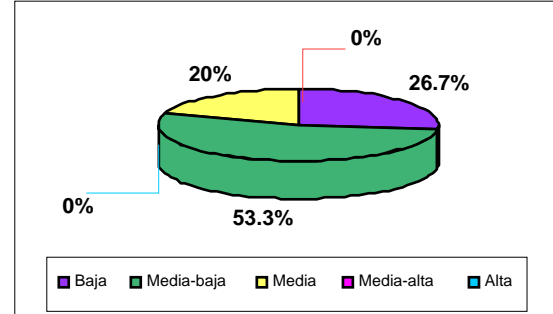
**Figura 17.39.** Distribución de la muestra. Estado civil



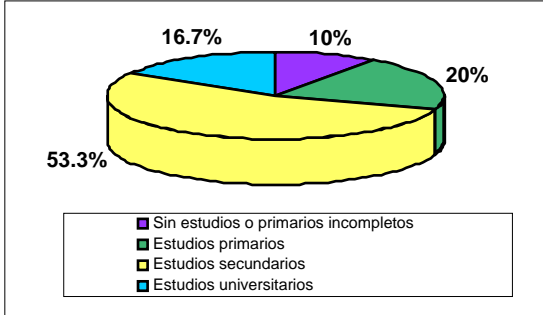
**Figura 17.40.** Distribución de muestra. Número de hijos



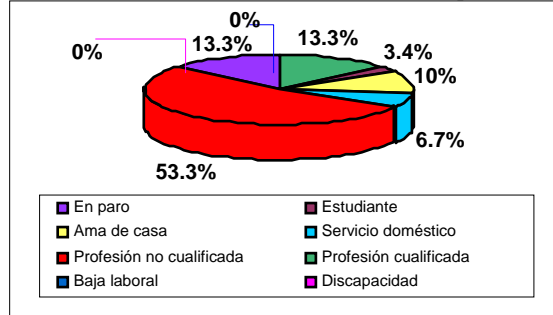
**Figura 17.41.** Distribución de la muestra. Clase social



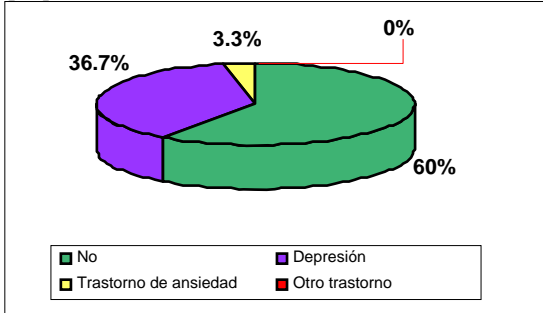
**Figura 17.42.** Distribución de muestra. Nivel educacional



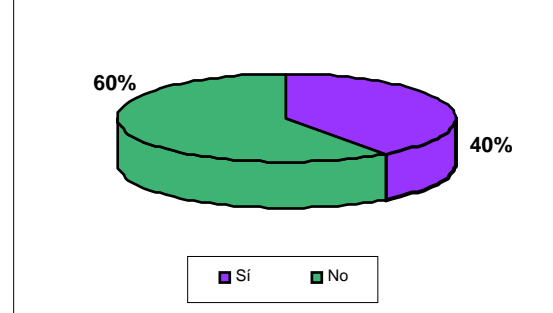
**Figura 17.43.** Distribución de la muestra. Ocupación



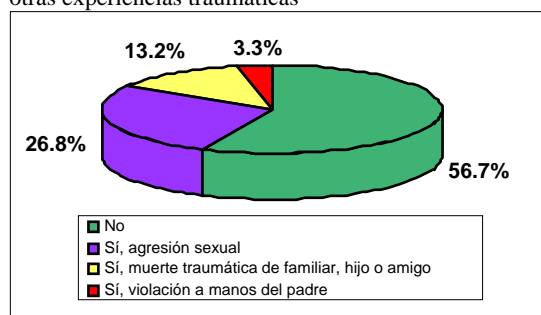
**Figura 17.44.** Distribución de la muestra. Hª. psiquiátrica



**Figura 17.45.** Distribución de la muestra. Red de apoyo social



**Figura 17.46.** Distribución de la muestra. Exposición a otras experiencias traumáticas



### 17.1.2. CIRCUNSTANCIAS E HISTORIA DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

En las tablas 17.3 y 17.4 aparecen descritas las principales variables acerca de la historia y circunstancias del maltrato referidas a la muestra total y a cada uno de los grupos de mujeres que conforman la muestra total.

#### 17.1.2.1 Situación de la mujer respecto al agresor

En la **muestra total** de las participantes, un 25.2% convivía con el agresor en el momento de la evaluación y un 35.9% dependía económicamente de él. Respecto al *grupo de no tratamiento*, casi un 19% de las mujeres continuaba viviendo con el agresor y dependiendo económicamente de él. En el grupo de *mujeres españolas*, aunque la mayoría de ellas (68.2%) no convivía con el agresor en el momento de la evaluación, más de la mitad (52.3%) continuaba dependiendo económicamente de él. En el grupo de *mujeres inmigrantes* únicamente un 23.1% convivía con el agresor y un 15.4% era dependiente económicamente. En el grupo de *participantes mexicanas*, un 20% convivía con el agresor y un 30% continuaba dependiendo económicamente de él.

A pesar de que la mayoría de las participantes estaba separada del agresor en el momento de la evaluación, el porcentaje de mujeres que continúa dependiendo económicamente de él es mayor. De la comparación entre los grupos se desprende que el porcentaje de participantes dependientes económicamente del agresor en el grupo de mujeres españolas es mayor al del resto de los grupos, en especial, al del grupo de mujeres inmigrantes.

#### 17.1.2.2 Tipo de maltrato

En la **muestra total**, más de la mitad de las mujeres (58.3%) había recibido maltrato físico, psicológico y sexual, un 32% maltrato psicológico y físico y un 9.7% malos tratos psicológicos. En el *grupo de no tratamiento*, un 56.2% de las participantes había sido víctima de violencia física, psicológica y sexual, un 37.5% había sufrido violencia física y psicológica y un 6.3% exclusivamente psicológica. En el grupo de *mujeres españolas*, un 45.5% había recibido malos tratos físicos, psicológicos y sexuales, un 38.6% malos tratos físicos y psicológicos y un

15.9% psicológicos. En el grupo de mujeres *inmigrantes y mexicanas*, la mayoría (76.9% y 70%, respectivamente) había experimentado las tres formas de violencia.

Por tanto, el porcentaje de mujeres que había sido víctima de maltrato físico y psicológico y, además, sexual es mayor en el grupo de mujeres inmigrantes y mexicanas en comparación con el grupo de mujeres españolas.

#### **17.1.2.3 Comienzo del maltrato**

El maltrato empezó en los primeros años de la relación de pareja. Así pues, el 55.4% del **total de participantes** comenzó a recibir malos tratos durante el noviazgo, un 21.4% durante el primer año de convivencia, un 8.7% durante los meses de gestación del primer hijo y el 10.7% restante en el momento del nacimiento del primer hijo. En el *grupo de no tratamiento*, la violencia había comenzado en el noviazgo (37.5%) o durante el primer año de convivencia (25%), principalmente. Más de la mitad de las *mujeres españolas* (54.6%) refirió haber recibido las primeras agresiones durante el noviazgo y el resto durante el primer año de convivencia (18.2%), durante el embarazo (9.1%) o tras el nacimiento del primer hijo (18.2%). La mayoría de las *mujeres inmigrantes* (61.5%) comenzó a ser maltratada durante el noviazgo, un 15.4% durante el primer año de convivencia, otro 15.4% durante el embarazo y un 7.7% desde el momento en el que llegaron a nuestro país. En el grupo de *participantes mexicanas*, el 63.3% refirió haber recibido malos tratos desde el noviazgo y un 26.7% desde el primer año de convivencia.

#### **17.1.2.4 Duración del maltrato**

Todo ello apunta al carácter crónico de la situación de violencia; en este sentido, a pesar de que el rango es muy amplio (entre 1 y 40 años), la duración media del maltrato es de 13.16 años (d.t.=10.47) en la **muestra total** de participantes, 10.46 años en las mujeres del *grupo de no tratamiento*, 13.33 años en las *mujeres españolas*, 15.92 años en las *inmigrantes* y 13.16 años en las *mujeres mexicanas*. En las figuras 17.51, 17.68, 17.85, 17.102 y 17.119 se puede consultar la distribución en años de la duración de la violencia doméstica en cada una de las muestras.

#### **17.1.2.5 Último episodio de maltrato**

A pesar de que un 74.8% del **total de las participantes** de este estudio no convivía con el agresor en el momento de la evaluación, un 42.7% refirió haber sido víctima de malos tratos en el último mes. El análisis por separado de cada una de las muestras arroja resultados similares. Así pues, en el *grupo de no tratamiento*, un 81.3% no vivía con el agresor; no obstante, un 37.5% había sido maltratada en el último mes, un 18.8% en los últimos tres meses y un 12.5% en los últimos seis meses. Respecto a las *mujeres españolas*, un 47.7% refirió haber sido objeto de malos tratos en el último mes y un 20.5% en los últimos tres meses. En el grupo

de *mujeres inmigrantes*, casi un 70% llevaba más de seis meses sin convivir con el agresor, pero únicamente un 46.2% refirió no haber recibido malos tratos en ese tiempo. En el grupo de *mujeres mexicanas*, casi la mitad (43.3%) había sido maltratada en el último mes y únicamente un 16.7% llevaba más de un año sin ser víctima de este tipo de violencia.

#### 17.1.2.6 Frecuencia del maltrato

Otro dato que refleja la gravedad e intensidad del maltrato sufrido por las participantes de este estudio es la alta frecuencia de aparición de los episodios violentos. Más del 70% del **total de participantes** refirió haber experimentado malos tratos diariamente. Más del 80% de las mujeres del *grupo de no tratamiento*, el 72.8% de las *mujeres españolas*, el 69.2% de las *inmigrantes* y el 66.7% de las *mujeres mexicanas* declararon haber recibido malos tratos a diario.

#### 17.1.2.7 Denuncias

El 61.2% del **total de participantes** había denunciado el maltrato y la mitad de ellas (29.2%) tenía denuncias en curso en el momento de la evaluación. La media del número de denuncias era 1.06. El análisis de cada muestra por separado arroja algunas diferencias que merecen ser comentadas. Así pues, es en el grupo de *mujeres inmigrantes* donde aparece el mayor porcentaje de mujeres que había denunciado su condición de víctima, en concreto, más del 75% había interpuesto al menos una denuncia, siendo 1.62 la media del número de ellas. Además, casi un 25% tenía alguna denuncia en curso en el momento de la evaluación. Recordar que la mayoría de estas mujeres (69.2%) tenía legalizada su situación en nuestro país, un aspecto que parece fundamental para que este tipo de población decida denunciar su condición de víctima. En el grupo de *participantes españolas*, el porcentaje de mujeres que denuncia al agresor se sitúa en un 65.9%, siendo 1.3 la media del número de ellas. Un 29.5% tenía alguna denuncia en curso en el momento de la evaluación. En el grupo de *participantes mexicanas*, únicamente el 50% había denunciado su condición de víctima, siendo .73 la media del número de denuncias. Un 33.3% tenía denuncias en curso. Respecto al *grupo de no tratamiento*, el 56.2% había denunciado al agresor, siendo la media superior a la del resto de los grupos (4.06 denuncias).

#### 17.1.2.8 Salidas del hogar

La gravedad de la violencia obligó al 65% del **total de participantes** a salir del hogar, de manera más o menos esporádica, siendo 1.5 la media del número de salidas. Respecto a cada una de las muestras por separado, el 87.5% de las mujeres del *grupo de no tratamiento*, el 56.8% de las *mujeres españolas* y el 60% de las *mexicanas* habían tenido que abandonar, al menos, una vez la casa debido a la violencia. De manera similar a como se ha visto con las denuncias, el porcentaje de *mujeres inmigrantes* que tuvo que salir de la casa en alguna ocasión



para protegerse de la violencia es mayor (76.9%), en comparación con las mujeres españolas y mexicanas. El 30.8% había optado por la emigración como vía para escapar definitivamente de la situación de violencia.

**Tabla 17.3.** Historia y circunstancias de la violencia. Muestra total.

	MUESTRA TOTAL DE PARTICIPANTES			
	(N=103)			
	N	%	N	%
<b>• Relación con el agresor</b>				
- Convivencia con el agresor	26	25.2		
- Entre uno y tres meses de separación	13	12.6		
- De tres a seis meses de separación	17	16.6		
- Más de seis meses de separación	47	45.6		
<b>• Dependencia económica del agresor</b>				
- Sí	37	35.9		
- No	66	64.1		
<b>• Tipo de maltrato</b>				
- Físico y psicológico	33	32		
- Psicológico	10	9.7		
- Físico, psicológico y sexual	60	58.3		
<b>• Primer episodio de maltrato</b>				
- Noviazgo	57	55.4		
- Primer año de convivencia	22	21.4		
- Embarazo	9	8.7		
- Nacimiento de los hijos	11	10.7		
- Inmigración	4	3.8		
<b>• Último episodio de maltrato</b>				
- En el último mes	44	42.7		
- 1-3 meses	15	14.6		
- 3-6 meses	14	13.6		
- Más de seis meses	12	11.7		
- Más de un año	18	17.5		
<b>• Frecuencia del maltrato</b>				
- Diaria	74	71.8		
- Dos o tres veces por semana	14	13.6		
- Cada quince días	10	9.7		
- Una vez al mes	5	4.9		
<b>• Denuncias</b>				
- Sí, pero ninguna en curso	33	32		
- Sí, con alguna en curso	30	29.2		
- No	40	38.8		
<b>• Salidas del hogar</b>				
- Sí	67	65		
- No	36	35		
<b>• Asistencia médica por lesiones</b>				
- Sí	51	49.5		
- No	52	50.5		
<b>• Apoyo social durante el maltrato</b>				
- Sí	15	14.6		
- No	88	85.4		
<b>• Apoyo familiar durante el maltrato</b>				
- Sí	23	22.3		
- No	80	77.7		
<b>• Maltrato anterior</b>				
- Sí, de los padres	31	30		
- Sí, de un familiar	4	3.8		
- Sí, de una pareja anterior	6	5.9		
- Sí, de padres y de pareja	7	6.9		
- No	55	53.4		
<b>• Maltrato actual a manos de un hijo</b>				
- Sí	8	7.8		
- No	86	83.5		
- No se aplica	9	8.7		
<b>• Violencia doméstica a los hijos</b>				
- Sí	68	66.1		
- No	26	25.2		
- No se aplica	9	8.7		
<b>• Violencia doméstica familia de origen</b>				
- Sí	42	40.8		
- No	61	59.2		
<b>• Consecuencias físicas de la violencia</b>				
- Sí	20	19.5		
- No	83	80.5		
<b>• Años de maltrato</b>			rango	media
			1-40	13.16

### 17.1.2.9 Asistencia médica por lesiones

Casi un 50% del **total de las mujeres**, en concreto, la mitad de las participantes del grupo de no tratamiento, un 47.7% de las mujeres españolas, un 92.3% de las mujeres inmigrantes y un 33.3% de las mujeres mexicanas habían recibido asistencia médica por las lesiones sufridas como consecuencia de la violencia. De manera similar a los resultados

anteriores, el mayor porcentaje de mujeres que había recibido asistencia médica por las lesiones se sitúa en el grupo de mujeres inmigrantes.

#### 17.1.2.10 Apoyo social y familiar durante el maltrato

En la **muestra total** de participantes, únicamente un 14.6% y un 22.3% de las mujeres refirieron haber contado con una red social de apoyo y familiar, respectivamente, durante el maltrato. Los resultados en cada una de las muestras son similares. Así pues, un 18.2% y un 25% de las *mujeres españolas* se sintieron apoyadas a nivel social y familiar, respectivamente, durante el maltrato. En el grupo de *mujeres inmigrantes*, ninguna de ellas refirió haber contado con una red de apoyo social y únicamente un 23.1% se sintió comprendida por su familia. En el grupo de *mexicanas*, un 6.7% y 13.3% de las mujeres contaron con el apoyo de amigos y familiares, respectivamente. En el *grupo de no tratamiento*, los porcentajes son algo superiores; un poco más del 30% de las participantes refirió haber sido apoyada a nivel social y familiar. Por tanto, son muy pocas las mujeres de este estudio que se han sentido apoyadas y comprendidas por personas significativas de su entorno, sobre todo en el grupo de mujeres inmigrantes y mexicanas.

#### 17.1.2.11 Experiencias anteriores de malos tratos

Casi la mitad (46.6%) de la **muestra total** de participantes refirió haber sufrido malos tratos en relaciones anteriores; concretamente, un 30% había recibido malos tratos de sus padres, principalmente del padre, un 3.8% de un familiar, un 5.9% de una pareja anterior y un 6.9% había sido víctima de violencia ejercida tanto por uno de los padres como por una pareja anterior. El análisis de cada muestra por separado arroja diferencias importantes. Así pues, la mayoría de las *mujeres españolas* (63.6%) no había sido víctima de malos tratos previamente; del 36.4% con una historia de violencia, un 18.2% había sido maltratada por los padres (principalmente el padre), un 9.1% por una pareja anterior, un 2.3% por un familiar y el 6.8% restante tanto por los padres como por una pareja anterior. En el grupo de *inmigrantes*, el porcentaje de mujeres con una historia de violencia es similar; un 38.5% había sufrido previamente malos tratos, siendo en un 30.8% de los casos a manos de los padres de la víctima. Sin embargo, en el grupo de *mexicanas* un porcentaje mayor de mujeres tenía una historia previa de maltrato. Concretamente, el 70% de ellas había sido maltratada anteriormente; en el 50% de los casos había sido uno de los padres el causante de la violencia, en un 10% un familiar y en el 10% restante los malos tratos habían sido perpetrados tanto por uno de los progenitores como por una pareja anterior. Respecto a las mujeres que habían sido maltratadas por los padres, es importante señalar que un 23.3% refirió que había sido el padre el agente del maltrato, un 6.7% que habían sido ambos progenitores y un 30% que había sido su propia madre la que la había

maltratado. Finalmente, en el *grupo de no tratamiento* un 37.6% de las mujeres tenía una historia previa de violencia.

#### **17.1.2.12 Malos tratos en la actualidad a manos de un hijo**

Además de los malos tratos a manos de la pareja, un 7.8% de la **muestra total** de mujeres (8 mujeres), un 11.4% de las *mujeres españolas*, un 7.7% de las *mujeres inmigrantes*, un 3.3% de las *mujeres mexicanas* y un 6.3% de las mujeres del *grupo de no tratamiento* refirieron estar sufriendo malos tratos a manos de un hijo en el momento de la evaluación.

#### **17.1.2.13 Violencia doméstica extendida a los hijos**

En un alto porcentaje de la muestra la violencia doméstica se había extendido a los hijos. En concreto, el 66.1% de la **muestra total** de participantes refirió que sus hijos habían vivenciado este tipo de violencia, bien como testigos (36.3%) o como víctimas directas de ella (29.8%). Respecto a las *mujeres españolas*, en el 61.4% de los casos los hijos habían sido víctimas de la violencia doméstica; un 20.5% de ellos había experimentado malos tratos a manos del padre y un 40.9% había sido testigo de la violencia contra su madre. En un 69.3% de las *mujeres inmigrantes* la violencia había sido extendida a los hijos, bien como testigos (23.1%) o como víctimas directas de ella (46.2%). En el grupo de *mujeres mexicanas*, el porcentaje de hijos maltratados es superior (80%). Concretamente, un 33.3% de ellos había sido testigo de la violencia doméstica ejercida contra su madre y un 26.7% había sido maltratado por su padre. Hay que señalar que en el 20% restante, la violencia contra el hijo había sido ejercida por la propia mujer maltratada. Finalmente y respecto al *grupo de no tratamiento*, en el 50% de los casos la violencia doméstica se había extendido también a los hijos; un 18.7% de ellos había sido testigo y un 31.3% víctima directa.

#### **17.1.2.14 Violencia doméstica en la familia de origen**

En la **muestra total** de mujeres, un 40.8% refirió que había vivido (como testigo) violencia doméstica en su familia de origen. Nuevamente aparecen diferencias importantes en el análisis de cada muestra por separado. En concreto, en el grupo de *mujeres españolas* únicamente un 22.7% refirió haber presenciado malos tratos en su familia de origen. Este porcentaje es algo superior en el grupo de *mujeres inmigrantes* (46.2%) y muy superior en el grupo de *mujeres mexicanas* (63.3%). Respecto al *grupo de no tratamiento*, un 43.8% refirió haber presenciado violencia doméstica en su familia de origen.

#### **17.1.2.15 Consecuencias físicas de la violencia**

Un 19.5% de la **muestra total** de participantes sufría lesiones derivadas del maltrato o enfermedades y trastornos físicos, cuyo origen era atribuido por las víctimas al sufrimiento vivido durante tantos años de violencia. En concreto, un 4.9% sufría lesiones crónicas, como la pérdida de dientes, cojera o inmovilidad en una de las manos, un 2.9% padecía un trastorno

gastrointestinal crónico, un 2.9% un cáncer, un 1.9% fibromialgia, un 1.9% había sufrido uno o varios abortos, un 1% padecía síndrome de colon irritable, un 1% un problema cardíaco grave, un 1% un trastorno metabólico grave, un 1% un problema ginecológico y un 1% una enfermedad física crónica que no supo especificar. En el *grupo de no tratamiento*, tres mujeres presentaban problemas físicos; una de ellas cáncer, otra mujer síndrome de colon irritable y la tercera una lesión crónica. En el *grupo de mujeres españolas*, un 15.9% sufría problemas físicos, siendo en el 2.3% de ellas una lesión crónica, en un 4.4% fibromialgia, en un 2.3% un problema cardíaco grave, en un 2.3% un trastorno metabólico, en un 2.3% continuos abortos y en el 2.3% restante una enfermedad que la víctima no supo especificar. En el *grupo de mujeres inmigrantes*, una mujer sufría un cáncer y otra un problema gastrointestinal. Finalmente, en el *grupo de mujeres mexicanas*, un 26.6% de las participantes presentaba problemas físicos; en concreto, un 10% tenía una lesión crónica, un 6.7% un trastorno gastrointestinal, un 3.3% un trastorno ginecológico, un 3.3% padecía un cáncer y un 3.3% había sufrido un aborto, como consecuencia de las agresiones.

**Tabla 17.4.** Circunstancias e historia de la violencia en cada uno de los grupos y en el grupo total de tratamiento.

	<b>GRUPO NO TRATAMIENTO (N=16)</b>		<b>GRUPO TRATAMIENTO (N= 87)</b>							
			MUESTRA ESPAÑOLA (N=44)		MUESTRA INMIGRANTE (N=13)		MUESTRA MEXICANA (N=30)		<b>TOTAL</b>	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>• Relación con el agresor</b>										
- Convivencia con el agresor	<b>3</b>	<b>18.7</b>	14	31.8	3	23.1	6	20	<b>23</b>	<b>26.4</b>
- Entre uno y tres meses de separación	<b>4</b>	<b>25</b>	5	11.4	0	0	4	13.3	<b>9</b>	<b>10.3</b>
- De tres a seis meses de separación	<b>2</b>	<b>12.5</b>	7	15.9	1	7.7	7	23.3	<b>15</b>	<b>17.3</b>
- Más de seis meses de separación	<b>7</b>	<b>43.8</b>	18	40.9	9	69.2	13	43.4	<b>40</b>	<b>46</b>
<b>• Dependencia económica del agresor</b>										
- Sí	<b>3</b>	<b>18.8</b>	23	52.3	2	15.4	9	30	<b>34</b>	<b>39.1</b>
- No	<b>13</b>	<b>81.2</b>	21	47.7	11	84.6	21	70	<b>53</b>	<b>60.9</b>
<b>• Tipo de maltrato</b>										
- Físico y psicológico	<b>6</b>	<b>37.5</b>	17	38.6	2	15.4	8	26.7	<b>27</b>	<b>31</b>
- Psicológico	<b>1</b>	<b>6.3</b>	7	15.9	1	7.7	1	3.3	<b>9</b>	<b>10.3</b>
- Físico, psicológico y sexual	<b>9</b>	<b>56.2</b>	20	45.5	10	76.9	21	70	<b>51</b>	<b>58.7</b>
<b>• Primer episodio de maltrato</b>										
- Noviazgo	<b>6</b>	<b>37.5</b>	24	54.6	8	61.5	19	63.3	<b>51</b>	<b>58.6</b>
- Primer año de convivencia	<b>4</b>	<b>25</b>	8	18.2	2	15.4	8	26.7	<b>18</b>	<b>20.7</b>
- Embarazo	<b>0</b>	<b>0</b>	4	9.1	2	15.4	3	10	<b>9</b>	<b>10.3</b>
- Nacimiento de los hijos	<b>3</b>	<b>18.8</b>	8	18.2	0	0	0	0	<b>8</b>	<b>9.2</b>
- Inmigración	<b>3</b>	<b>18.8</b>	NP	NP	1	7.7	NP	NP	<b>1</b>	<b>1.2</b>
<b>• Último episodio de maltrato</b>										
- En el último mes	<b>6</b>	<b>37.5</b>	21	47.7	4	30.8	13	43.3	<b>38</b>	<b>43.7</b>
- 1-3 meses	<b>3</b>	<b>18.8</b>	9	20.5	1	7.7	2	6.7	<b>12</b>	<b>13.8</b>
- 3-6 meses	<b>2</b>	<b>12.5</b>	5	11.4	2	15.4	5	16.7	<b>12</b>	<b>13.8</b>
- Más de seis meses	<b>3</b>	<b>18.8</b>	2	4.5	2	15.4	5	16.7	<b>9</b>	<b>10.3</b>
- Más de un año	<b>2</b>	<b>12.5</b>	7	15.9	4	30.8	5	16.7	<b>16</b>	<b>18.4</b>
<b>• Frecuencia del maltrato</b>										
- Diaria	<b>13</b>	<b>81.3</b>	32	72.8	9	69.2	20	66.7	<b>61</b>	<b>70.1</b>
- Dos o tres veces por semana	<b>2</b>	<b>12.5</b>	6	13.6	2	15.4	4	13.3	<b>12</b>	<b>13.8</b>
- Cada quince días	<b>1</b>	<b>6.3</b>	3	6.8	1	7.7	5	16.7	<b>9</b>	<b>10.3</b>
- Una vez al mes	<b>0</b>	<b>0</b>	3	6.8	1	7.7	1	3.3	<b>5</b>	<b>5.8</b>
<b>• Denuncias</b>										
- Sí, pero ninguna en curso	<b>5</b>	<b>31.2</b>	16	36.4	7	53.8	5	16.7	<b>28</b>	<b>32.2</b>
- Sí, con alguna en curso	<b>4</b>	<b>25</b>	13	29.5	3	23.1	10	33.3	<b>26</b>	<b>29.9</b>
- No	<b>7</b>	<b>43.8</b>	15	34.1	3	23.1	15	50	<b>33</b>	<b>37.9</b>

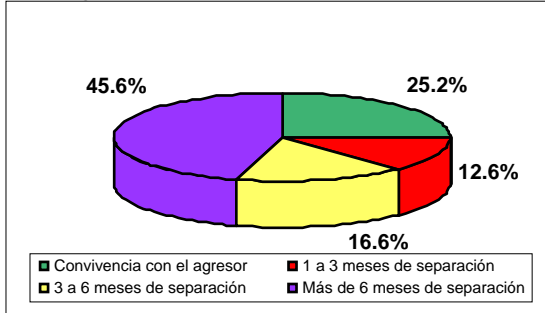
Tabla 17.4. Continuación.

<b>• Salidas del hogar</b>										
- Sí	14	87.5	25	56.8	10	76.9	18	60	53	60.9
- No	2	12.5	19	43.2	3	23.1	12	40	34	39.1
<b>• Asistencia médica por lesiones</b>										
- Sí	8	50	21	47.7	12	92.3	10	33.3	43	49.4
- No	8	50	23	52.3	1	7.7	20	66.7	44	50.6
<b>• Apoyo social durante el maltrato</b>										
- Sí	5	31.3	8	18.2	0	0	2	6.7	10	11.5
- No	11	68.7	36	81.8	13	100	28	93.3	77	88.5
<b>• Apoyo familiar durante el maltrato</b>										
- Sí	5	31.3	11	25	3	23.1	4	13.3	18	20.7
- No	11	68.7	33	75	10	76.9	26	86.7	69	79.3
<b>• Maltrato anterior</b>										
- Sí, de los padres	4	25	8	18.2	4	30.8	15	50	27	31
- Sí, de un familiar	0	0	1	2.3	0	0	3	10	4	4.6
- Sí, de una pareja anterior	1	6.3	4	9.1	1	7.7	0	0	5	5.8
- Sí, de padres y de pareja	1	6.3	3	6.8	0	0	3	10	6	6.9
- No	10	62.4	28	63.6	8	61.5	9	30	45	51.7
<b>• Maltrato actual a manos de un hijo</b>										
- Sí	1	6.3	5	11.4	1	7.7	1	3.3	7	8
- No	12	75	34	77.2	11	84.6	29	96.7	74	85.1
- No se aplica	3	18.7	5	11.4	1	7.7	0	0	6	6.9
<b>• Violencia doméstica a los hijos</b>										
- Sí	8	50	27	61.4	9	69.3	24	80	60	69
- No	5	31.3	12	27.3	3	23.1	6	20	21	24.1
- No se aplica	3	18.7	5	11.3	1	7.7	0	0	6	6.9
<b>• Violencia doméstica familia de origen</b>										
- Sí	7	43.8	10	22.7	6	46.2	19	63.3	35	40.2
- No	9	56.2	34	77.3	7	53.8	11	36.7	53	59.8
<b>• Consecuencias físicas de la violencia</b>										
- Sí	3	18.9	7	15.9	2	15.4	8	26.6	17	19.5
- No	13	81.1	37	84.1	11	84.6	22	73.4	70	80.5
	rango	media	rango	media	rango	media	rango	media	rango	media
<b>• Años de maltrato</b>	<b>1-40</b>	<b>10.46</b>	<b>1-35</b>	<b>13.33</b>	<b>1-30</b>	<b>15.92</b>	<b>1-35</b>	<b>13.16</b>	<b>13.61</b>	<b>1-35</b>

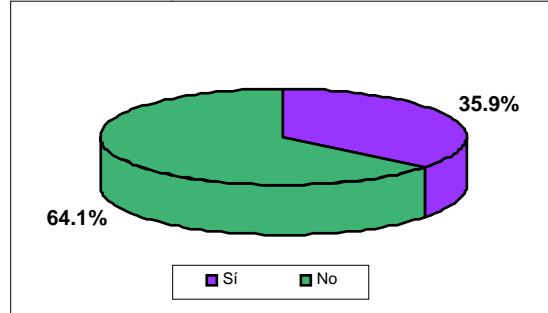
NP. No se aplica

## Muestra total de mujeres

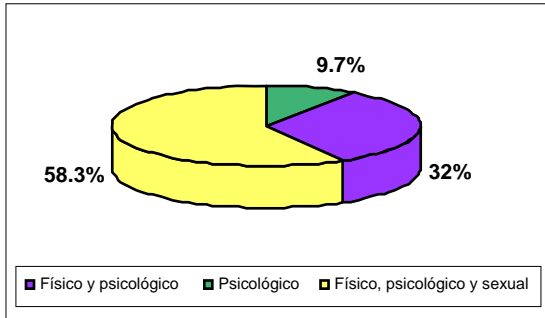
**Figura 17.47.** Distribución de la muestra. Convivencia con el agresor



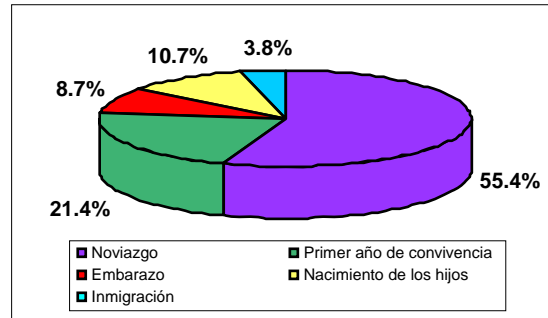
**Figura 17.48.** Distribución de la muestra. Dependencia económica del agresor



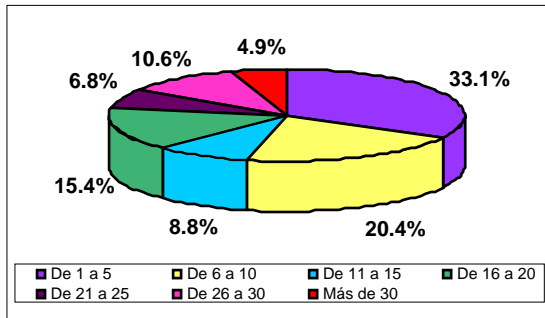
**Figura 17.49.** Distribución de la muestra. Tipo de maltrato



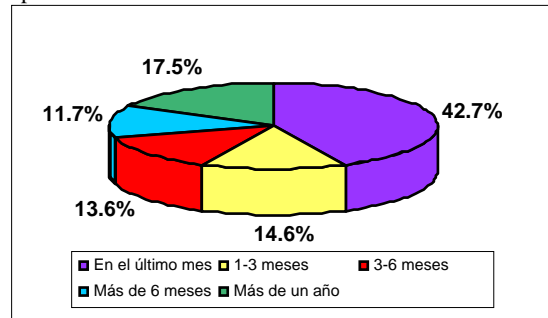
**Figura 17.50.** Distribución de la muestra. Comienzo del maltrato



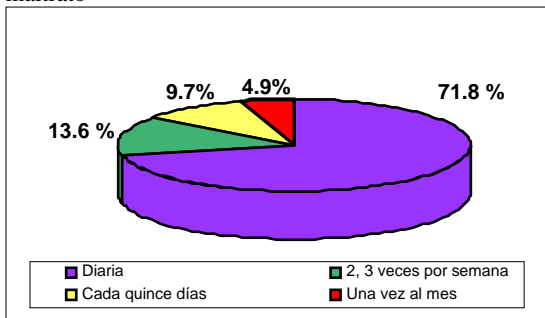
**Figura 17.51.** Distribución de la muestra. Duración en años del maltrato



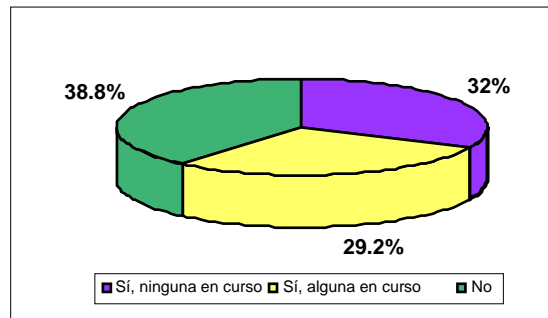
**Figura 17.52.** Distribución de la muestra. Último episodio de maltrato



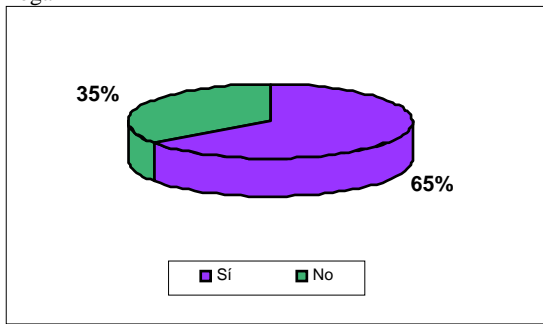
**Figura 17.53.** Distribución de la muestra. Frecuencia del maltrato



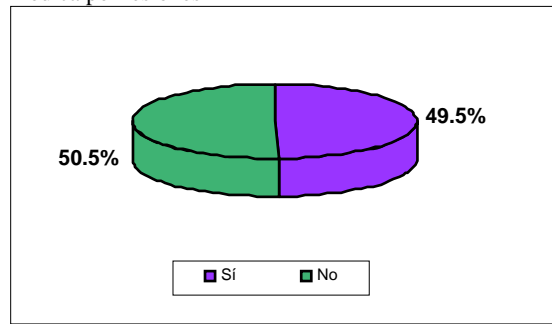
**Figura 17.54.** Distribución de la muestra. Denuncias



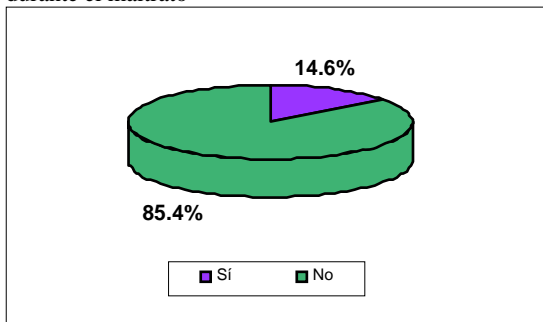
**Figura 17.55.** Distribución de la muestra. Salidas del hogar



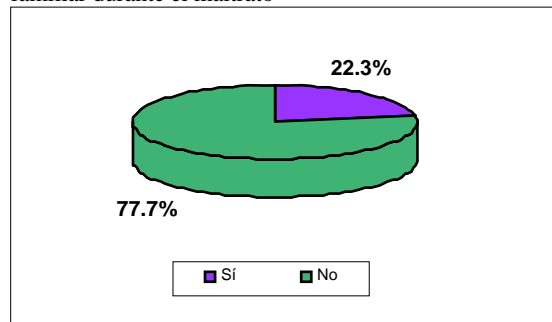
**Figura 17.56.** Distribución de la muestra. Asistencia médica por lesiones



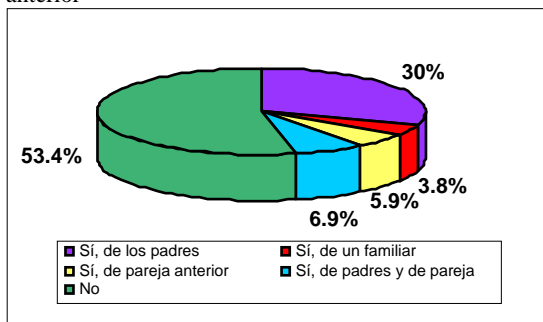
**Figura 17.57.** Distribución de la muestra. Apoyo social durante el maltrato



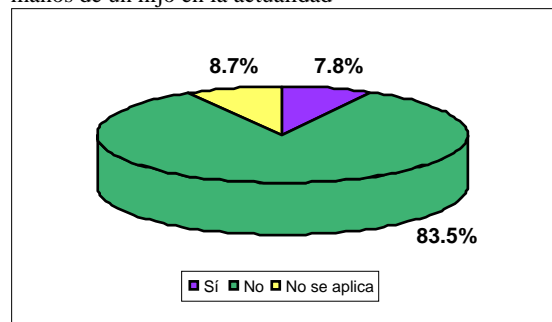
**Figura 17.58.** Distribución de la muestra. Apoyo familiar durante el maltrato



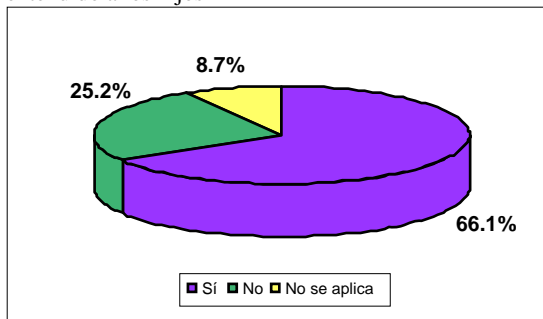
**Figura 17.59.** Distribución de la muestra. Maltrato anterior



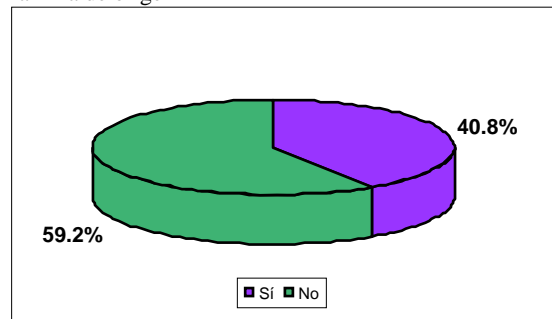
**Figura 17.60.** Distribución de la muestra. Malos tratos a manos de un hijo en la actualidad



**Figura 17.61.** Distribución de la muestra. Maltrato extendido a los hijos

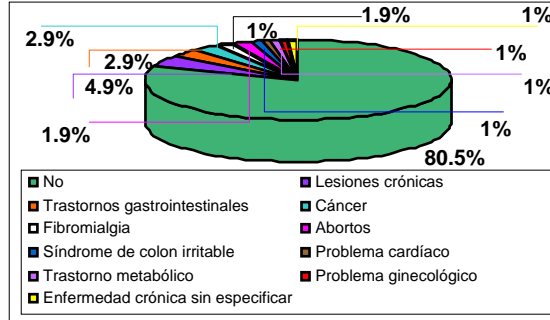


**Figura 17.62.** Distribución de la muestra. Maltrato en la familia de origen



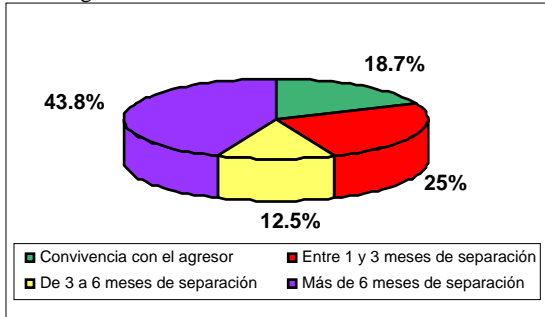


**Figura 17.63.** Distribución de la muestra. Enfermedades físicas

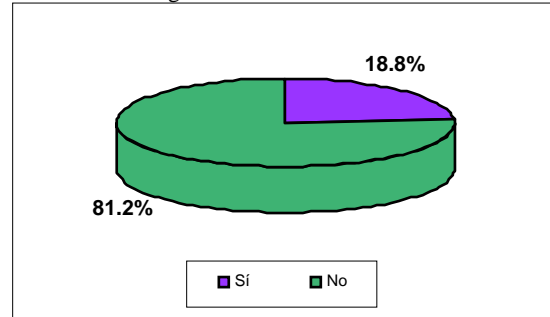


## Grupo de no tratamiento

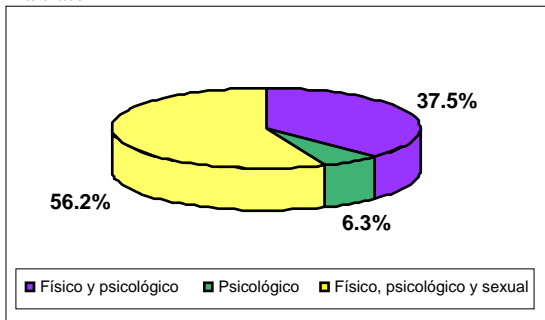
**Figura 17.64.** Distribución de la muestra. Convivencia con el agresor



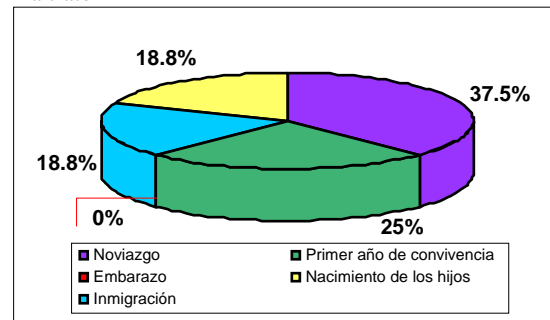
**Figura 17.65.** Distribución de la muestra. Dependencia económica del agresor.



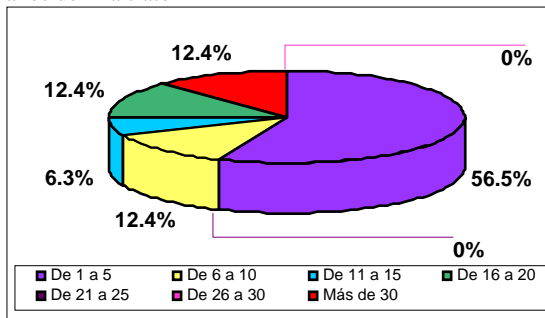
**Figura 17.66.** Distribución de la muestra. Tipo de maltrato



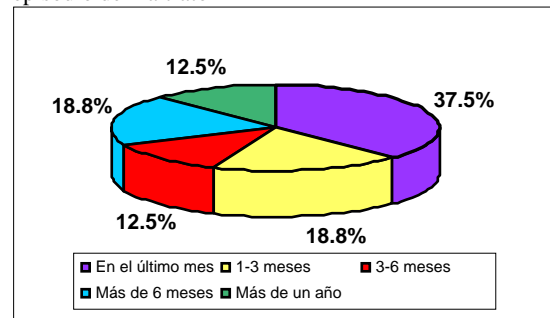
**Figura 17.67.** Distribución de la muestra. Comienzo del maltrato



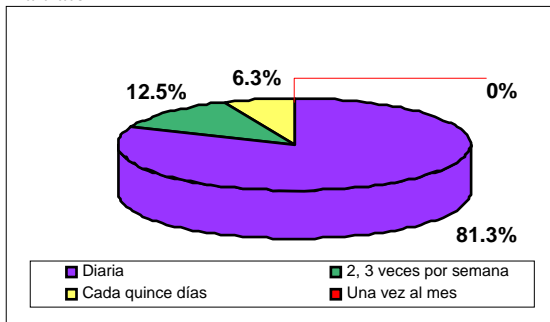
**Figura 17.68.** Distribución de la muestra. Duración en años del maltrato



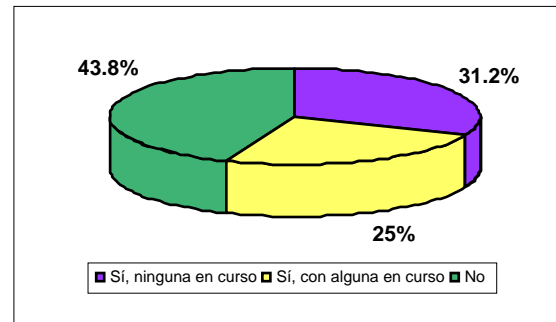
**Figura 17.69.** Distribución de la muestra. Último episodio de maltrato



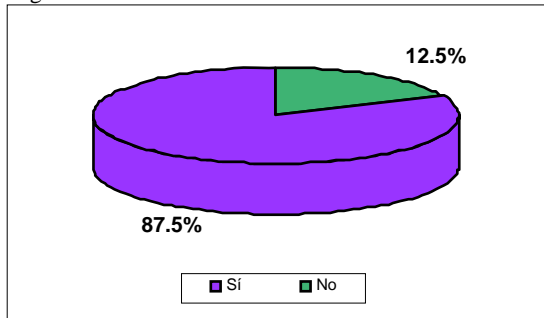
**Figura 17.70.** Distribución de la muestra. Frecuencia del maltrato



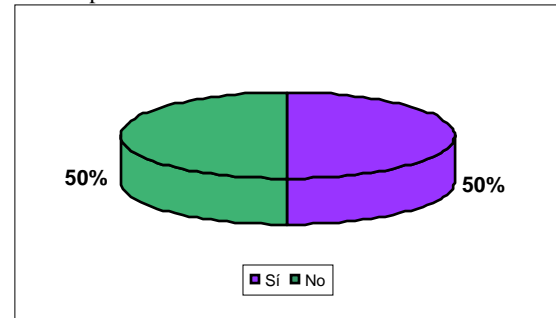
**Figura 17.71.** Distribución de la muestra. Denuncias



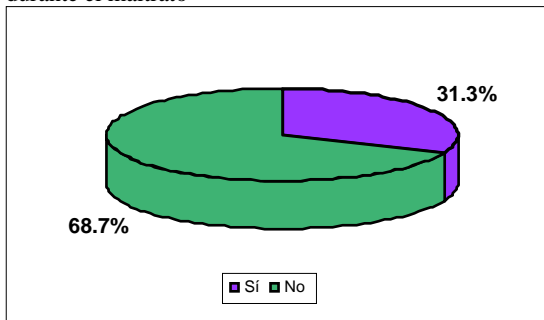
**Figura 17.72.** Distribución de la muestra. Salidas del hogar



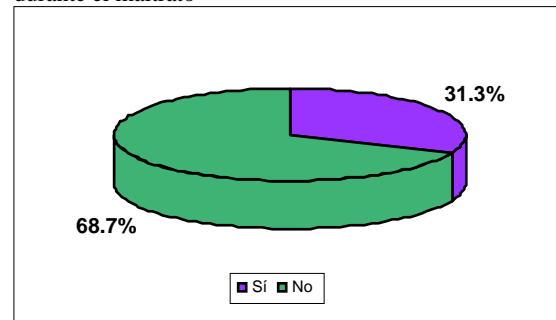
**Figura 17.73.** Distribución de la muestra. Asistencia médica por lesiones



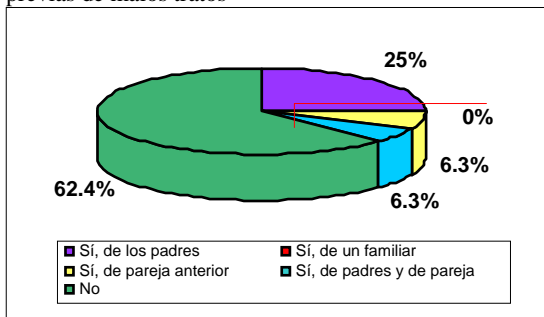
**Figura 17.74.** Distribución de la muestra. Apoyo social durante el maltrato



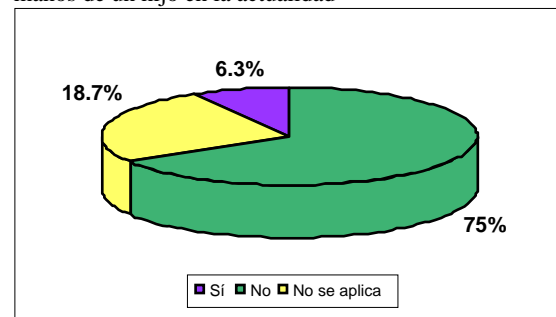
**Figura 17.75.** Distribución de la muestra. Apoyo familiar durante el maltrato



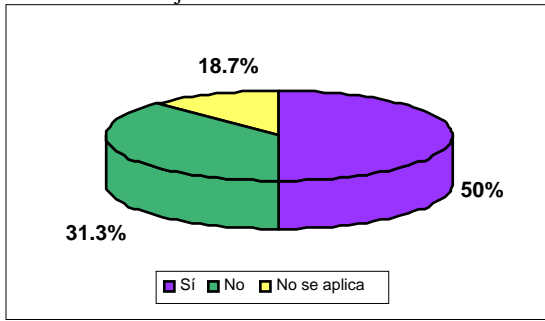
**Figura 17.76.** Distribución de la muestra. Experiencias previas de malos tratos



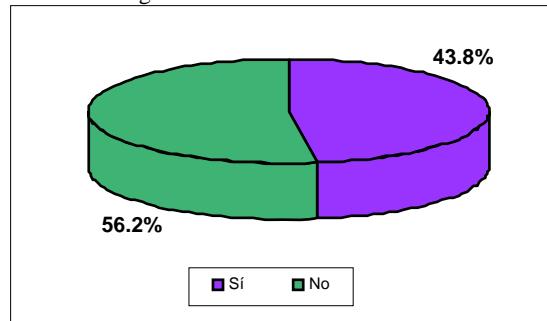
**Figura 17.77.** Distribución de la muestra. Malos tratos a manos de un hijo en la actualidad



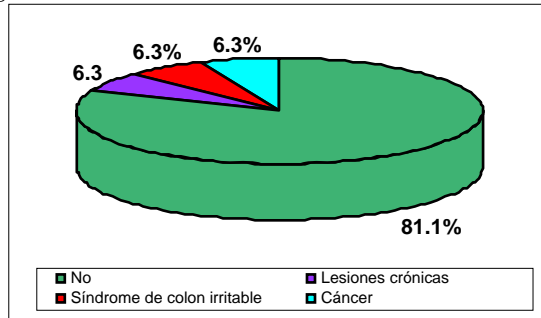
**Figura 17.78.** Distribución de la muestra. Maltrato extendido a los hijos



**Figura 17.79.** Distribución de la muestra. Maltrato en la familia de origen

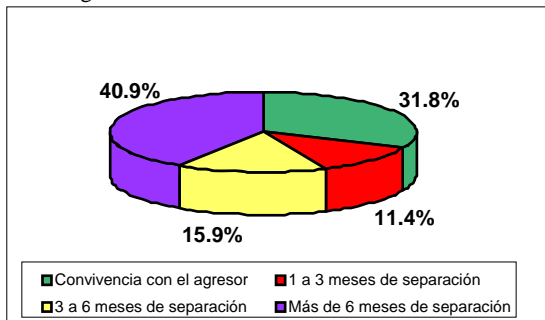


**Figura 17.80.** Distribución de la muestra. Enfermedades físicas

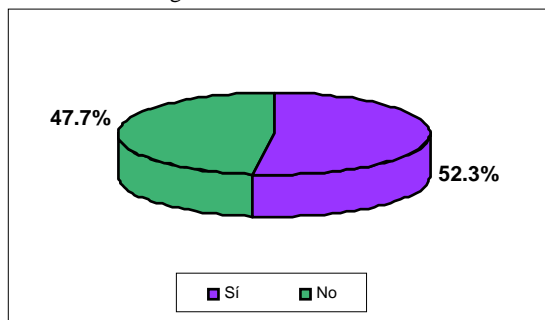


## Grupo de mujeres españolas

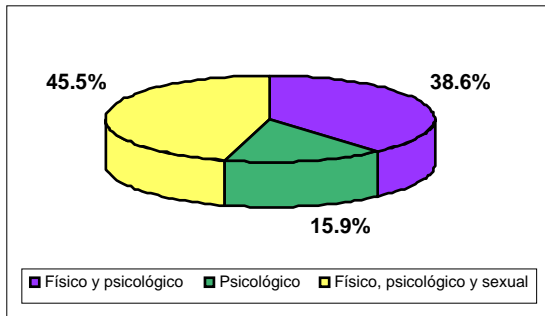
**Figura 17.81.** Distribución de la muestra. Convivencia con el agresor



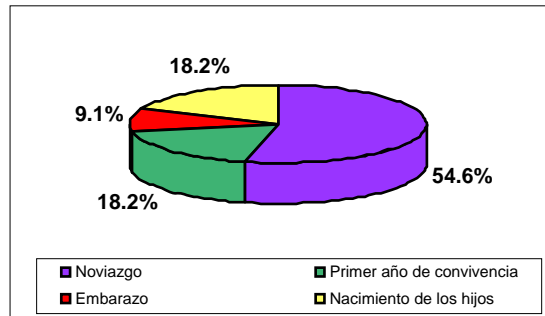
**Figura 17.82.** Distribución de la muestra. Dependencia económica del agresor



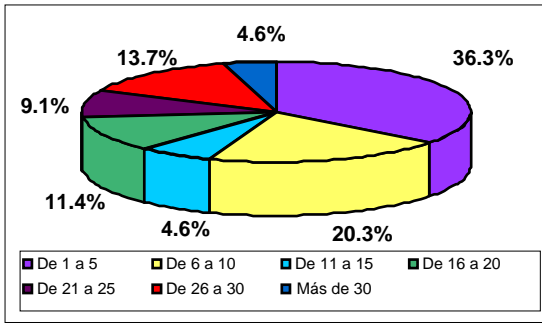
**Figura 17.83.** Distribución de la muestra. Tipo de maltrato



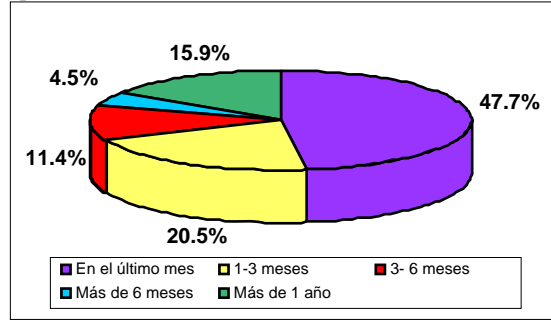
**Figura 17.84.** Distribución de la muestra. Comienzo del maltrato



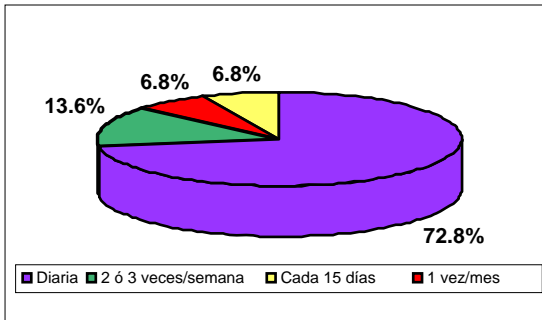
**Figura 17.85.** Distribución de la muestra. Duración en años del maltrato



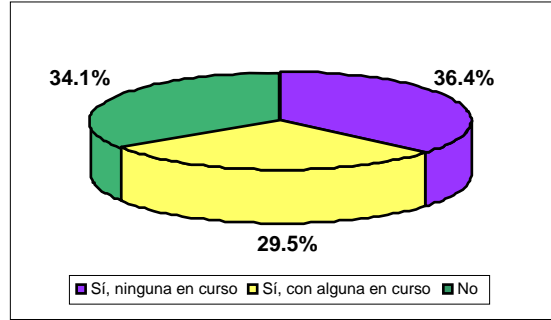
**Figura 17.86.** Distribución de la muestra. Último episodio de maltrato



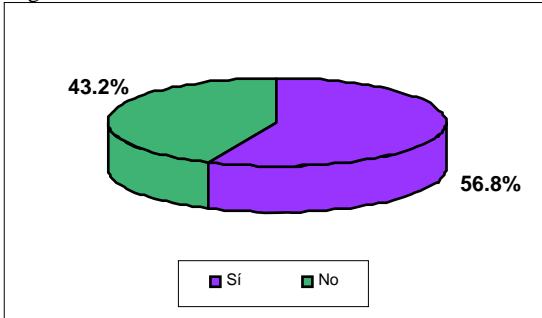
**Figura 17.87.** Distribución de la muestra. Frecuencia del maltrato



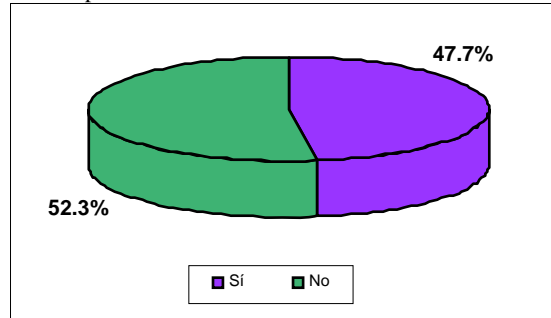
**Figura 17.88.** Distribución de la muestra. Denuncias



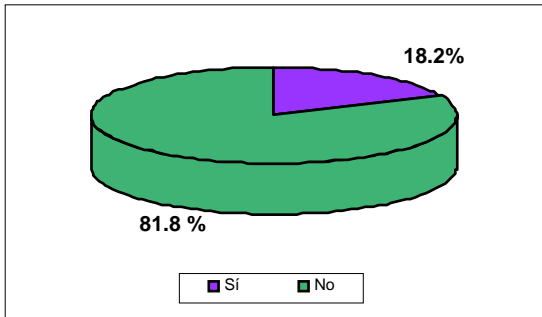
**Figura 17.89.** Distribución de la muestra. Salidas del hogar



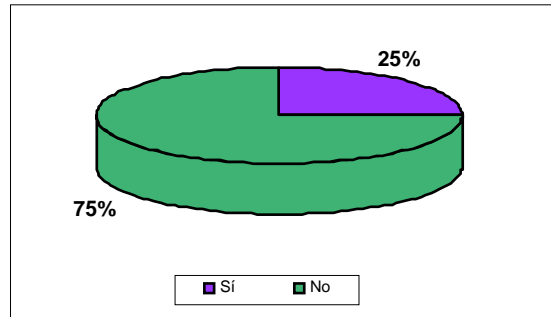
**Figura 17.90.** Distribución de la muestra. Asistencia médica por lesiones



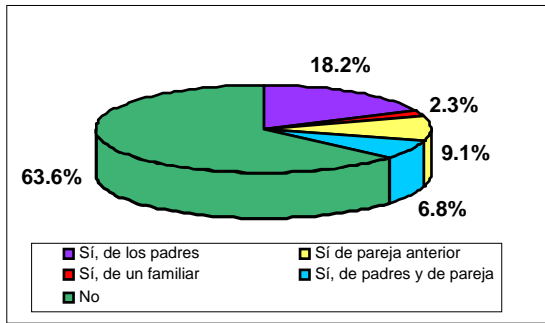
**Figura 17.91.** Distribución de la muestra. Apoyo social durante el maltrato



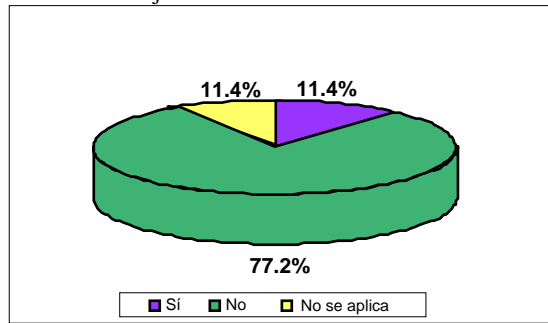
**Figura 17.92.** Distribución de la muestra. Apoyo familiar durante el maltrato



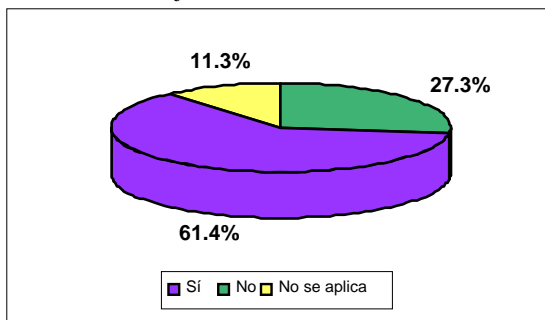
**Figura 17.93.** Distribución de la muestra. Maltrato anterior



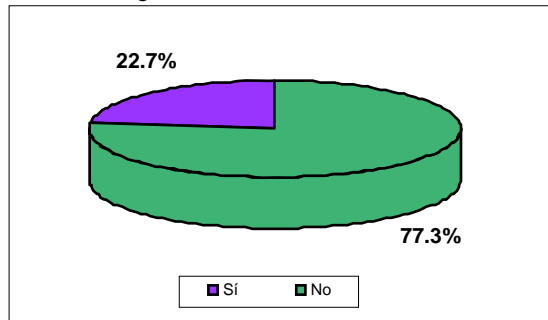
**Figura 17.94.** Distribución de la muestra. Malos tratos a manos de un hijo en la actualidad



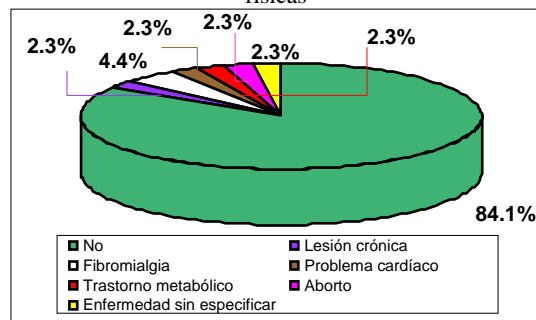
**Figura 17.95.** Distribución de la muestra. Maltrato extendido a los hijos.



**Figura 17.96.** Distribución de la muestra. Maltrato en la familia de origen

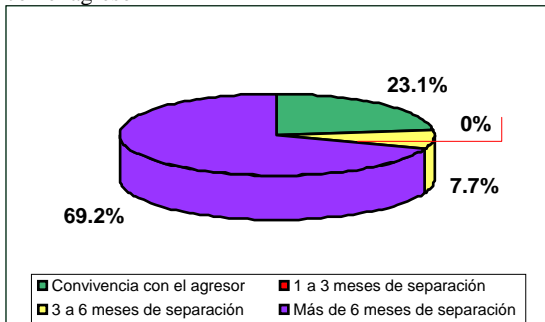


**Figura 17.97.** Distribución de la muestra. Enfermedades físicas

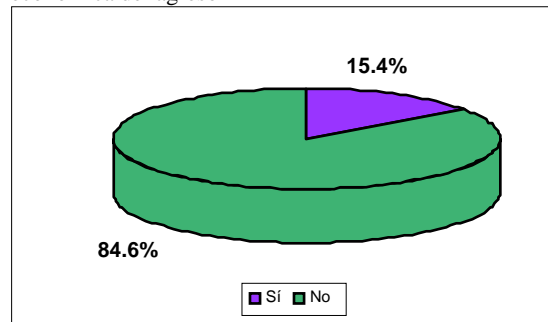


## Grupo de mujeres inmigrantes

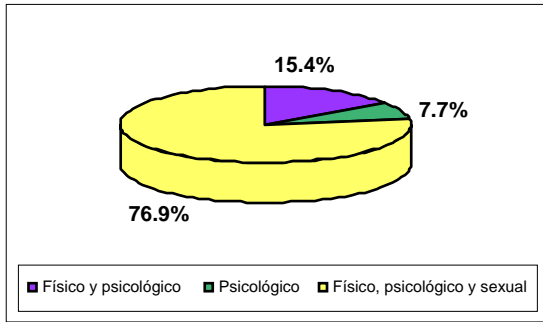
**Figura 17.98.** Distribución de la muestra. Convivencia con el agresor



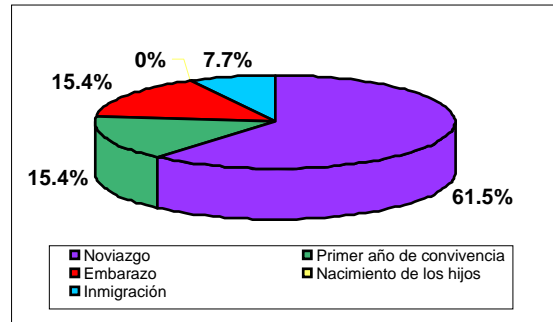
**Figura 17.99.** Distribución de la muestra. Dependencia económica del agresor



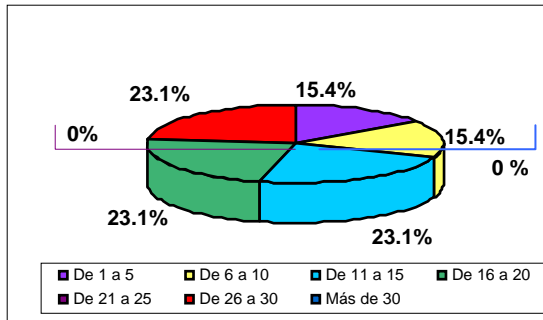
**Figura 17.100.** Distribución de la muestra. Tipo de maltrato



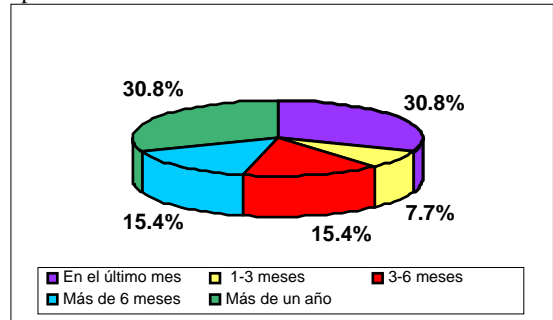
**Figura 17.101.** Distribución de la muestra. Comienzo del maltrato



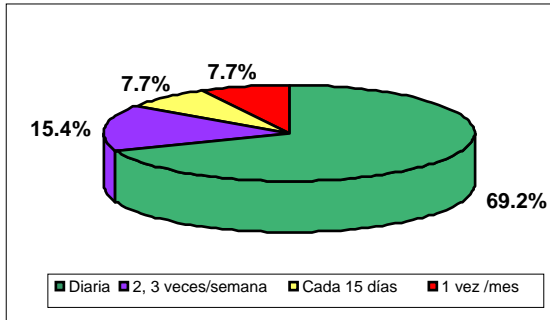
**Figura 17.102.** Distribución de la muestra. Duración en años del maltrato



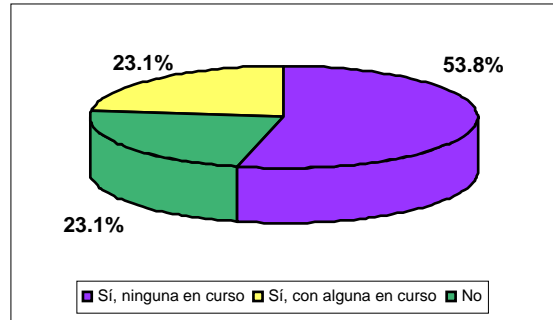
**Figura 17.103.** Distribución de la muestra. Último episodio de maltrato



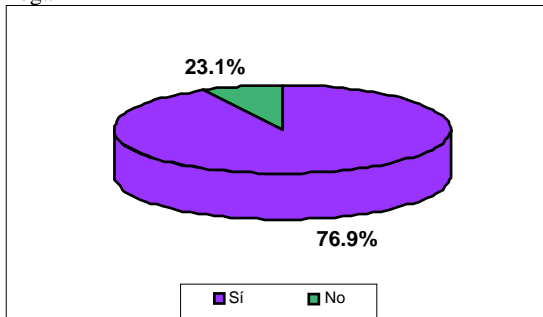
**Figura 17.104.** Distribución de la muestra. Frecuencia del maltrato



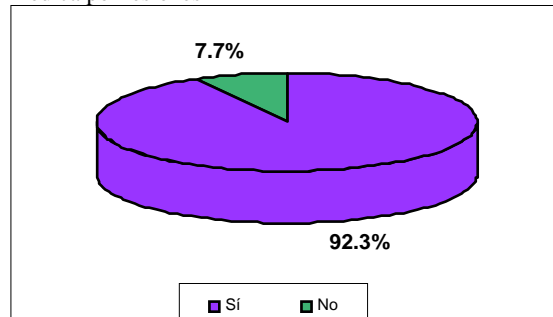
**Figura 17.105.** Distribución de la muestra. Denuncias



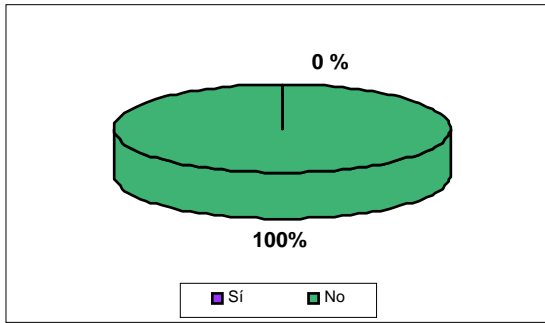
**Figura 17.106.** Distribución de la muestra. Salidas del hogar



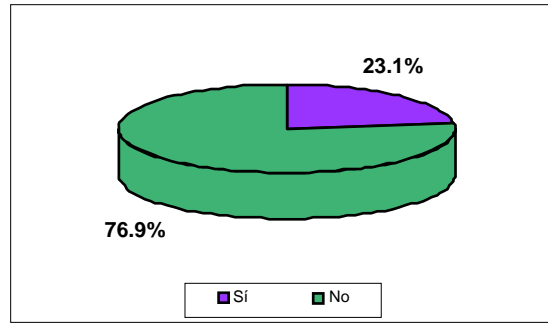
**Figura 17.107.** Distribución de la muestra. Asistencia médica por lesiones



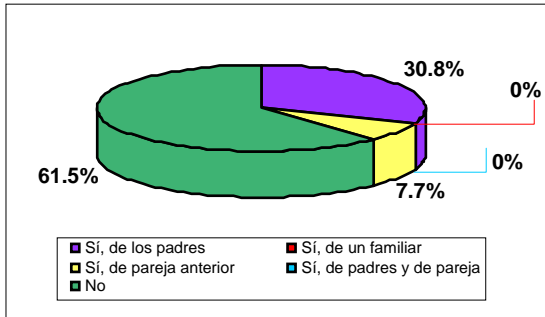
**Figura 17.108.** Distribución de la muestra. Apoyo social durante el maltrato



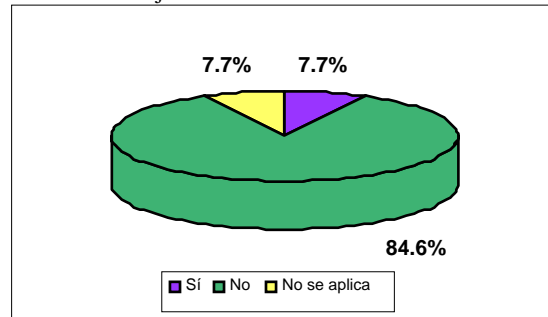
**Figura 17.109.** Distribución de la muestra. Apoyo familiar durante el maltrato



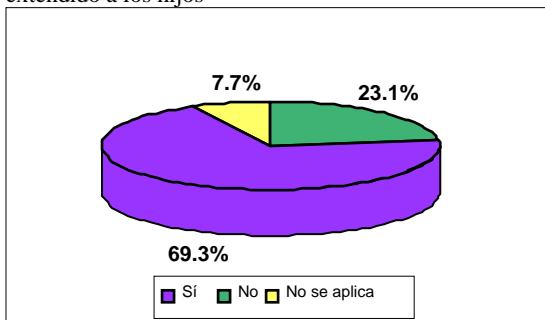
**Figura 17.110.** Distribución de la muestra. Maltrato anterior



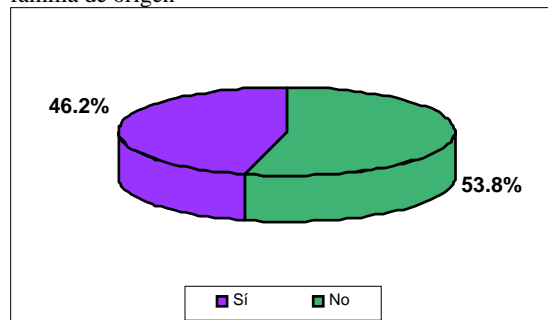
**Figura 17.111.** Distribución de la muestra. Malos tratos a manos de un hijo en la actualidad



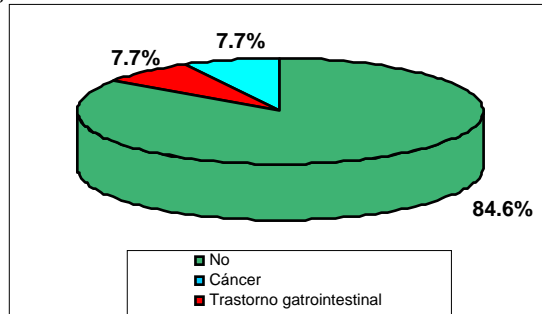
**Figura 17.112.** Distribución de la muestra. Maltrato extendido a los hijos



**Figura 17.113.** Distribución de la muestra. Maltrato en la familia de origen

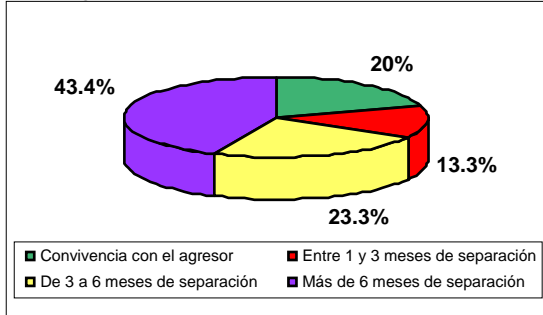


**Figura 17.114.** Distribución de la muestra. Enfermedades físicas

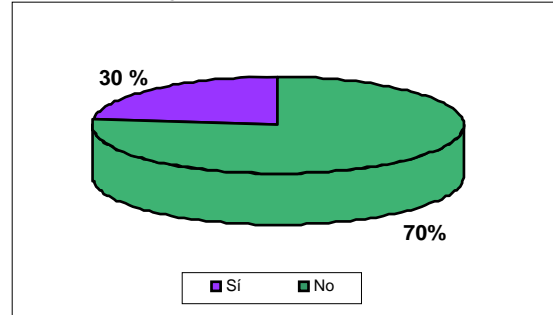


## Grupo de mujeres mexicanas

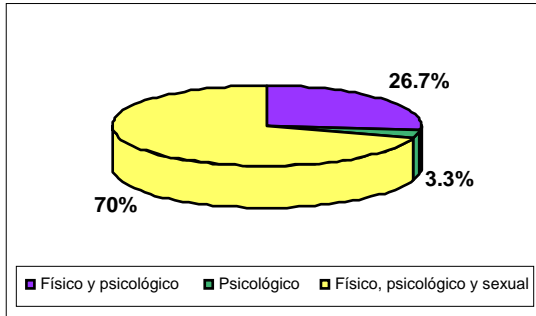
**Figura 17.115.** Distribución de la muestra. Convivencia con el agresor



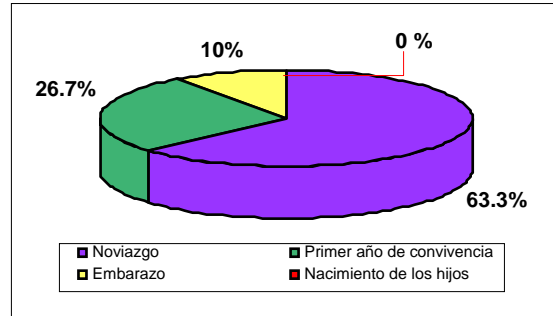
**Figura 17.116.** Distribución de la muestra. Dependencia económica del agresor



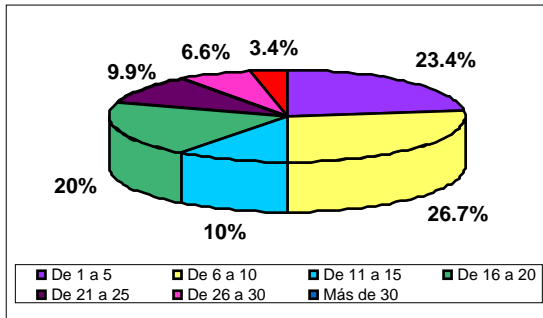
**Figura 17.117.** Distribución de la muestra. Tipo de maltrato



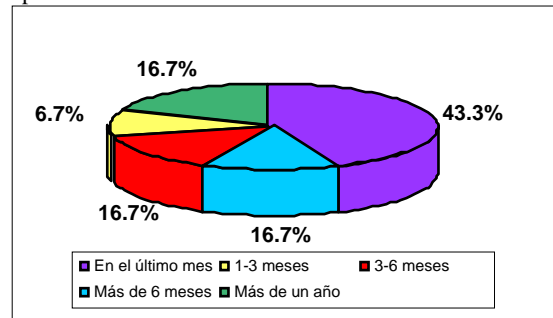
**Figura 17.118.** Distribución de la muestra. Comienzo del maltrato



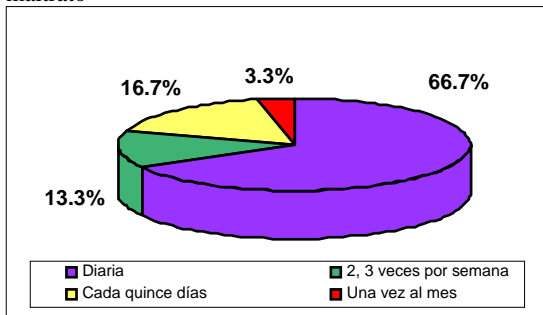
**Figura 17.119.** Distribución de la muestra. Duración en años del maltrato



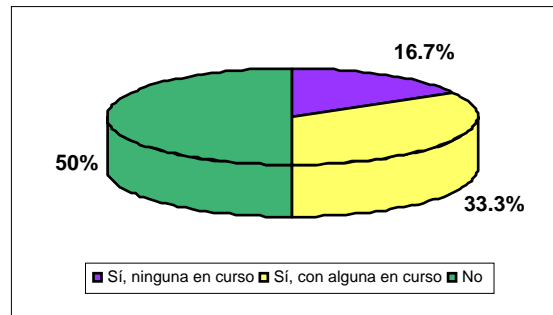
**Figura 17.120.** Distribución de la muestra. Último episodio de maltrato



**Figura 17.121.** Distribución de la muestra. Frecuencia del maltrato

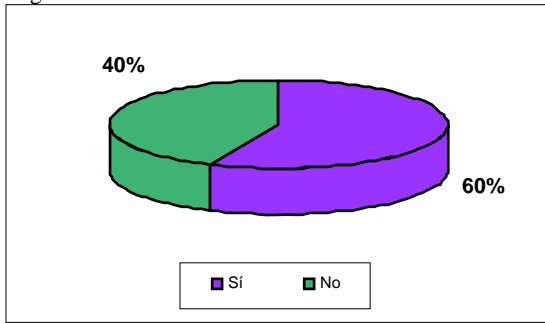


**Figura 17.122.** Distribución de la muestra. Denuncias

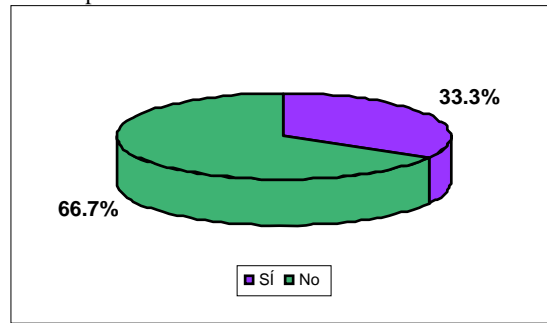




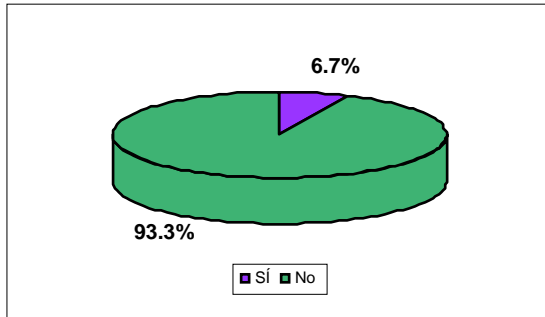
**Figura 17.123.** Distribución de la muestra. Salidas del hogar



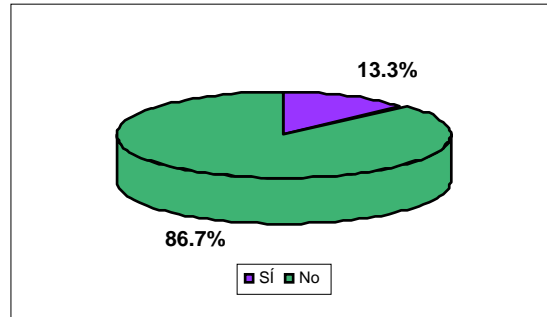
**Figura 17.124.** Distribución de la muestra. Asistencia médica por lesiones



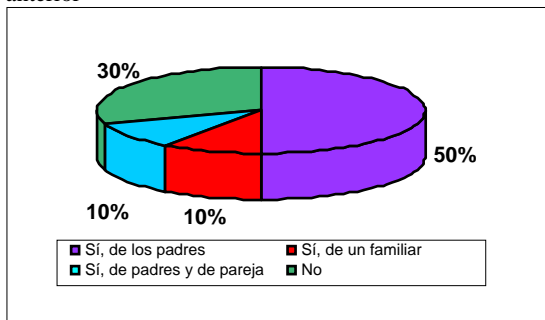
**Figura 17.125.** Distribución de la muestra. Apoyo social durante el maltrato



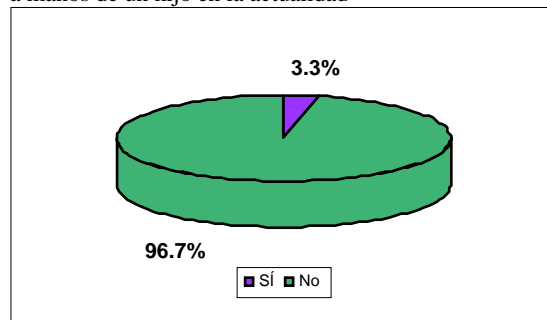
**Figura 17.126.** Distribución de la muestra. Apoyo familiar durante el maltrato.



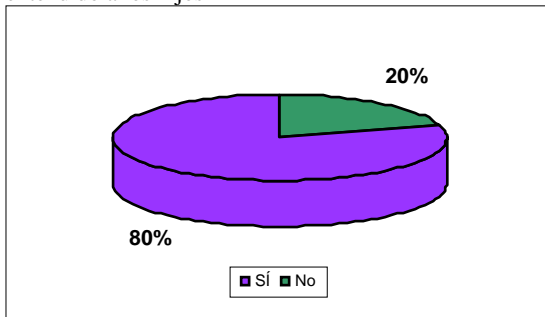
**Figura 17.127.** Distribución de la muestra. Maltrato anterior



**Figura 17.128.** Distribución de la muestra. Malos tratos a manos de un hijo en la actualidad



**Figura 17.129.** Distribución de la muestra. Maltrato extendido a los hijos



**Figura 17.130.** Distribución de la muestra. Maltrato en la familia de origen

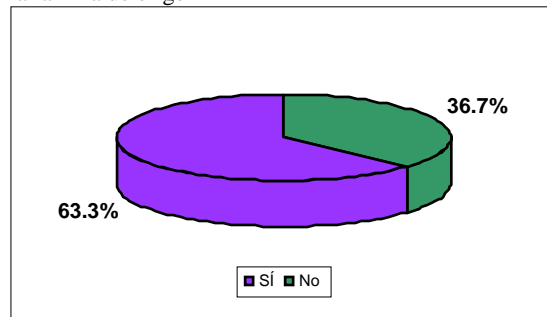
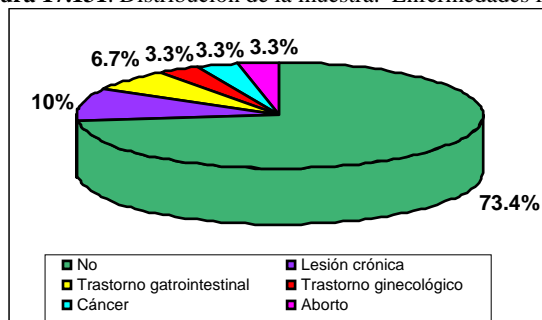


Figura 17.131. Distribución de la muestra. Enfermedades físicas



### 17.1.3 ESTUDIO DE LA HOMOGENEIDAD DE LOS GRUPOS EN LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CIRCUNSTANCIAS E HISTORIA DEL MALTRATO

Se ha analizado la homogeneidad de los grupos en aquellas variables sociodemográficas y de circunstancias e historia de la violencia que pudieran afectar a los resultados de la eficacia de la intervención. Se han realizado dos análisis de homogeneidad, con el objeto de determinar: 1- si existen diferencias significativas en las variables indicadas entre el *grupo de no tratamiento* y el *grupo total de tratamiento*, y 2- si existen diferencias significativas en las variables indicadas en el grupo total de tratamiento entre las *mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas*, en función de la nacionalidad. Se ha utilizado la prueba Chi-cuadrado de Pearson para las variables cualitativas y ANOVAs de un factor para las variables cuantitativas. En estas últimas se ha tenido en cuenta la homogeneidad de las varianzas mediante la prueba de Levene.

#### 17.1.3.1 Grupo de no tratamiento-Grupo total de tratamiento

Tal y como se aprecia en las siguientes tablas, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de no tratamiento y el grupo total de tratamiento en ninguna de las variables sociodemográficas y de circunstancias e historia de la violencia.

Tabla 17.5. Prueba Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ): grupo de no tratamiento-grupo total de tratamiento. Variables sociodemográficas y circunstancias e historia de la violencia.

VARIABLES	$\chi^2$ (gl, N)	SIGNIFICACIÓN*
Nivel educacional	1.26 (3, 103)	N.S
Clase social subjetiva	4.17 (3, 103)	N.S
Red de apoyo social en la actualidad	.17 (1, 103)	N.S
Situación de la mujer respecto al agresor	2.42 (1, 103)	N.S
Dependencia económica del agresor	2.42 (1, 103)	N.S
Tipo de violencia doméstica	.42 (2, 103)	N.S
Último episodio de maltrato	1.45 (4, 103)	N.S
Frecuencia del maltrato	1.40 (3, 103)	N.S
Tratamiento psicológico previo por maltrato	2.96 (1, 103)	N.S
Exposición a otros sucesos traumáticos	.68 (1, 103)	N.S
Historia previa de maltrato	.63 (1, 103)	N.S
Denuncias en curso	.78 (1, 103)	N.S

\*Nivel de significación:  $p < .05$

N.S. No significativo

**Tabla 17.6.** Anova de un factor (F): grupo de no tratamiento-grupo total de tratamiento. Variables sociodemográficas y circunstancias e historia de la violencia.

VARIABLES	F (1,101)	SIGNIFICACIÓN*
Edad	.01	N.S
Duración de la violencia doméstica	1.25	N.S

\*Nivel de significación:  $p < .05$  N.S. No significativo

**17.1.3.2 Grupo total de tratamiento: grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas**

El análisis de la homogeneidad de los grupos en las variables sociodemográficas y de circunstancias e historia de la violencia cuantitativas, muestra que apenas existen diferencias entre el grupo de *mujeres españolas*, el grupo de *mujeres inmigrantes* y el grupo de *mujeres mexicanas* en nivel educacional, clase social subjetiva, situación respecto al agresor, tipo de violencia experimentada, tiempo transcurrido desde la última agresión, frecuencia del maltrato, exposición a otros acontecimientos traumáticos y denuncias en curso en el momento de la evaluación. Únicamente se han encontrado diferencias intergrupos estadísticamente significativas en las variables red social de apoyo en la actualidad, dependencia económica de la víctima respecto al agresor e historia previa de malos tratos. Por tanto, el efecto de estas variables va a ser controlado en análisis posteriores.

**Tabla 17.7.** Prueba Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) intergrupos: Mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas. Variables sociodemográficas y circunstancias e historia de la violencia.

VARIABLES	$\chi^2$ (gl, N)	SIGNIFICACIÓN*
Nivel educacional	3.89 (6, 87)	N.S
Clase social subjetiva	12.11 (6, 87)	N.S
Red de apoyo social en la actualidad	13.23 (2, 87)	<b>p &lt; 0.001</b>
Situación de la mujer respecto al agresor	8.92 (8, 87)	N.S
Dependencia económica del agresor	7.32 (2, 87)	<b>p &lt; 0.05</b>
Tipo de violencia doméstica	7.56 (4, 87)	N.S
Último episodio de maltrato	8.11 (8, 87)	N.S
Frecuencia del maltrato	2.37 (6, 87)	N.S
Exposición a otros sucesos traumáticos	6.41 (3, 87)	N.S
Historia previa de maltrato	8.67 (2, 87)	<b>p &lt; 0.05</b>
Denuncias en curso	7.78 (2, 87)	N.S

\*Nivel de significación:  $p < .05$

N.S: No significativo

El análisis de homogeneidad, tomando los grupos dos a dos, revela que el porcentaje de mujeres que refiere disponer de una red social de apoyo en la actualidad es significativamente mayor en el grupo de mujeres españolas en comparación con las inmigrantes [ $\chi^2 (1,57) = 11.36, p < 0.001$ ] y mexicanas [ $\chi^2 (1,74) = 5.77, p < 0.05$ ]. Entre las mujeres inmigrantes y mexicanas no se han encontrado diferencias significativas en esta variable ( $p > 0.05$ ). Por otro lado, el porcentaje de participantes dependientes económicamente del agresor es significativamente mayor en el grupo de mujeres españolas en comparación con el grupo de mujeres inmigrantes [ $\chi^2 (1,57) = 5.54, p < 0.05$ ]. Las diferencias entre el grupo de mujeres españolas y mexicanas y

estas últimas y las mujeres inmigrantes no han resultado estadísticamente significativas ( $p > 0.05$ ). Finalmente, el porcentaje de mujeres que refiere haber experimentado malos tratos en relaciones anteriores resulta estadísticamente mayor en el grupo de mujeres mexicanas respecto a las españolas [ $\chi^2 (1,74) = 5.77, p < 0.05$ ] e inmigrantes [ $\chi^2 (1,43) = 3.99, p < 0.05$ ], no encontrándose diferencias entre las mujeres españolas e inmigrantes ( $p > 0.05$ ).

En cuanto a las variables cuantitativas, no se han encontrado diferencias intergrupos, tal y como muestran los resultados de la siguiente tabla.

**Tabla 17.8.** Anova de un factor (F) intergrupos: Mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas. Variables sociodemográficas y circunstancias e historia de la violencia.

VARIABLES	F (2,84)	SIGNIFICACIÓN*
Edad	2.81	N.S
Duración de la violencia doméstica	.37	N.S

\* Nivel de significación:  $p < .05$

N.S: No significativo

#### 17.1.4. VARIABLES DEPENDIENTES

##### 17.1.4.1 Trastorno de estrés postraumático

Todas las participantes cumplían criterios para el diagnóstico de TEPT, según la versión revisada del DSM-IV. La tabla 17.9 detalla las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones obtenidas por las participantes en la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático y la tabla 17.10 las puntuaciones para cada una de las submuestras por separado.

**Tabla 17.9.** Medias y desviaciones típicas en la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático. Muestra total.

VARIABLES	MUESTRA TOTAL DE PARTICIPANTES (N=103)	
	MEDIA	D.T
<b>TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO</b>		
<b>ESCALA GLOBAL</b> (Rango: 0-51) P. Corte:15	<b>31.75</b>	<b>7.5</b>
<b>Reexperimentación</b> (Rango: 0-15) P.Corte: 5	<b>8.74</b>	<b>2.7</b>
<b>Evitación</b> (Rango: 0-21) P.Corte: 6	<b>12.8</b>	<b>3.75</b>
<b>Hiperactivación</b> (Rango: 0-15) P.Corte: 4	<b>12.27</b>	<b>3.01</b>

Teniendo en cuenta los puntos de corte establecidos en la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (15 para la escala global y 5, 6 y 4 para las subescalas de reexperimentación, evitación e hiperactivación, respectivamente), la alta puntuación encontrada en la muestra total de participantes y en cada una de las submuestras en todas las medidas del TEPT refleja la intensidad de la sintomatología y la gravedad del trastorno que padecen estas mujeres.

**Tabla 17.10.** Medias y desviaciones típicas en la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático en cada uno de los grupos y en el grupo total de tratamiento.

	GRUPO NO TRATAMIENTO (N =16)		GRUPO TRATAMIENTO (N=87)						TOTAL	
			MUESTRA ESPAÑOLA (N=44)		MUESTRA INMIGRANTE (N=13)		MUESTRA MEXICANA (N=30)			
	Media	D.T	Media	D.T	Media	D.T	Media	D.T	Media	D.T
<b>ESCALA GLOBAL</b> (Rango: 0-51) P. Corte: 15	<b>29.38</b>	<b>6.02</b>	31.82	8.66	31.23	7.22	33.13	6.8	<b>32.18</b>	<b>7.79</b>
<b>Reexperimentación</b> (Rango: 0-15) P.Corte: 5	<b>7.44</b>	<b>2.15</b>	9.43	2.99	9.15	2.6	8.23	2.3	<b>8.98</b>	<b>2.74</b>
<b>Evitación</b> (Rango: 0-21) P.Corte: 6	<b>12.5</b>	<b>3.67</b>	12.41	3.98	12.62	3.2	13.6	3.71	<b>12.85</b>	<b>3.78</b>
<b>Hiperactivación</b> (Rango: 0-15) P.Corte: 4	<b>9.31</b>	<b>2.52</b>	10.39	3.25	9.46	3.45	10.9	2.58	<b>10.45</b>	<b>3.07</b>

El análisis de la frecuencia de aparición de cada uno de los 17 síntomas que conforman el TEPT en la muestra total de mujeres de este estudio puede verse en la tabla 17.11.

**Tabla 17.11.** Medias, desviaciones típicas y frecuencia (%) de los síntomas del trastorno de estrés postraumático en la muestra total de participantes.

SUBESCALAS	SÍNTOMAS	Media (0-3)	D.T	PORCENTAJE				PRESENCIA SÍNTOMA*
				NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO	
.Reexperimentación	• Recuerdos intrusivos	2.45	.72	1	10.7	31.1	57.3	<b>88.4</b>
	• Sueños intrusivos	1.12	1.08	37.9	28.2	18.4	15.5	<b>33.9</b>
	• <i>Flashbacks</i>	.7	.92	57.3	20.4	17.5	4.9	<b>22.4</b>
	• Malestar psicológico	2.27	.83	6.8	3.9	44.7	44.7	<b>89.4</b>
	• Malestar fisiológico	2.12	.98	10.7	10.7	35	43.7	<b>78.7</b>
.Evitación	• Evitar pensar, sentir...	2.19	1.08	15.5	3.9	26.2	54.4	<b>80.6</b>
	• Evitación conductual	1.38	1.25	36.9	17.5	16.5	29.1	<b>45.6</b>
	• Amnesia	.68	.94	58.3	22.3	12.6	6.8	<b>19.4</b>
	• Apatía	2.32	1.06	12.6	7.8	14.6	65	<b>79.6</b>
	• Desapego o enajenación	1.47	1.24	34	15.5	20.5	30	<b>50.5</b>
.Hiperactivación	• Embotamiento	2.45	.97	8.7	8.7	11.7	70.9	<b>82.6</b>
	• Futuro desolador	2.37	.99	9.7	7.8	18.4	64.1	<b>82.5</b>
	• Problemas de sueño	2.21	1.09	14.6	6.8	21.4	57.3	<b>78.7</b>
	• Irritabilidad	1.95	1.07	15.5	12.6	33	38.8	<b>71.8</b>
	• Dificultad concentración	2.38	.85	4.9	9.7	28.2	57.3	<b>85.5</b>
	• Hipervigilancia	1.72	1.18	24.3	14.6	26.2	35	<b>61.2</b>
	• Respuesta de sobresalto	2.01	1.08	15.5	10.7	31.1	42.7	<b>73.8</b>

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

Tal y como se desprende de los resultados, en conjunto, son los síntomas de hiperactivación los más frecuentes en la **muestra total** de participantes de este estudio. Un análisis de cada síntoma por separado muestra que es el malestar psicológico ante estímulos que recuerdan el trauma, los recuerdos intrusivos, la evitación de pensamientos asociados al trauma, el embotamiento afectivo, la sensación de futuro desolador y la dificultad de concentración los más frecuentes, presentándose en más de un 80% de las participantes. Los síntomas menos frecuentes son los *flashback*, las pesadillas, la amnesia y la evitación de lugares, actividades o personas que recuerdan el trauma.

Los resultados en cada uno de los grupos (véase tabla 17.12) muestran que son los síntomas de hiperactivación los más frecuentes en el *grupo de mujeres españolas*, concretamente la dificultad de concentración (90.9%) y los problemas de sueño (84.1%). Los síntomas de reexperimentación son también muy frecuentes, sobre todo el malestar psicológico (88.6%) y fisiológico (86.4%) ante estímulos relacionados con el trauma y los recuerdos intrusivos (88.6%). Los síntomas de evitación son los menos frecuentes, siendo dentro de este criterio, la sensación de futuro desolador (84.1%) y la apatía (81.8%) los que con mayor frecuencia presentan estas mujeres. En el grupo de *mujeres inmigrantes*, sin embargo, son los síntomas de reexperimentación los más frecuentes, concretamente los recuerdos intrusivos (84.6%) y el malestar psicológico y fisiológico (92.4% y 84.6%, respectivamente) ante estímulos que recuerdan el acontecimiento traumático, aunque con valores similares a los de la población española. En segundo lugar serían los síntomas de hiperactivación los más frecuentes, apareciendo en un porcentaje menor de estas mujeres en comparación con las españolas y mexicanas. Asimismo, son los síntomas de evitación los menos frecuentes. De este último grupo de síntomas, el embotamiento afectivo es el más frecuente en el grupo de inmigrantes (92.3%), así como la evitación de pensamientos relacionados con el trauma, que aparece casi en el 85% de ellas. En el grupo de *mujeres mexicanas*, de la misma manera que en el grupo de mujeres españolas, son los síntomas de hiperactivación los más frecuentes, seguidos de los síntomas de reexperimentación y evitación. La comparación de cada uno de los 17 síntomas muestra que son los recuerdos intrusivos y el malestar psicológico ante estímulos que recuerdan el trauma los más frecuentes, apareciendo en más de un 90% de estas mujeres. Asimismo, la dificultad de concentración y la respuesta de sobresalto (86.7%), la evitación de pensamientos y sentimientos asociados al suceso traumático (93.4%), la apatía, el embotamiento y la sensación de futuro desolador son síntomas muy frecuentes en este grupo. Finalmente, en el *grupo de no tratamiento*, nuevamente son los síntomas de hiperactivación los más frecuentes, seguidos de los de reexperimentación y evitación. Parece haber diferencias entre este último grupo y el resto de los grupos en el porcentaje de mujeres que presenta recuerdos intrusivos, que es menor en el grupo de no tratamiento. Los resultados del análisis estadístico de las diferencias entre los grupos se muestran más adelante.

**Tabla 17.12.** Medias, desviaciones típicas y frecuencia (%) de los síntomas del trastorno de estrés postraumático en cada uno de los grupos.

SÍNTOMAS	GRUPO NO TRATAMIENTO (N=16)			MUESTRA ESPAÑOLA (N=44)			MUESTRA INMIGRANTE (N=13)			MUESTRA MEXICANA (N=30)			
	Media	D.T	PRESENCIA SÍNTOMA*	Media	D.T	PRESENCIA SÍNTOMA*	Media	D.T	PRESENCIA SÍNTOMA*	Media	D.T	PRESENCIA SÍNTOMA*	
<b>REEXP.</b>	• Recuerdos intrusivos	2.38	.8	<b>56.3</b>	2.45	.69	<b>88.6</b>	2.38	.77	<b>84.6</b>	2.5	.73	<b>93.3</b>
	• Sueños intrusivos	.88	1.02	<b>18.8</b>	1.2	1.15	<b>40.9</b>	1.23	1.01	<b>30.8</b>	1.07	1.08	<b>33.3</b>
	• “Flashbacks”	.56	.81	<b>18.8</b>	.91	1	<b>31.8</b>	1	1.55	<b>30.8</b>	.33	.6	<b>6.7</b>
	• Malestar psicológico	2.06	.99	<b>81.3</b>	2.34	.91	<b>88.6</b>	2.3	.65	<b>92.4</b>	2.23	.67	<b>93.3</b>
	• Malestar fisiológico	1.56	1.2	<b>62.5</b>	2.34	.77	<b>86.4</b>	2.38	.77	<b>84.6</b>	1.97	1.09	<b>73.3</b>
<b>EVITACIÓN</b>	• Evitar pensar, sentir...	2.06	1.18	<b>75</b>	1.95	1.2	<b>72.8</b>	2.31	1.01	<b>84.6</b>	2.57	.72	<b>93.4</b>
	• Evitar actividades, lugares...	1.13	1.31	<b>37.5</b>	1.3	1.3	<b>43.1</b>	1.15	1.21	<b>46.2</b>	1.73	1.14	<b>53.4</b>
	• Amnesia	.88	1.47	<b>31.3</b>	.8	.9	<b>18.2</b>	.85	.98	<b>23.1</b>	.33	.8	<b>13.3</b>
	• Apatía	2.38	1.02	<b>74.6</b>	2.32	1.07	<b>81.8</b>	2.08	1.19	<b>69.2</b>	2.4	1.07	<b>83.3</b>
	• Distanciamiento de los otros	1.19	1.22	<b>31.3</b>	1.45	1.24	<b>50</b>	1.23	1.36	<b>38.5</b>	1.73	1.2	<b>66.6</b>
	• Embotamiento	2.56	.62	<b>83.8</b>	2.32	1.05	<b>75</b>	2.69	.85	<b>92.3</b>	2.47	1.07	<b>83.4</b>
	• Sensación de futuro desolador	2.31	.94	<b>81.3</b>	2.41	.97	<b>84.1</b>	2.31	1.03	<b>76.9</b>	2.37	1.06	<b>83.4</b>
<b>ACTIVAC.</b>	• Problemas de sueño	2.31	1.07	<b>81.3</b>	2.34	1.05	<b>84.1</b>	1.85	1.28	<b>61.6</b>	2.13	1.07	<b>76.7</b>
	• Irritabilidad	1.69	.94	<b>62.6</b>	2.05	1.05	<b>75</b>	1.38	1.12	<b>53.8</b>	2.2	1.06	<b>80</b>
	• Dificultad de concentración	2.19	.83	<b>87.5</b>	2.5	.73	<b>90.9</b>	2	1.08	<b>61.6</b>	2.47	.99	<b>86.7</b>
	• Hipervigilancia	1.31	1.13	<b>43.8</b>	1.77	1.19	<b>61.3</b>	2.08	1.18	<b>69.2</b>	1.7	1.17	<b>66.7</b>
	• Respuesta de sobresalto	1.75	1	<b>62.5</b>	1.89	1.10	<b>70.5</b>	2	1.29	<b>69.2</b>	2.33	.95	<b>86.7</b>

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

### 17.1.4.2 Sintomatología concomitante

En la tabla 17.13 y 17.14 se recogen la media y desviación típica de las puntuaciones obtenidas en la muestra total de participantes y en cada uno de los grupos de mujeres en el Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad de Beck, Escala de Autoestima de Rosenberg, Escala de Inadaptación de Echeburúa, Corral y Fernández Montalvo e Inventario de Cogniciones Postraumáticas de Foa y colaboradores.

**Tabla 17.13.** Medias y desviaciones típicas en los instrumentos de autoinforme en la muestra total de participantes.

<b>MUESTRA TOTAL (N=103)</b>		
MEDIDAS DE AUTOINFORME	Media	D.T
<b>. BDI (0-63)</b>	<b>28.36</b>	<b>10.1</b>
	%	
• Ausencia (0-9)		1
• Leve (10-18)		12.6
• Moderado (19-29)		35.9
• Grave (30-63)		50.5
<b>. BAI (0-63)</b>	<b>35.45</b>	<b>12.09</b>
	%	
• Normal (0-9)		0
• Leve-moderado (10-18)		9.7
• Moderado-grave (19-29)		25.2
• Grave (30-63)		65
<b>. Inadaptación</b>		
• Trabajo-estudios (0-5)	3.5	1.35
• Vida social (0-5)	4.02	1.14
• Tiempo libre (0-5)	4.01	1.28
• Relación de pareja (0-5)	4.45	.91
• Vida familiar (0-5)	3.74	1.34
• Escala global (0-5)	4.52	.81
• Total (0-30)	<b>24.39</b>	<b>4.29</b>
<b>. Autoestima (10-40)</b>	<b>25.21</b>	<b>4.63</b>
<b>. Cogniciones Postraumáticas</b>		
• Sí mismo (1-7)	4.16	1.25
• Mundo (1-7)	5.07	1.13
• Autoinculpción (1-7)	4.3	1.53
• Total (3-21)	<b>13.50</b>	<b>3.21</b>



**Tabla 17.14.** Medias y desviaciones típicas en los instrumentos de autoinforme en cada uno de los grupos y en el grupo total de tratamiento.

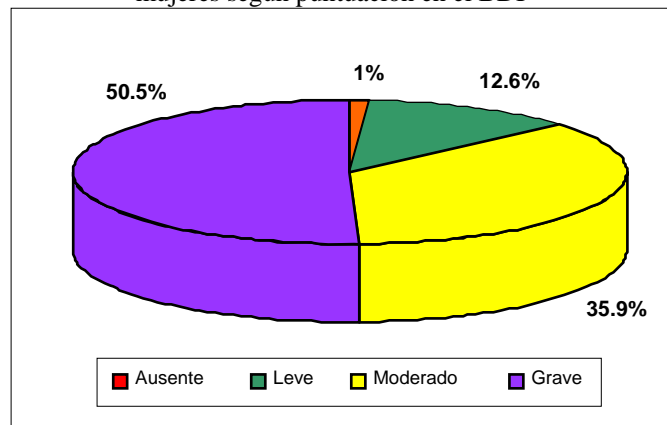
MEDIDAS DE AUTOINFORME	GRUPO NO TRATAMIENTO (N=16)		GRUPO DE TRATAMIENTO (N=87)						TOTAL (N= 87)	
	Media	D.T	Media	D.T	Media	D.T	Media	D.T	Media	D.T
<b>BDI (0-63)</b>	<b>28.31</b>	<b>8.43</b>	27.14	9.35	28.98	13.95	29.93	10.34	<b>28.37</b>	<b>10.42</b>
					%					
• Ausencia (0-9)	0		2.3		0		0		1.1	
• Leve (10-18)	12.5		9.1		30.8		10		12.6	
• Moderado (19-29)	37.5		45.5		15.4		30		35.6	
• Grave (30-63)	50		43.2		53.8		60		50.6	
<b>BAI (0-63)</b>	<b>29.25</b>	<b>10.41</b>	36.82	12.47	35	11.03	36.93	12.28	<b>36.59</b>	<b>12.09</b>
					%					
• Normal (0-9)	0		0		0		0		0	
• Leve-moderado (10-18)	12.5		6.8		7.7		13.3		9.2	
• Moderado-grave (19-29)	43.8		29.5		23.1		10		21.8	
• Grave (30-63)	43.8		63.6		69.2		76.7		69	
<b>Inadaptación</b>										
• Trabajo-estudios (0-5)	3.56	1.03	3.77	1.19	2.85	2.03	3.33	1.32	3.48	1.41
• Vida social (0-5)	4.19	1.16	3.98	1.17	3.92	1.44	4.03	.99	3.99	1.1
• Tiempo libre (0-5)	3.81	1.51	4.14	1.13	3.46	1.66	4.17	1.17	4.05	1.2
• Relación de pareja (0-5)	4.56	.62	4.3	1.09	4.69	.48	4.5	.9	4.43	.9
• Vida familiar (0-5)	3.81	1.32	3.5	1.4	3.92	1.38	3.97	1.24	3.72	1.3
• Escala global (0-5)	4.56	.62	4.52	.69	4.69	.63	4.43	1.1	4.52	.8
• Total (0-30)	<b>24.81</b>	<b>4.18</b>	24.11	4.39	23.69	5.12	24.9	3.95	<b>24.32</b>	<b>4.3</b>
<b>Autoestima (10-40)</b>	<b>25.94</b>	<b>4.25</b>	24.86	4.71	26.23	5.03	24.9	4.6	<b>25.08</b>	<b>4.71</b>
<b>Cogniciones Postraumáticas</b>										
• Sí mismo (1-7)	3.8	1.88	4.25	1.24	3.57	1.49	4.46	1.23	4.22	1.3
• Mundo (1-7)	4.6	1.15	4.95	1.2	4.62	.89	5.67	1.05	5.11	1.11
• Autoinculpción (1-7)	3.73	1.35	4.48	1.51	3.56	1.49	4.67	1.53	4.41	1.55
• Total (3-21)	<b>12.14</b>	<b>2.64</b>	13.59	3.19	11.75	2.75	14.84	3.19	<b>13.7</b>	<b>3.24</b>

## Inventario de Depresión de Beck

La puntuación media obtenida en el BDI por la **muestra total** de mujeres es de 28.36 (d.t.= 10.1), lo que indicaría, según los puntos de corte establecidos en este autoinforme, un nivel de depresión moderada. Un análisis por frecuencias permite concluir que un 50.5% de la totalidad de las participantes en este estudio presenta un nivel grave de depresión y un 35.9% un nivel moderado. Estos datos pueden observarse gráficamente en la figura siguiente.

### MUESTRA TOTAL DE MUJERES

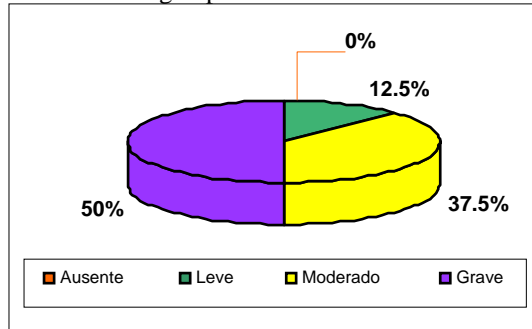
**Figura 17.132.** Distribución de la muestra total de mujeres según puntuación en el BDI



La puntuación media en el *grupo de no tratamiento* es de 28.31 (d.t.= 8.43), presentando un 50% un nivel de depresión grave y un 37.5% un nivel de depresión moderado. La puntuación media obtenida por el grupo de *mujeres españolas* es de 27.14 (d.t.= 9.35), lo que supone un nivel de depresión moderado. El análisis por frecuencias muestra que un 43.2% de estas mujeres presenta un nivel de depresión grave y un 45.5% un nivel moderado. En el grupo de *mujeres inmigrantes* la puntuación media es algo superior, 28.98 (d.t.= 13.95), y un 53.8% presenta un nivel grave de depresión. Finalmente, la puntuación media en el grupo de *mujeres mexicanas* es de 29.93 (d.t.= 10.34), presentando un 60% de ellas un nivel de depresión grave y un 30% un nivel moderado. La comparación de los distintos grupos permite concluir que es el grupo de mexicanas el que presenta la puntuación más alta en el Inventario de Depresión de Beck y donde aparece el porcentaje más alto de mujeres con un nivel grave de depresión.

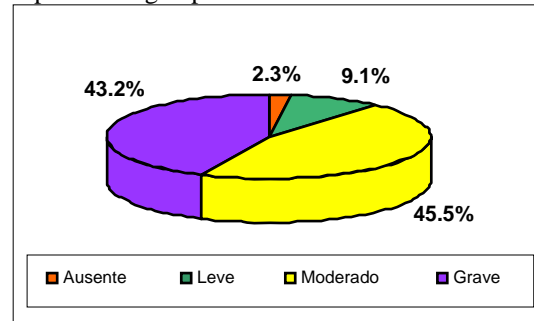
**GRUPO DE NO TRATAMIENTO**

**Figura 17.133.** Distribución del grupo de no tratamiento según puntuación en el BDI



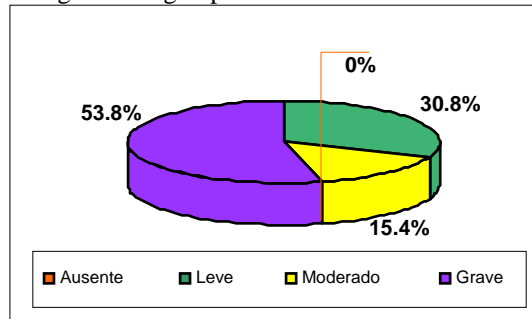
**GRUPO DE MUJERES ESPAÑOLAS**

**Figura 17.134.** Distribución de las mujeres españolas según puntuación en el BDI



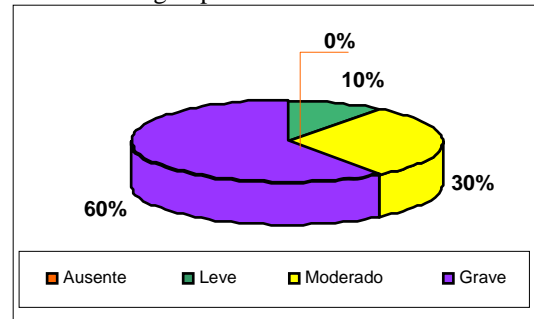
**GRUPO DE MUJERES INMIGRANTES**

**Figura 17.135.** Distribución de las mujeres inmigrantes según puntuación en el BDI



**GRUPO DE MUJERES MEXICANAS**

**Figura 17.136.** Distribución de las mujeres mexicanas según puntuación en el BDI



**Inventario de Ansiedad de Beck**

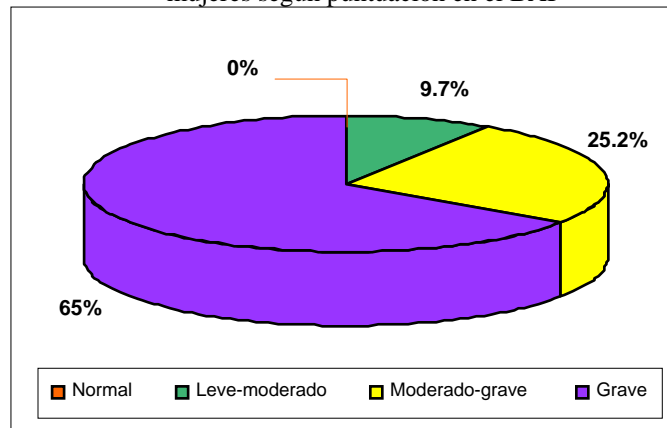
La puntuación media obtenida en el BAI por la **muestra total** de mujeres es de 35.45 (d.t.= 12.09). Según los puntos de corte propuestos por Beck et al. (1988) para los diferentes niveles de gravedad de la sintomatología ansiosa, esto es: 0-9= “normal”, 10-18= “leve-moderado”, 19-29= “moderado-grave” y 30-63= “grave”, las participantes de este estudio presentan un nivel grave de ansiedad. Un análisis por frecuencias permite concluir que un 25.2% de la totalidad de las participantes presenta un nivel moderado-grave y un 65% un nivel grave de ansiedad (véase figura 17.137).

La puntuación media en ansiedad obtenida por el *grupo de no tratamiento* es inferior en comparación con la del resto de los grupos (29.25; d.t.= 10.41), presentando un 43.8% de estas mujeres un nivel moderado-grave y un 43.8% un nivel grave de sintomatología ansiosa. Las puntuaciones del resto de los grupos son similares. En concreto, en el grupo de *mujeres españolas* es de 36.82 (d.t.= 12.47), en el grupo de *mujeres inmigrantes* la puntuación media es de 35 (d.t.= 11.03) y en el de *mujeres mexicanas* de 36.93 (d.t.= 12.28), lo que supone un nivel de ansiedad grave en todos ellos. El análisis por frecuencias muestra que un 63.6% de las *mujeres españolas*, casi un 70% de las *inmigrantes* y un 76.7% de las *mexicanas* presentan un

nivel grave de ansiedad. Estos datos pueden observarse gráficamente en las figuras 17.138, 17.139, 17.140 y 17.141.

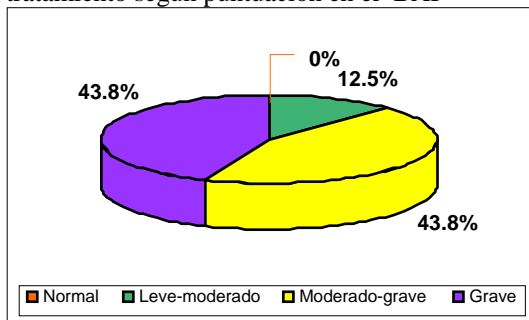
### MUESTRA TOTAL DE MUJERES

**Figura 17.137.** Distribución de la muestra total de mujeres según puntuación en el BAI



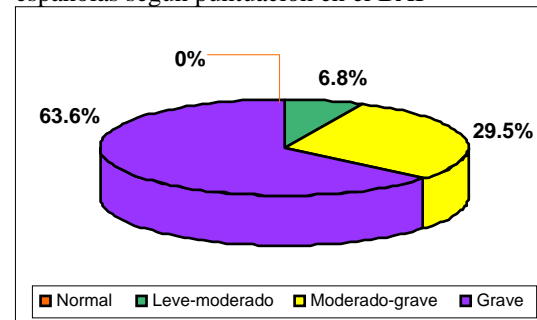
### GRUPO DE NO TRATAMIENTO

**Figura 17.138.** Distribución del grupo de no tratamiento según puntuación en el BAI



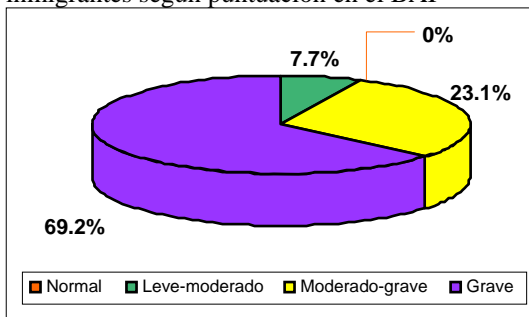
### GRUPO DE MUJERES ESPAÑOLAS

**Figura 17.139.** Distribución de las mujeres españolas según puntuación en el BAI



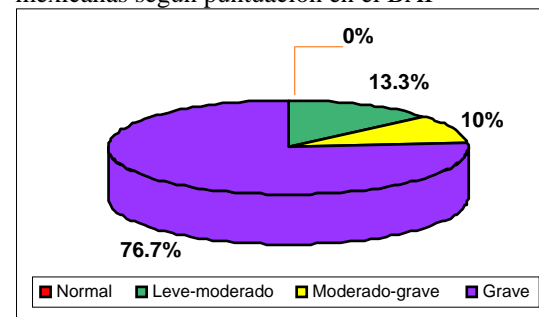
### GRUPO DE MUJERES INMIGRANTES

**Figura 17.140.** Distribución de las mujeres inmigrantes según puntuación en el BAI



### GRUPO DE MUJERES MEXICANAS

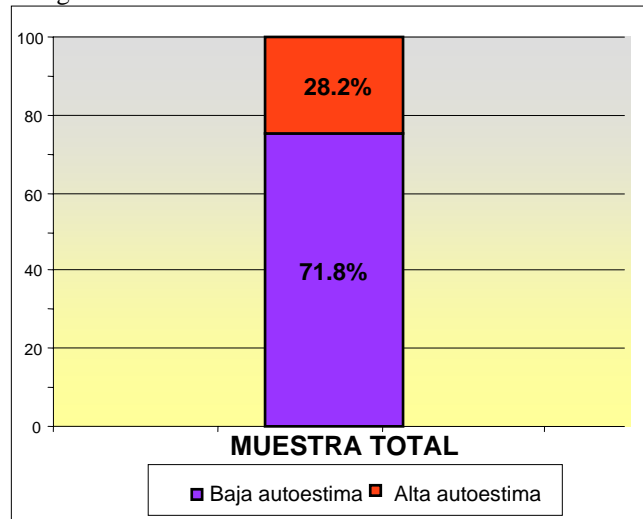
**Figura 17.141.** Distribución de las mujeres mexicanas según puntuación en el BAI



### Escala de Autoestima de Rosenberg

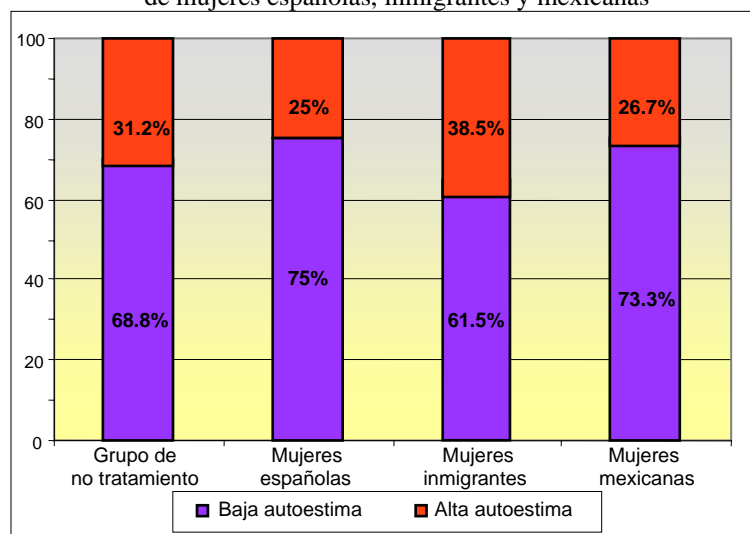
La puntuación media obtenida por la **muestra total** de participantes es de 25.21 (d.t.= 4.63). Teniendo en cuenta que el rango de puntuaciones en esta escala oscila de 10 a 40 y el punto de corte más utilizado es de 29, un 71.8% de estas mujeres estaría presentando un nivel bajo de autoestima. Los datos son representados gráficamente en la siguiente figura.

**Figura 17.142.** Diagnóstico en la Escala de Autoestima en la muestra total de participantes



Respecto al *grupo de no tratamiento*, la puntuación media es de 25.94 (d.t.= 4.25), presentando un 68.8% de estas mujeres un nivel bajo de autoestima. En el grupo de *mujeres españolas*, la puntuación media es de 24.86 (d.t.= 4.71); un 75% de ellas tiene baja autoestima. Respecto al grupo de *mujeres inmigrantes*, la puntuación media es de 26.23 (d.t.= 5.03), presentando un nivel bajo de autoestima el 61.5 % de ellas. En el grupo de *mujeres mexicanas* la puntuación media es de 24.9 (d.t.= 4.6), y un 73.3% tiene una baja autoestima.

**Figura 17.143.** Diagnóstico en la Escala de Autoestima en el grupo de no tratamiento y en el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas



### Escala de Inadaptación

La puntuación media obtenida por la **muestra total** de participantes en cada una de las subescalas y en el sumatorio total de la Escala de Inadaptación (24.39; d.t.= 4.29), supera el punto de corte establecido para este autoinforme (2 puntos para las subescalas y 12 puntos para el sumatorio total). Las puntuaciones medias en las subescalas se sitúan entre los 3.5 y 4.5 puntos, lo que significa que estas mujeres sienten que las distintas áreas que evalúa este instrumento se han visto afectadas entre bastante y muchísimo por el maltrato. Tal y como cabría esperar, es el área de pareja y la vida en general donde el nivel de inadaptación es mayor.

La puntuación media en la Escala de Inadaptación es similar en los diferentes grupos. En el *grupo de no tratamiento*, la puntuación media en la escala total es de 24.81 (d.t.= 4.18) y las puntuaciones en las subescalas oscilan entre los 3.5 y 4.5 puntos. Las puntuaciones medias obtenidas por el grupo de *mujeres españolas* en cada una de las subescalas y sumatorio total (24.11; d.t.= 4.39) superan claramente el punto de corte. En las subescalas oscilan entre los 3.5 y 4.5 puntos, por lo que estas mujeres consideran que la violencia ha afectado entre bastante y muchísimo a cada una de las áreas de la vida cotidiana. De la misma manera, el grupo de *mujeres inmigrantes* obtiene una puntuación media en el sumatorio total de 23.69 (d.t.= 5.12) y valores en cada una de las subescalas que se sitúan entre los 2.85 y 4.69 puntos, lo que indicaría un alto grado de inadaptación en las diferentes áreas de la vida cotidiana y a nivel global, como consecuencia del maltrato sufrido. Finalmente, el grupo de *mujeres mexicanas* obtiene una puntuación media de 24.9 (d.t.= 3.95) en el sumatorio total y valores que oscilan entre los 3.3 y 4.5 puntos en cada una de las subescalas, mostrando, de la misma manera que los otros grupos, que las diferentes áreas de la vida se han visto afectadas entre bastante y muchísimo por la violencia.

### Inventario de Cogniciones Postraumáticas

Si bien no existen datos normativos para la interpretación de esta prueba, en la **muestra total** de participantes es la subescala de cogniciones postraumáticas sobre el mundo la que arroja la puntuación media más alta (5.07; d.t.= 1.13) en comparación con las otras dos subescalas, lo que permite afirmar que estas mujeres están entre levemente de acuerdo y muy de acuerdo con dichas cogniciones. Las puntuaciones medias en la subescala de sí mismo y autoinculpación, 4.16 y 4.3, respectivamente, indican que estas mujeres están entre levemente de acuerdo o les son indiferentes los ítems que hacen referencia a estas cogniciones.

De la misma manera, la subescala de cogniciones postraumáticas sobre el mundo es la que alcanza la puntuación media más alta en cada uno de los grupos. En concreto, las mujeres del *grupo de no tratamiento* (4.6), las *mujeres españolas* (4.95) y las *inmigrantes* (4.62) están entre levemente de acuerdo o les son indiferentes los ítems que hacen referencia a estas

cogniciones. El grupo de *mujeres mexicanas* obtiene una puntuación superior (5.67), lo que indicaría que estas mujeres están entre levemente de acuerdo y muy de acuerdo con los ítems referidos a cogniciones postraumáticas sobre el mundo. Las puntuaciones en la subescala de sí mismo arrojan algunas diferencias entre los grupos. Así pues, las mujeres del *grupo de no tratamiento* y las *mujeres inmigrantes* obtienen una puntuación de 3.8 y 3.57, respectivamente, lo que significa que están entre levemente en desacuerdo o les son indiferentes los ítems referidos a estas cogniciones. Las puntuaciones medias en el grupo de *mujeres españolas* (4.25) y *mexicanas* (4.46) indican que están entre levemente de acuerdo o les son indiferentes este tipo de cogniciones. En la misma dirección, las mujeres del *grupo de no tratamiento* y las *mujeres inmigrantes* obtienen puntuaciones medias en la subescala de autoinculpación que oscilan entre los 3.5 y 4 puntos, lo que significa que están entre levemente en desacuerdo o les son indiferentes los ítems referidos a estas cogniciones. En el grupo de *mujeres españolas* y *mexicanas*, las puntuaciones medias son superiores, 4.48 y 4.67, respectivamente, lo que indica que están entre levemente de acuerdo o les son indiferentes este tipo de cogniciones.

#### 17.1.5 OTRAS VARIABLES

##### Consumo abusivo de alcohol y sustancias adictivas

El 100% de las mujeres que componen la **muestra total** y, por tanto, ninguna de las mujeres del *grupo de no tratamiento*, ni del grupo de *mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas* presentan un problema de consumo abusivo de alcohol u otras sustancias adictivas. Por tanto, la puntuación obtenida en el CAGE fue 0 para cada uno de los grupos. Hay que recordar que el presentar problemas de dependencia alcohólica era un criterio de exclusión de este trabajo. Ninguna mujer fue excluida por este motivo.

##### Ideación suicida

En cuanto a la ideación suicida, evaluada a través del ítem 21 del Inventario de Depresión de Beck, el 34% de la **muestra total** refirió no tener ningún pensamiento de suicidio, un 55.3% afirmó que tenía pensamientos de suicidio, aunque no lo cometería y un 10.7% refirió tener deseos de suicidio. En el *grupo de no tratamiento* un 56.3% de las mujeres señaló tener pensamientos de suicidio y un 12.5% tener deseos de hacerlo. En el grupo de *mujeres españolas* el 50% refirió tener este tipo de pensamientos y un 9.1% tener deseos de suicidio. En el grupo de *mujeres inmigrantes* un 46.2% afirmó tener pensamientos de suicidio y un 7.7% deseos de hacerlo. Por último, en el grupo de *mujeres mexicanas* un 66.7% afirmó tener pensamientos de suicidio y un 13% deseos de hacerlo.

La comparación entre los grupos muestra que el porcentaje de mujeres que refiere tener ideación suicida o deseos de hacerlo es algo mayor en el grupo de mujeres mexicanas en relación a las mujeres españolas e inmigrantes.

Por otro lado, es importante resaltar que el tener una clara e inmediata posibilidad de suicidio ha sido uno de los criterios de exclusión para la participación en este estudio, pero que ninguna de las mujeres fue excluida por este motivo.

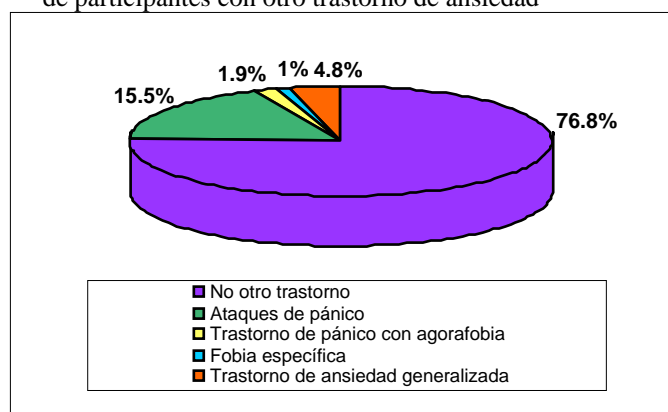
### Diagnóstico de otro trastorno de ansiedad

Tal y como se desprende de la siguiente figura, el 76.8% del **total de participantes** no presentaba otro trastorno de ansiedad, según la versión clínica de la *SCID*. De las mujeres con otro trastorno de ansiedad (24 mujeres), un 15.5% (16 mujeres) presentaba ataques de pánico, un 4.8% un trastorno de ansiedad generalizada, un 1.9% un trastorno de pánico con agorafobia y un 1% una fobia específica. En el *grupo de no tratamiento*, únicamente un 12.5% presentaba otro trastorno de ansiedad, concretamente ataques de pánico. Respecto a las *mujeres españolas*, únicamente un 29.5% presentaba otro trastorno de ansiedad; un 20.4% presentaba ataques de pánico, un 4.5% un trastorno de ansiedad generalizada, un 2.3% un trastorno de pánico con agorafobia y el 2.3% restante una fobia específica. En el grupo de *mujeres inmigrantes*, un 15.4% presentaba otro trastorno de ansiedad, un 7.7% ataques de pánico y un 7.7% un trastorno de pánico con agorafobia. En el grupo de *mujeres mexicanas*, un 13.3% presentaba ataques de pánico y un 10% trastorno de ansiedad generalizada.

A continuación, se presentan gráficamente los datos comentados.

### MUESTRA TOTAL DE MUJERES

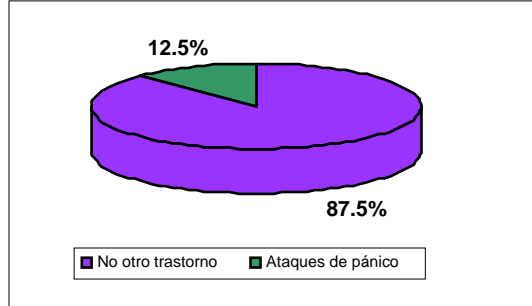
**Figura 17.144.** Porcentaje de mujeres en la muestra total de participantes con otro trastorno de ansiedad





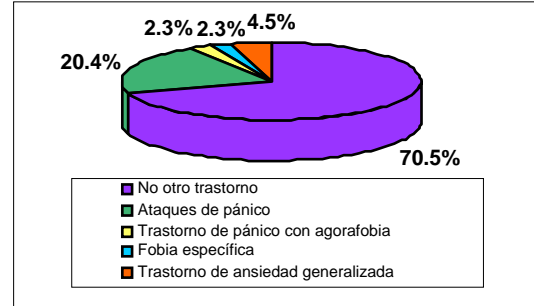
**GRUPO DE NO TRATAMIENTO**

**Figura 17.145.** Porcentaje de mujeres en el grupo de no tratamiento con otro trastorno de ansiedad



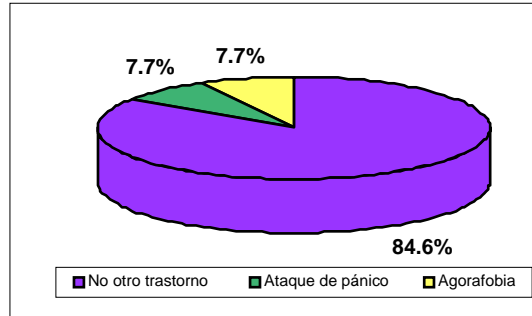
**GRUPO DE MUJERES ESPAÑOLAS**

**Figura 17.146.** Porcentaje de mujeres españolas con otro trastorno de ansiedad



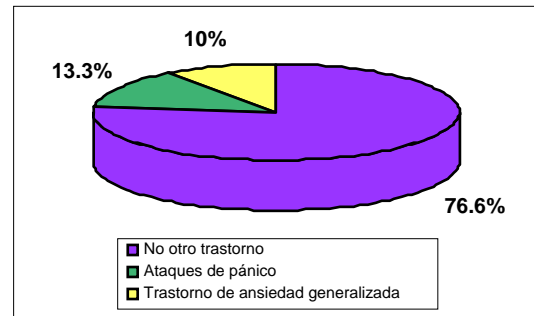
**GRUPO DE MUJERES INMIGRANTES**

**Figura 17.147.** Porcentaje de mujeres inmigrantes con otro trastorno de ansiedad



**GRUPO DE MUJERES MEXICANAS**

**Figura 17.148.** Porcentaje de mujeres mexicanas con otro trastorno de ansiedad



**17.1.6 ESTUDIO DE LA HOMOGENEIDAD DE LOS GRUPOS EN LAS VARIABLES DEPENDIENTES**

Se han llevado a cabo ANOVAs de un factor para comprobar la homogeneidad de los grupos en las variables dependientes cuantitativas y pruebas Chi-cuadrado de Person para las variables cualitativas. Nuevamente, se han realizado dos análisis de homogeneidad: 1- con el objeto de determinar si existen diferencias significativas en las variables dependientes entre el grupo de no tratamiento y el grupo total de tratamiento y 2- si existen diferencias significativas en dichas variables en el grupo total de tratamiento entre las mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas, en función de la nacionalidad. En las variables cuantitativas se ha tenido en cuenta la homogeneidad de varianzas mediante la prueba de Levene. En aquellas variables en las que no se cumple el supuesto de homocedasticidad se ha utilizado el estadístico de Brown-Forsythe, que se distribuye según el modelo de probabilidad de F, pero con los grados de libertad corregidos.

*17.1.6.1. Grupo de no tratamiento-Grupo total de tratamiento.*

Tal y como se observa en la siguiente tabla, apenas existen diferencias significativas entre el grupo de no tratamiento y el grupo total de tratamiento. Las únicas diferencias intergrupos aparecen en la puntuación en reexperimentación de la Escala Global de Síntomas

del TEPT y en la puntuación en ansiedad del BAI. En concreto, el grupo total de tratamiento presenta una puntuación significativamente mayor en reexperimentación ( $M = 8.98$ ;  $d.t.= 2.74$ ) y en ansiedad ( $M = 36.59$ ;  $d.t.=12.09$ ) en comparación con el grupo de no tratamiento ( $M = 7.44$ ;  $d.t.= 2.15$  y  $M = 29.25$ ;  $d.t.= 10.41$ , en reexperimentación y ansiedad, respectivamente). Hay que señalar que al tratarse de medidas pretratamiento, estas diferencias van a ser controladas en los análisis de la eficacia de la intervención.

**Tabla 17.15.** ANOVAs de un factor (F) y prueba Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ): grupo de no tratamiento-grupo total de tratamiento. Variables dependientes: TEPT y sintomatología concomitante.

VARIABLES	F (1,101)	SIGNIFICACIÓN*
Puntuación total de TEPT	1.86	N.S
• Reexperimentación	4.51	<b>p&lt; 0.05</b>
• Evitación	.117	N.S
• Activación	1.93	N.S
BDI	.001	N.S
BAI	5.17	<b>p&lt;0.05</b>
Escala de Autoestima	.46	N.S
Escala de Inadaptación	1.75	N.S
• Trabajo-estudios	.046	N.S
• Vida social	.405	N.S
• Tiempo libre	.442	N.S
• Relación de pareja	.302	N.S
• Vida familiar	.058	N.S
• Escala global	.041	N.S
Inventario Cogniciones Postraumáticas	3.44	N.S
• Sí mismo	1.53	N.S
• Mundo	3.29	N.S
• Autoinculpación	2.65	N.S
	$\chi^2$ (3,103)	SIGNIFICACIÓN*
Ideación suicida	1.7	N.S.
Otro trastorno de ansiedad	.38	N.S.

\*Nivel de significación:  $p < .05$

N.S. No significativo

17.1.6.2. *Grupo total de tratamiento: grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.*

Tal y como se desprende de la siguiente tabla, únicamente existen diferencias significativas entre el grupo de mujeres españolas, el grupo de mujeres inmigrantes y el grupo de mujeres mexicanas en el Inventario de Cogniciones Postraumáticas, en concreto, en la subescala sobre el mundo y en la puntuación total.

**Tabla 17.16.** ANOVAs de un factor (F) y prueba Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) intergrupos: grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas. Variables dependientes: TEPT y sintomatología concomitante.

VARIABLES	F(2, 84)	SIGNIFICACIÓN*
Puntuación total de TEPT	.36	N.S
• Reexperimentación	1.78	N.S
• Evitación	.91	N.S
• Activación	1.10	N.S
BDI	.40 (2,31)†**	N.S
BAI	.130	N.S
Escala de Autoestima	.45	N.S
Escala de Inadaptación	.44	N.S
• Trabajo-estudios	1.88 (2,26)†**	N.S
• Vida social	.045	N.S
• Tiempo libre	1.71	N.S
• Relación de pareja	1.39 (2,82)†**	N.S
• Vida familiar	1.23	N.S
• Escala global	.42	N.S
Inventario Cogniciones Postraumáticas	4.50	<b>p &lt; 0.05</b>
• Sí mismo	2.21	N.S
• Mundo	6.06	<b>p &lt; 0.05</b>
• Autoinculpación	2.55	N.S
	$\chi^2$ (6,87)	SIGNIFICACIÓN*
Ideación suicida	7.8	N.S
Otro trastorno de ansiedad	5.9	N.S

\*Nivel de significación: p < .05  
 \*\*Grados de libertad corregidos

† No se cumple supuesto de homocedasticidad  
 N.S. No significativo

Para saber entre qué grupos aparecen tales diferencias, se han realizado análisis *post hoc*. Dado que las variables que arrojan diferencias significativas cumplen el supuesto de homocedasticidad, se ha utilizado el método de Diferencia Mínima Significativa (DMS). Los análisis indican que las diferencias en la puntuación total del Inventario de Cogniciones Postraumáticas resultan estadísticamente significativas entre el grupo de mujeres mexicanas y el grupo de mujeres inmigrantes (DSM = 3.09, p < 0.05), mostrando las mujeres mexicanas una puntuación significativamente mayor. Las diferencias en la subescala del mundo resultan significativas entre el grupo de mujeres mexicanas y el de inmigrantes (DSM = 1.05, p < 0.05) y entre el grupo de mujeres mexicanas y el de españolas (DSM = .71, p < 0.05), mostrando nuevamente las mujeres mexicanas una mayor puntuación. Tal y como se ha señalado anteriormente, al tratarse de medidas pretratamiento, estas diferencias van a ser controladas en los análisis de la eficacia de la intervención.

### 17.1.7 EXPECTATIVAS DE TRATAMIENTO

Al finalizar la entrevista semiestructurada, se preguntó a las participantes qué esperaban conseguir con el tratamiento. Las respuestas fueron muy variadas, por lo que se han agrupado por su similitud en 11 categorías, tal y como aparece en las siguientes tablas. Las respuestas que han sido recogidas son aquellas que las mujeres refieren como primera opción.

En la **muestra total** de participantes, las expectativas de tratamiento que con mayor frecuencia fueron referidas por las mujeres son: mejorar el estado de ánimo (21.3%), poder desahogarse y sentirse comprendida (17.4%), estar más tranquila y relajada (17.4%) y eliminar pensamientos relacionados con el maltrato (10.7%). A continuación, se presentan los resultados comentados.

**Tabla 17.17.** Expectativas de tratamiento en la muestra total de participantes.

MUESTRA TOTAL DE PARTICIPANTES		
EXPECTATIVAS DE TRATAMIENTO	N	%
Abandonar al agresor	6	5.9
Mejorar la autoestima	10	9.7
Poder desahogarse, sentirse comprendida	18	17.4
Poder comprender lo que le pasa	8	7.8
Estar más tranquila, poder relajarse	18	17.4
Dejar de pensar constantemente en el maltrato	11	10.7
Poder confiar en otras personas	1	1
Mejorar el ánimo. Tener ganas de hacer cosas	22	21.3
No culpabilizarse por el maltrato	3	2.9
Otras expectativas	5	4.9
No sabe	1	1

**Figura 17.149.** Distribución de la muestra total: expectativas de tratamiento

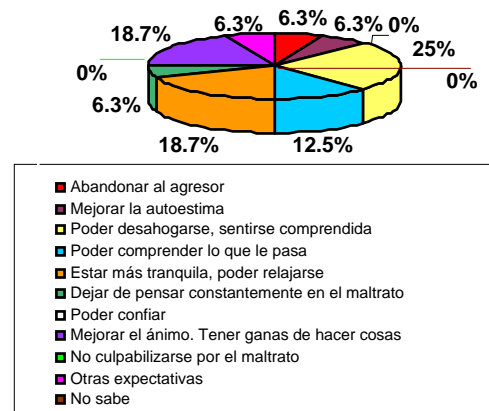


En el *grupo de no tratamiento*, las respuestas que con mayor frecuencia refirieron las mujeres fueron: poder desahogarse y sentirse comprendida (25%), mejorar el estado de ánimo (18.7%), sentirse más tranquila y relajada (18.7%) y poder comprender lo que le pasa (12.5%). A continuación, se presentan los resultados comentados.

**Tabla 17.18.** Expectativas de tratamiento en el grupo de no tratamiento.

GRUPO DE NO TRATAMIENTO		
EXPECTATIVAS DE TRATAMIENTO	N	%
Abandonar al agresor	1	6.3
Mejorar la autoestima	1	6.3
Poder desahogarse, sentirse comprendida	4	25
Poder comprender lo que le pasa	2	12.5
Estar más tranquila, poder relajarse	3	18.7
Dejar de pensar constantemente en el maltrato	1	6.3
Poder confiar en otras personas	0	0
Mejorar el ánimo. Tener ganas de hacer cosas	3	18.7
No culpabilizarse por el maltrato	0	0
Otras expectativas	1	6.3
No sabe	0	0

**Figura 17.150.** Distribución del grupo de no tratamiento: expectativas de tratamiento

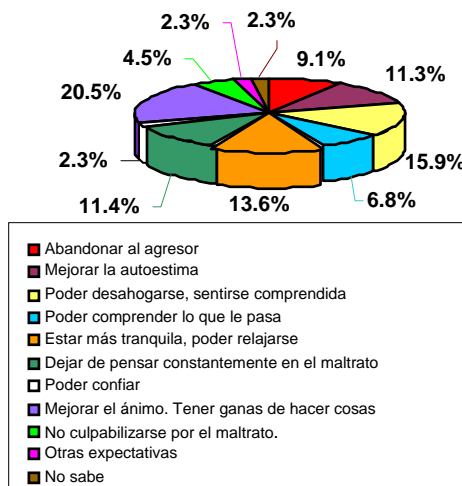


En el *grupo de mujeres españolas*, la mejora del estado de ánimo (20.3%), el sentirse comprendida y poder desahogarse (15.9%), la disminución del nivel de ansiedad (13.6%), la mejora del nivel de autoestima (11.3%) y la eliminación de pensamientos relacionados con el maltrato (11.3%) fueron las respuestas más frecuentes.

**Tabla 17.19.** Expectativas de tratamiento en el grupo de mujeres españolas.

GRUPO DE MUJERES ESPAÑOLAS		
EXPECTATIVAS DE TRATAMIENTO	N	%
Abandonar al agresor	4	9.1
Mejorar la autoestima	5	11.3
Poder desahogarse, sentirse comprendida	7	15.9
Poder comprender lo que le pasa	3	6.8
Estar más tranquila, poder relajarse	6	13.6
Dejar de pensar constantemente en el maltrato	5	11.4
Poder confiar en otras personas	1	2.3
Mejorar el ánimo. Tener ganas de hacer cosas	9	20.5
No culpabilizarse por el maltrato	2	4.5
Otras expectativas	1	2.3
No sabe	1	2.3

**Figura 17.151.** Distribución del grupo de españolas: expectativas de tratamiento

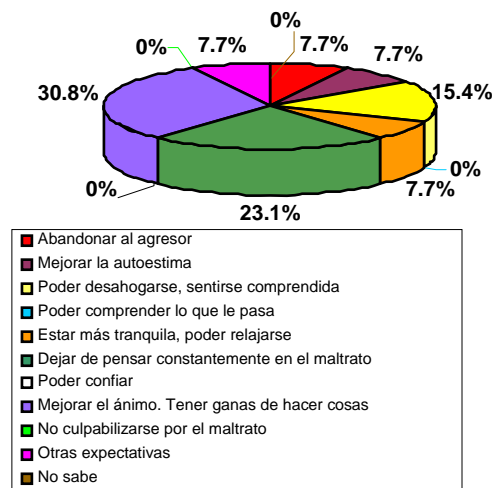


En el grupo de mujeres inmigrantes, la mejora del estado de ánimo (30.8%), la eliminación de pensamientos relacionados con el maltrato (23.1%) y el sentirse comprendida y poder desahogarse (15.4%) fueron las respuestas más frecuentes.

**Tabla 17.20.** Expectativas de tratamiento en el grupo de mujeres inmigrantes.

GRUPO DE MUJERES INMIGRANTES		
EXPECTATIVAS DE TRATAMIENTO	N	%
Abandonar al agresor	1	7.7
Mejorar la autoestima	1	7.7
Poder desahogarse, sentirse comprendida	2	15.4
Poder comprender lo que le pasa	0	0
Estar más tranquila, poder relajarse	1	7.7
Dejar de pensar constantemente en el maltrato	3	23.1
Poder confiar en otras personas	0	0
Mejorar el ánimo. Tener ganas de hacer cosas	4	30.8
No culpabilizarse por el maltrato	0	0
Otras expectativas	1	7.7
No sabe	0	0

**Figura 17.152.** Distribución del grupo de inmigrantes: expectativas de tratamiento

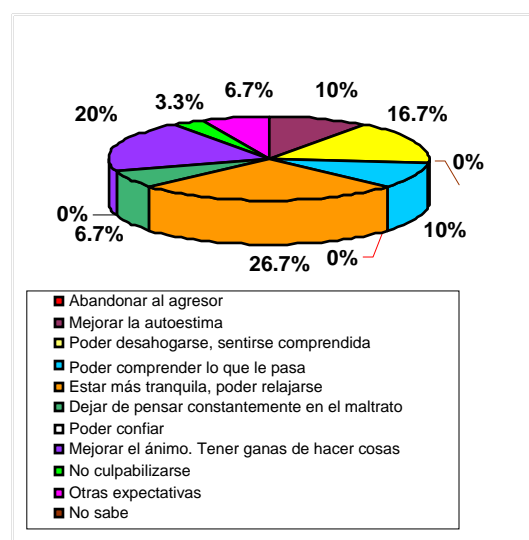


En el grupo de mujeres mexicanas, las expectativas de tratamiento que más frecuentemente refirieron las mujeres fueron: poder estar más tranquila y relajada (26.7%), mejorar el estado de ánimo (20%), y poder desahogarse y sentirse comprendida (16.7%). Es importante señalar que en este grupo de mujeres la categoría “otras expectativas” incluye la respuesta “no desquitarme con mis hijos” que fue respondida por dos de las participantes.

**Tabla 17.21.** Expectativas de tratamiento en el grupo de mujeres mexicanas.

GRUPO DE MUJERES MEXICANAS		
EXPECTATIVAS DE TRATAMIENTO	N	%
Abandonar al agresor	0	0
Mejorar la autoestima	3	10
Poder desahogarse, sentirse comprendida	5	16.7
Poder comprender lo que le pasa	3	10
Estar más tranquila, poder relajarse	8	26.7
Dejar de pensar constantemente en el maltrato	2	6.7
Poder confiar en otras personas	0	0
Mejorar el ánimo. Tener ganas de hacer cosas	6	20
No culpabilizarse por el maltrato	1	3.3
Otras expectativas	2	6.7
No sabe	0	0

**Figura 17.153.** Distribución del grupo de mexicanas: expectativas de tratamiento



## 17.2. EFICACIA DEL TRATAMIENTO

### 17.2.1 PARTICIPACIÓN EN EL TRATAMIENTO

#### 17.2.1.1 Adherencia al tratamiento

En la siguiente tabla (véase tabla 17.22) se pueden consultar el número y el porcentaje de mujeres del grupo total de tratamiento y de cada uno de los grupos que completan el tratamiento, que lo abandonan y que no lo completan, siendo derivadas a terapia individual. Esta última categoría incluye aquellas mujeres que comenzaron en un grupo de tratamiento, que posteriormente se desintegró, debido al abandono de algunas de las participantes, por lo que tuvieron que ser derivadas a terapia individual con la psicóloga responsable del centro desde el que habían sido derivadas. No se puede considerar que estas mujeres abandonaran la terapia, pero, puesto que no la finalizaron, no pueden ser incluidas en el análisis de los resultados del grupo de tratamiento.

En la tabla 17.23 se resumen los motivos que refieren las mujeres para abandonar la terapia. En algunos casos, el motivo de abandono es desconocido, esto es, la participante deja de acudir a las sesiones sin dar ninguna explicación (*abandonos reales*). En otros casos, el *abandono* es *forzado*, o lo que es lo mismo, es debido a motivos justificados que son comunicados a la terapeuta, como la imposibilidad de coordinar el horario de trabajo con el de grupo, tener hijos con problemas que necesitan cuidados especiales o una incapacidad que le impide acudir a las sesiones. Este tipo de abandonos, que, al no ser voluntarios, no pueden ser considerados abandonos reales, serían un indicativo de la dificultad para la formación de grupos de terapia y adherencia al tratamiento con mujeres maltratadas. La figura 17.154 representa de manera gráfica los resultados comentados.

**Tabla 17.22.** Frecuencia de abandonos en el grupo total de participantes y en el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.

	<b>GRUPO TRATAMIENTO TOTAL (N=87)</b>		<b>MUESTRA ESPAÑOLA (N=44)</b>		<b>MUESTRA INMIGRANTE (N=13)</b>		<b>MUESTRA MEXICANA (N=30)</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
▪ <b>No abandono</b>	72	82.8	35	79.3	10	76.9	27	90
▪ <b>Se desintegra el grupo y es derivada a terapia individual</b>	2	2.4	2	4.6	0	0	0	0
▪ <b>Abandono</b>	<b>13</b>	<b>14.8</b>	<b>7</b>	<b>16.1</b>	<b>3</b>	<b>23.1</b>	<b>3</b>	<b>10</b>
• 1ª sesión	3	3.4	2	4.6	1	7.7	0	0
• 2ª sesión	5	5.7	1	2.3	2	15.4	2	6.7
• 3ª sesión	5	5.7	4	9.2	0	0	1	3.3

Figura 17.154. Adherencia al tratamiento



Tabla 17.23. Motivo de abandono en el grupo total de tratamiento y en el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.

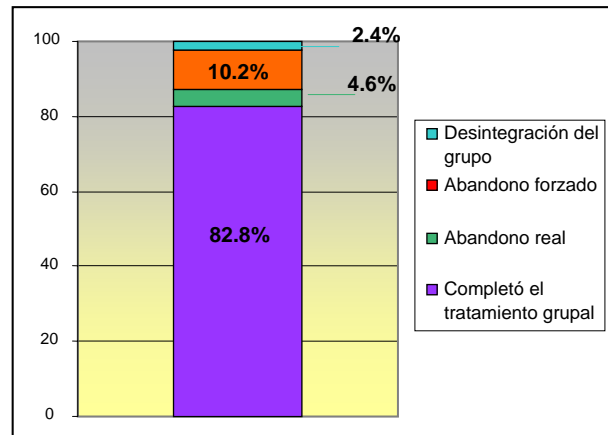
	GRUPO TRATAMIENTO TOTAL (N=13)		MUESTRA ESPAÑOLA (N=7)		MUESTRA INMIGRANTE (N=3)		MUESTRA MEXICANA (N=3)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>MOTIVO ABANDONO</b>								
• Desconocido	4	4.6	3	6.9	1	7.7	0	0
• Motivo laboral	6	6.9	2	4.6	2	15.4	2	6.7
• Incapacidad	1	1.1	1	2.3	0	0	0	0
• Cuidado de un hijo enfermo	1	1.1	1	2.3	0	0	0	0
• Otro	1	1.1	0	0	0	0	1	3.3

Señalar que el abandono del tratamiento ocurre en todos los casos durante las tres primeras sesiones. Concretamente, en el **grupo total de tratamiento** un 14.8% abandona el tratamiento, un 3.4% en la primera sesión, un 5.7% en la segunda sesión y el 5.7% restante en la tercera. El motivo de abandono es conocido en el 10.2% de los casos, siendo mayoritariamente por motivos laborales (6.9%), tal y como se aprecia en la tabla 17.23. En el grupo de *mujeres españolas*, un 16.1% abandona el tratamiento, haciéndolo más de la mitad de ellas en la tercera sesión y el resto entre la primera y segunda sesión. Un 4.6% abandona por motivos laborales. En el grupo de *mujeres inmigrantes*, un 23.1% abandona el tratamiento, siendo en el 15.4% de los casos debido al trabajo. En el grupo de *mujeres mexicanas*, únicamente un 10% abandona el tratamiento, un 6.7% en la segunda sesión y el 3.3% restante en la tercera. En todos los casos el motivo de abandono es conocido; un 6.7% de estas mujeres se ve obligada a dejar el grupo al no poder compatibilizar su horario con el horario laboral y un 3.3%, por tener que cambiar de ciudad de residencia tras el agravamiento de la violencia.

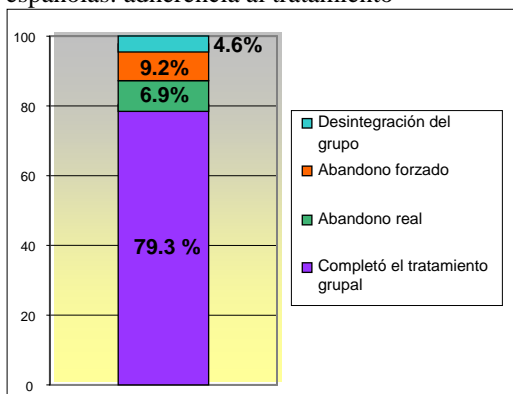


A continuación, se presentan gráficamente los resultados de la adherencia al tratamiento.

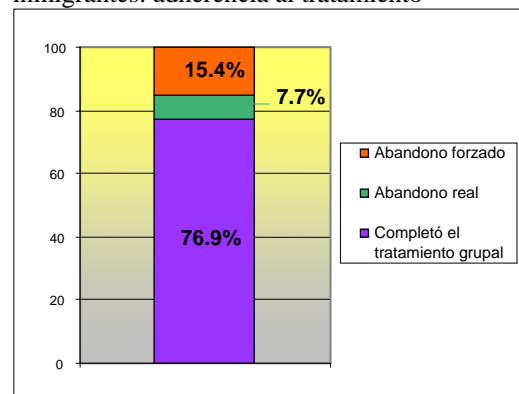
**Figura 17.155.** Distribución del grupo total: adherencia al tratamiento



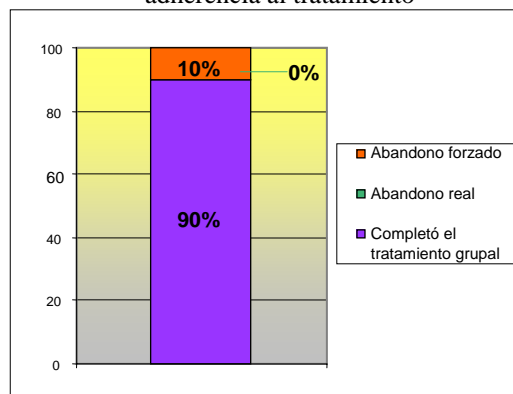
**Figura 17.156.** Distribución de las mujeres españolas: adherencia al tratamiento



**Figura 17.157.** Distribución de las mujeres inmigrantes: adherencia al tratamiento



**Figura 17.158.** Distribución de las mujeres mexicanas: adherencia al tratamiento



Con el objeto de estudiar si existen diferencias significativas en la adherencia al tratamiento entre las mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas, se ha analizado la homogeneidad de los grupos en las variables cumplimiento del tratamiento grupal (abandono/no abandono) y motivo de abandono. Al tratarse de variables cualitativas, se ha utilizado la prueba

Chi-cuadrado de Pearson. Los resultados del análisis se exponen en la siguiente tabla (tabla 17.24).

**Tabla 17.24.** Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) intergrupos. Adherencia al tratamiento

VARIABLES	$\chi^2$ (gl, N)	SIGNIFICACIÓN*
• Abandono/no abandono	17.06 (2,87)	N.S
• Motivo de abandono	12.27 (8,87)	N.S

\*Nivel de significación:  $p < .05$  N.S: No significativo

Tal y como se desprende de los resultados, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la variable abandono/no abandono ni motivo de abandono entre el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.

### Características de la muestra que abandona el tratamiento

A continuación, se presentan las características sociodemográficas y de la historia de la violencia de las mujeres que abandonan el tratamiento.

**Tabla 17.25.** Variables sociodemográficas. Muestra que abandona el tratamiento.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	MUESTRA QUE ABANDONA EL TRATAMIENTO (N=13)	
	N	%
<b>• Estado civil</b>		
- Soltera	3	23.1
- Casada o conviviente	4	30.8
- Divorciada, separada o en trámites	6	46.1
<b>• Clase social subjetiva</b>		
- Baja	8	61.5
- Media-baja	3	23.1
- Media	2	15.4
<b>• Nivel educacional</b>		
- Sin estudios	1	7.7
- Estudios primarios (EGB)	5	38.5
- Estudios secundarios	6	46.2
- Estudios universitarios	1	7.7
<b>• Profesión</b>		
- En paro	7	53.8
- Ama de casa	1	7.7
- Servicio doméstico	3	23.1
- Otra profesión no cualificada	1	7.7
- Profesión cualificada	1	7.7
<b>• Apoyo social</b>		
- Sí	8	61.5
- No	5	38.5
	rango	media
<b>• Edad</b>	27-48	35.6
<b>• Número de hijos</b>	0-3	1.15

**Tabla 17.26.** Características de la violencia. Muestra que abandona el tratamiento.

CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA	MUESTRA QUE ABANDONA EL TRATAMIENTO (N=13)	
	N	%
<b>• Relación con el agresor</b>		
- Convivencia con el agresor	4	30.8
- 1 a 3 meses de separación	1	7.7
- 3 a 6 meses de separación	2	15.4
- < 6 meses de separación	6	46.2
<b>• Dependencia económica del agresor</b>		
- Sí	7	53.8
- No	6	46.2
<b>• Tipo de maltrato</b>		
- Físico y psicológico	3	23.1
- Físico, psicológico y sexual	10	76.9
<b>• Último episodio de maltrato</b>		
- En el último mes	6	46.2
- 1-3 meses	2	15.4
- 3-6 meses	1	7.7
- Más de seis meses	2	15.4
- Más de un año	2	15.4
	rango	media
<b>• Años de maltrato</b>	3-30	12.84

La edad media de las mujeres que abandonan el tratamiento es de 35.6 años. Casi la mitad de ellas está divorciada, separada o en trámites de separación (46.1%). La mayoría (61.5%) refiere pertenecer a un nivel socioeconómico bajo y más de la mitad (53.8%) está en paro. Respecto a las características de la violencia, señalar que un 30.8% de estas mujeres convive con el agresor y un 53.8% continúa dependiendo económicamente de él. La mayoría (76.9%) ha sido víctima de maltrato físico, psicológico y sexual. A pesar de que casi el 70% no convive con el maltratador, un 46.2% refiere haber sido agredida en el último mes.

A continuación, se presentan las características psicopatológicas de las mujeres que abandonan el tratamiento y de las que no lo abandonan.

**Tabla 17.27.** Variables psicopatológicas. Muestra que abandona y no abandona el tratamiento.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	MUESTRA QUE ABANDONA EL TRATAMIENTO (N=13)		MUESTRA QUE NO ABANDONA EL TRATAMIENTO (N=87)	
	Media	D T	Media	D T
	TEPT	25.69	6.31	32.18
BDI	21.62	8.95	28.37	10.42
BAI	28.23	11.02	36.59	12.09
AUTOESTIMA	27.08	5.28	25.08	4.71
NIVEL INADAPTACIÓN COG. POSTRAUMÁTICAS	23.84	3.73	24.32	4.3
	11.9	1.94	13.7	3.24

Para estudiar si existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo que abandona el tratamiento y el que lo finaliza, se ha llevado un análisis de homogeneidad, que indica diferencias intergrupos en la clase social subjetiva y en la mayoría de las variables psicopatológicas. En concreto, el porcentaje de mujeres que refiere pertenecer a un nivel social bajo es significativamente mayor en el grupo que abandona el tratamiento en comparación con el que no lo abandona.

**Tabla 17.28.** Prueba Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) y ANOVAs de un factor (F): Muestra que abandona el tratamiento-muestra que no abandona el tratamiento. Variables sociodemográficas y características de la violencia.

VARIABLES	$\chi^2$ (gl, N)	SIGNIFICACIÓN*
Estado civil	.27 (4, 100)	N.S
Nivel educacional	1.82 (3, 100)	N.S
Clase social subjetiva	9.68 (3, 100)	<b>p &lt; 0.05</b>
Profesión	13.44 (9, 100)	N.S
Red de apoyo social en la actualidad	.86 (1, 100)	N.S
Situación de la mujer respecto al agresor	8.92 (3, 100)	N.S
Dependencia económica del agresor	1.41 (1, 100)	N.S
Tipo de violencia doméstica	2.01 (2, 100)	N.S
Último episodio de maltrato	.89 (4, 100)	N.S
Denuncias en curso	.33 (1, 100)	N.S
	F (1,98)	SIGNIFICACIÓN*
Edad	.95	N.S
Duración de la violencia doméstica	.16	N.S

\*Nivel de significación: p < .05

N.S: No significativo

Asimismo, han aparecido diferencias intergrupos estadísticamente significativas en las variables psicopatológicas, que indicarían que la puntuación en la escala global de TEPT, en el BDI, en el BAI y en el sumatorio total del Inventario de Cogniciones Postraumáticas es significativamente mayor en el grupo que finaliza el tratamiento que en el que lo abandona.

**Tabla 17.29.** ANOVAs de un factor (F): Muestra que abandona el tratamiento-muestra que no abandona el tratamiento: Variables psicopatológicas.

VARIABLES	F (1,98)	SIGNIFICACIÓN*
TEPT	9.5	p< 0.05
BDI	5.29	p< 0.05
BAI	5.04	p< 0.05
Autoestima	2.72	N.S
Nivel de inadaptación	1.04	N.S
Cogniciones postraumáticas†	9.24 (1.24)**	p< 0.05

\*Nivel de significación: p< .05

N.S: No significativo

† No se cumple supuesto de homocedasticidad.

\*\* Grados de libertad corregidos

### 17.2.1.2 Asistencia a sesiones

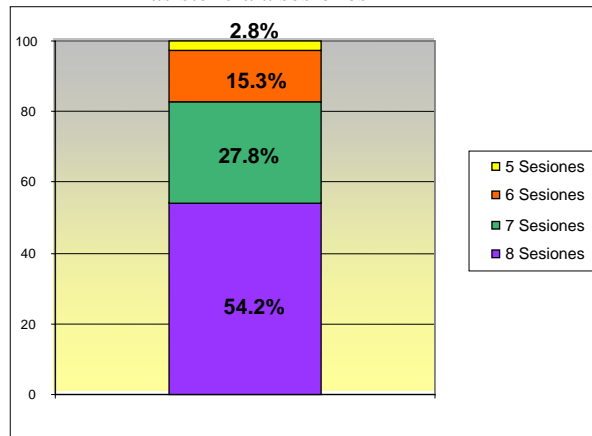
En cuanto a la asistencia a las sesiones (véase tabla 17.30), el 54.2% del **total de los participantes** del grupo de tratamiento asistió a las ocho sesiones, un 27.8% a siete sesiones, un 15.3% a seis y únicamente un 2.8% a cinco sesiones. En el grupo de *mujeres españolas*, más de la mitad (54.3%) asistió a la totalidad de las sesiones, un 25.8% a siete, un 17.1% a seis y únicamente un 2.8% a cinco sesiones. En el grupo de *mujeres inmigrantes*, un 30% acudió a las ocho sesiones de tratamiento, un 40% a siete, un 20% a seis y un 10% a cinco sesiones. En el grupo de *mujeres mexicanas*, la mayoría (63%) asistió a las ocho sesiones de tratamiento, un 25.9% a siete sesiones y un 11.1% a seis sesiones. Ninguna de las mujeres asistió a menos de seis sesiones.

**Tabla 17.30.** Frecuencia de asistencia a sesiones en el grupo total de tratamiento y en el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.

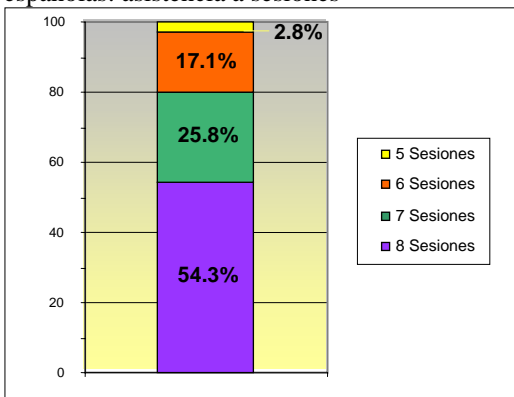
ASISTENCIA A SESIONES	GRUPO TRATAMIENTO TOTAL (N=72)		MUESTRA ESPAÑOLA (N=35)		MUESTRA INMIGRANTE (N=10)		MUESTRA MEXICANA (N=27)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	• 8 sesiones	39	54.2	19	54.3	3	30	17
• 7 sesiones	20	27.8	9	25.8	4	40	7	25.9
• 6 sesiones	11	15.3	6	17.1	2	20	3	11.1
• 5 sesiones	2	2.8	1	2.8	1	10	0	0
• Menos de 5 sesiones	0	0	0	0	0	0	0	0

A continuación, se presentan los resultados de la asistencia a sesiones de manera gráfica.

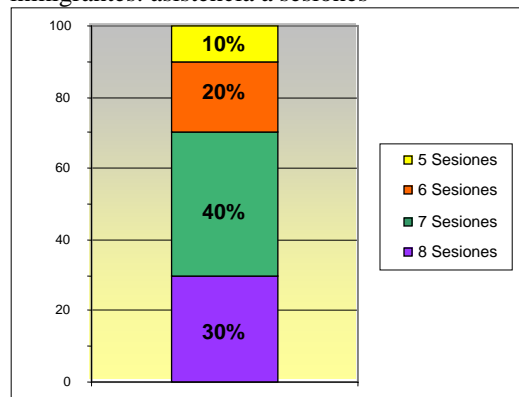
**Figura 17.159.** Distribución del grupo de tratamiento total:  
asistencia a sesiones



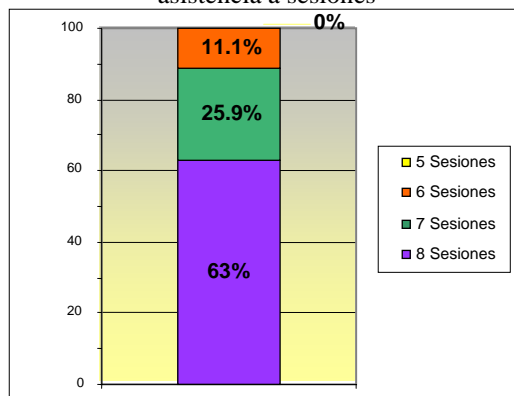
**Figura 17.160.** Distribución de las mujeres españolas:  
asistencia a sesiones



**Figura 17.161.** Distribución de las mujeres inmigrantes:  
asistencia a sesiones



**Figura 17.162.** Distribución de las mujeres mexicanas:  
asistencia a sesiones



El análisis de homogeneidad de grupos muestra que las diferencias entre ellos en asistencia a las sesiones no son estadísticamente significativas, tal y como se desprende de la siguiente tabla.

**Tabla 17.31.** ANOVA de un factor (F) intergrupos: mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas. Asistencia a sesiones.

VARIABLES	F (2,69)	SIGNIFICACIÓN*
• Asistencia a sesiones	1.74	N.S

\*Nivel de significación: p< .05  
N.S: No significativo

### 17.2.1.3 Cumplimiento de tareas

Para medir esta variable se ha calculado el porcentaje de tareas realizadas por las participantes del total de tareas asignadas para casa. El número total de tareas asignadas ha sido de 15 y su cumplimiento ha sido registrado a lo largo del tratamiento al final de cada sesión.

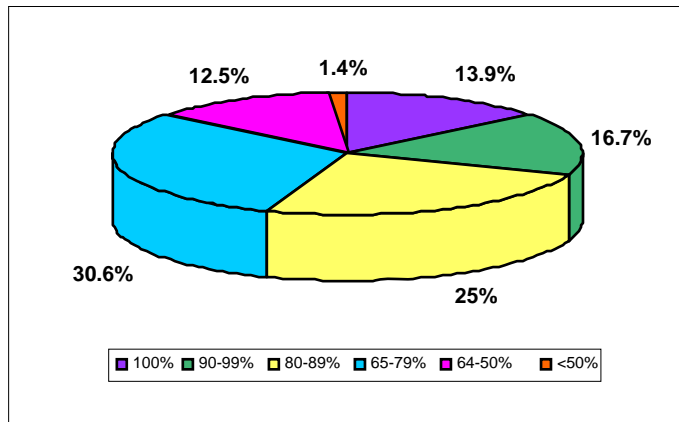
**Tabla 17.32.** Frecuencia en el cumplimiento de tareas en el grupo total de tratamiento y en el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.

	CUMPLIMIENTO DE TAREAS											
	100%		90%-99%		80%-89%		65%-79%		64%- 50%		< 50%	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>GRUPO TOTAL (N=72)</b>	10	13.9	12	16.7	18	25	22	30.6	9	12.5	1	1.4
MUESTRA ESPAÑOLA (N=35)	7	20	4	11.4	9	25.7	12	34.3	2	5.7	1	2.9
MUESTRA INMIGRANTE (N=10)	1	10	5	50	0	0	3	30	1	10	0	0
MUESTRA MEXICANA (N=27)	2	7.4	3	11.1	9	33.2	7	25.8	6	22.5	0	0

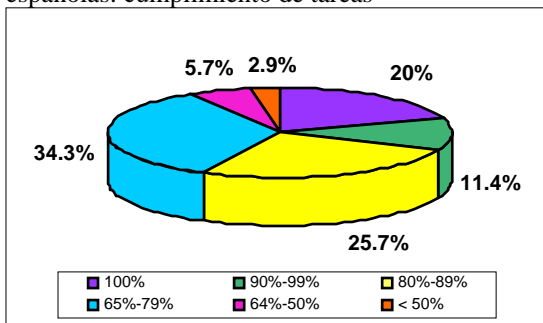
En el **grupo total** de participantes, un 13.9% llevó a cabo el 100% de las tareas asignadas para casa, un 16.7% de las mujeres realizó entre el 90% y el 99% de ellas, un 25% entre el 80% y el 89%, un 30.6% entre el 65% y el 79%, un 12.5% entre el 64% y el 50% y únicamente un 1.4% cumplió menos del 50% de las tareas. En el grupo de *mujeres españolas*, un 20% realizó el total de las tareas asignadas, un 11.4% entre el 99% y el 90% de ellas, un 25.7% entre un 80% y un 89%, un 34.3% entre el 65% y el 79%, un 5.7% entre el 64% y el 50% y únicamente un 2.9% menos del 50% de las tareas. En el grupo de *mujeres inmigrantes*, sólo un 10% de las participantes cumplió con la totalidad de las tareas; la mitad de ellas llevó a cabo entre el 90% y el 99%, un 30% de las mujeres entre el 65% y el 79% y un 10% entre el 64% y el 50% de las tareas. Ninguna mujer de este grupo realizó menos del 50% de las tareas encomendadas. En el grupo de *mujeres mexicanas*, un 7.4% llevó a cabo la totalidad de las tareas, un 11.1% entre el 90% y el 99% de ellas, un 33.2% entre el 80% y el 89%, un 25.8% entre el 65% y el 79% y un 22.5% entre el 64% y el 50%. Al igual que las mujeres inmigrantes, ninguna de las mujeres mexicanas realizó menos del 50% de las tareas asignadas para casa.

A continuación se presentan los resultados del cumplimiento de tareas de manera gráfica.

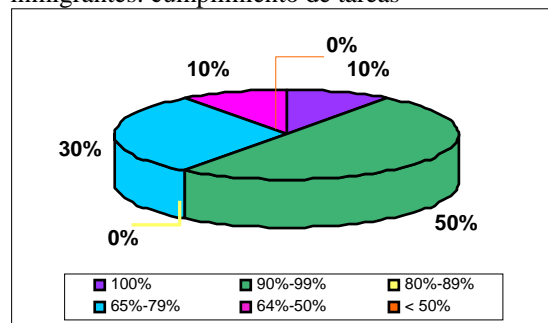
**Figura 17.163.** Distribución del grupo total de tratamiento: cumplimiento de tareas



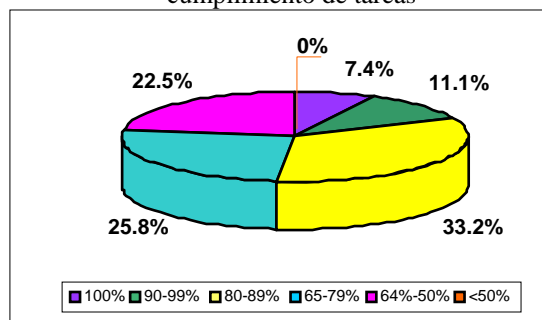
**Figura 17.164.** Distribución de las mujeres españolas: cumplimiento de tareas



**Figura 17.165.** Distribución de las mujeres inmigrantes: cumplimiento de tareas



**Figura 17.166.** Distribución de las mujeres mexicanas: cumplimiento de tareas



El análisis de la homogeneidad de los grupos muestra que las diferencias entre ellos en el cumplimiento de tareas no son estadísticamente significativas, tal y como se desprende de la siguiente tabla.

**Tabla 17.33.** ANOVA de un factor (F) intergrupos: mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas. Cumplimiento de tareas.

VARIABLES	F (2,69)	SIGNIFICACIÓN*
• Cumplimiento de tareas	.46	N.S

\*Nivel de significación: p< .05  
N.S: No significativo

### 17.2.2 SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO

En la última sesión de terapia se solicitó a las participantes que realizaran una evaluación cuantitativa y cualitativa del grado de satisfacción con el tratamiento.

Para la evaluación cuantitativa se aplicó el Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento de Larsen et al. (1979) (ver anexo I), que mide esta variable mediante ocho ítems formulados en una escala tipo *Likert* (de 1 a 4 puntos), siendo mayor el grado de satisfacción cuanto mayor es la puntuación alcanzada (hasta un máximo de 32 puntos). La tabla 17.34 muestra las medias y desviaciones típicas de cada uno de los ítems del cuestionario para el grupo total de tratamiento y para cada grupo de participantes.

**Tabla 17.34.** Medias y desviaciones típicas del Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento en el grupo total y en el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.

Ítems	GRUPO TOTAL TTO.		MUESTRA ESPAÑOLA		MUESTRA INMIGRANTE		MUESTRA MEXICANA	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
1- Calidad del servicio	3.76	.42	3.74	.44	3.9	.31	3.74	.44
2- Satisfacción de expectativas	3.64	.48	3.54	.5	3.6	.51	3.78	.42
3- Grado de satisfacción de necesidades	3.54	.55	3.43	.6	3.5	.52	3.7	.46
4- Recomendación a otra persona	3.93	.25	3.91	.28	3.9	.31	3.96	.19
5- Satisfacción con la ayuda recibida	3.69	.49	3.69	.47	3.6	.52	3.74	.52
6- Eficacia de lo aprendido	3.63	.51	3.57	.56	3.6	.51	3.7	.46
7- Satisfacción general con el tratamiento	3.76	.42	3.74	.44	4	0	3.7	.46
8- Volvería a participar	3.92	.28	3.86	.35	3.9	.31	4	.
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	<b>29.76</b>	<b>2.3</b>	<b>29.26</b>	<b>2.76</b>	<b>30</b>	<b>2.1</b>	<b>30.33</b>	<b>1.59</b>

Tal y como se desprende de los resultados, las puntuaciones medias del grupo total de tratamiento y de cada uno de los grupos de mujeres se sitúan entre los 3 y 4 puntos, lo que indica que las participantes de este estudio están muy satisfechas con la ayuda recibida.

El análisis de homogeneidad muestra que las diferencias intergrupos en la puntuación total en el Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento no son estadísticamente significativas, tal y como se desprende de la siguiente tabla.



**Tabla 17.35.** Anova de un factor (F): mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas: Satisfacción con el tratamiento. Puntuación total.

VARIABLES	F (2,69)	SIGNIFICACIÓN*
* Satisfacción con el tratamiento: Puntuación total	1.76	N.S

\*Nivel de significación:  $p < .05$  N.S: No significativo

### 17.2.3 VALORACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL PROGRAMA

En la última sesión se preguntó a las participantes qué era lo que más les había ayudado de todo lo trabajado en las sesiones. A continuación, se muestran gráficamente las respuestas dadas por el total de las participantes, al no haber diferencias entre los grupos. Las respuestas que han sido recogidas son aquellas que las mujeres señalaron como primera opción.

Un 38% de las participantes refirió ser la respiración lo que más le había ayudado, un 7%, la parada de pensamiento, un 14% las técnicas para la mejora de la autoestima, un 12% la reestructuración cognitiva, un 11% la psicoeducación y un 18% la comprensión, el apoyo y la oportunidad de desahogo que le había brindado el grupo. La siguiente figura representa gráficamente los resultados.

**Figura 17.167.** Valoración de las participantes de los componentes del programa



### 17.2.4. EVALUACIÓN DE LAS PARTICIPANTES DEL CAMBIO PERCIBIDO

Con el objeto de determinar cómo perciben las participantes, desde una perspectiva global, su propia evolución a lo largo del tratamiento, se ha aplicado la Escala de Cambio Percibido (Echeburúa y Corral, 1988). En esta escala, administrada al final de cada sesión, excepto en las dos primeras sesiones en las que no se aplicó, cada participante debía señalar cómo se sentía en general desde la última sesión. Las puntuaciones en esta escala oscilan de 0 a 7; en concreto, las puntuaciones 1 a 3 hacen referencia a una percepción negativa del cambio (1= “mucho peor”, 2= “bastante peor” y 3= “algo peor”), la puntuación 4 a la no percepción de cambio (4= “igual”) y las puntuaciones 5 a 7 a una percepción positiva del cambio (5= “algo mejor”, 6= “bastante mejor” y 7= “mucho mejor”). A continuación, se muestran las

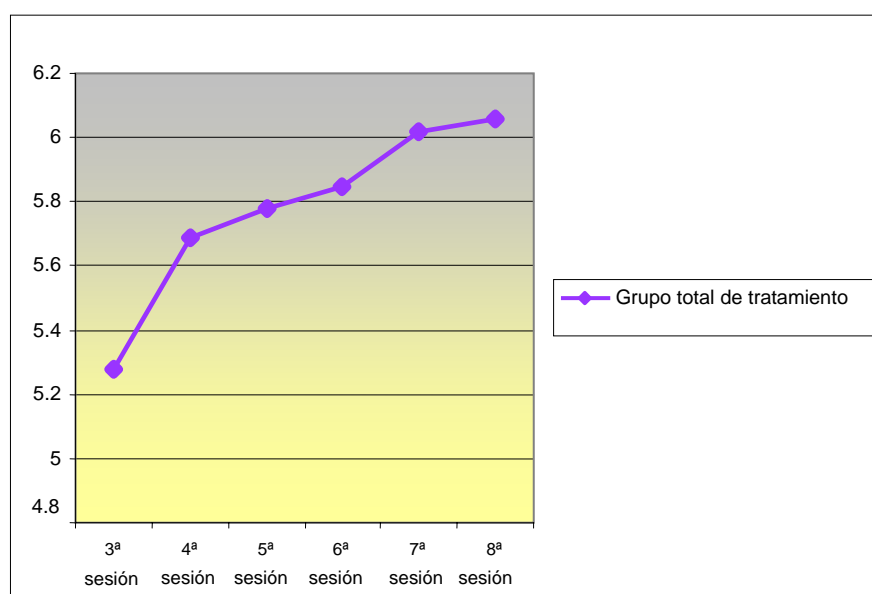
puntuaciones medias y desviaciones típicas del cambio percibido en el grupo total de tratamiento y en cada uno de los grupos de mujeres.

**Tabla 17.36.** Medias y desviaciones típicas de la Escala de Cambio Percibido para las sesiones 3-8, en el grupo total de tratamiento y en el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.

	3 <sup>a</sup> SESIÓN	4 <sup>a</sup> SESIÓN	5 <sup>a</sup> SESIÓN	6 <sup>a</sup> SESIÓN	7 <sup>a</sup> SESIÓN	8 <sup>a</sup> SESIÓN
<b>GRUPO TTO.TOTAL</b> (N=72)	5.28 (.67)	5.69 (.69)	5.78 (.91)	5.85 (1.07)	6.02 (.96)	6.06 (.95)
MUESTRA ESPAÑOLA (N=35)	5.38 (.6)	5.77 (.71)	5.82 (.98)	5.66 (1.97)	5.84 (1.03)	5.83 (1.12)
MUESTRA INMIGRANTE (N=10)	5 (.7)	5.78 (.78)	6 (.92)	5.5 (1.6)	6 (1.05)	6.3 (.82)
MUESTRA MEXICANA (N=27)	5.25 (.73)	5.55 (.51)	5.65 (.84)	6.19 (.74)	6.24 (.83)	6.26 (.85)

Puesto que todas las puntuaciones se aproximan o sitúan por encima de 5, las participantes perciben un cambio a lo largo del tratamiento que es experimentado de manera positiva. Las siguientes figuras (figura 17.168 y figura 17.169) permiten ver la evolución en la percepción de su propio cambio en el grupo total de tratamiento y en cada uno de los grupos de mujeres a lo largo de las sesiones.

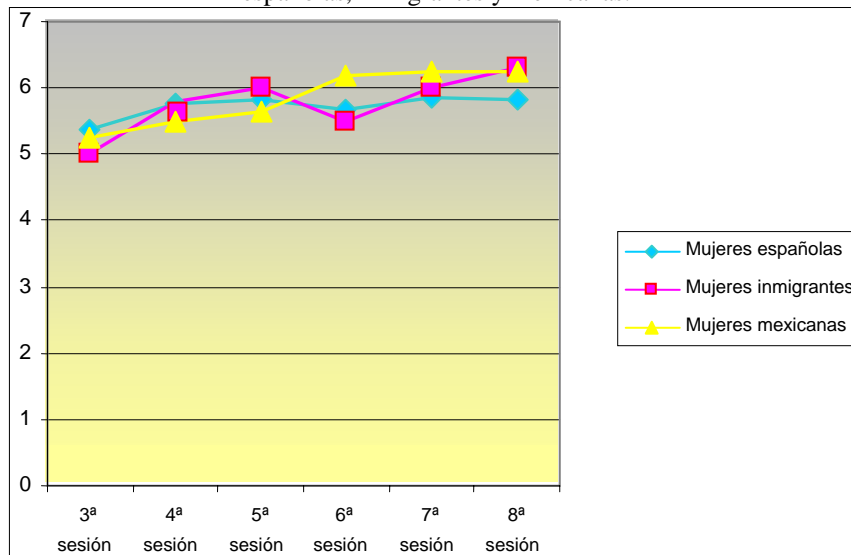
**Figura 17.168.** Cambio percibido sesión a sesión por el grupo total de tratamiento



Concretamente, en la evaluación del cambio percibido al final de la tercera sesión, el 40.3% del **total de las participantes** respondió sentirse bastante mejor, en la cuarta sesión un 9.7% se encontraba mucho mejor y un 53.2% bastante mejor. En la quinta sesión un 20.9% consideraba que estaba mucho mejor, un 43.3% bastante mejor, un 31.3% algo mejor y el resto igual (3%) o algo peor (1.5%). En la sexta sesión un 24.2% afirmó sentirse mucho mejor, la mitad de las mujeres (51.5%) bastante mejor y el resto algo mejor (16.7%), igual (6%) o algo

peor (1.5%) respecto a la sesión anterior. En la séptima sesión el 33.3% de ellas refirió estar mucho mejor, el 43.9% bastante mejor, el 16.7% algo mejor y únicamente un 4.5% y 1.5%, respectivamente, sentirse igual o algo peor. En la última sesión el 37.5% de las mujeres consideraba sentirse mucho mejor, el 40.3% bastante mejor, el 16.7% algo mejor y únicamente un 5.5% se sentía igual.

**Figura 17.169.** Cambio percibido sesión a sesión por las participantes españolas, inmigrantes y mexicanas.



En el grupo de *mujeres españolas*, el 94.1% refirió haber experimentado un cambio positivo en la tercera sesión respecto a la sesión anterior, contestando el 44.1% sentirse bastante mejor y el 50% algo mejor. En la cuarta sesión un 12.9% refirió estar mucho mejor, un 55% bastante mejor y un 29.1% algo mejor. Únicamente un 2.9% de las mujeres señaló sentirse igual. En la quinta sesión un 21.2% se sintió mucho mejor, un 48.5% bastante mejor y un 27.3% algo mejor. Un 2.9% de las mujeres señaló estar algo peor respecto a la sesión anterior. En la sexta sesión el 62.5% de las participantes consideraba sentirse bastante mejor y un 12.5% mucho mejor. El resto de las mujeres refirió estar algo mejor (12.5%), igual (6.3%) o algo peor (6.3%) en relación a la sesión anterior. En la séptima sesión un 23.2% se sentía mucho mejor, la mitad (52.2%) bastante mejor, un 19% algo mejor, un 2.9% igual y un 2.9% algo peor. En la octava y última sesión un 25.7% de las mujeres españolas se sintió mucho mejor, un 48.5% bastante mejor, un 17.1% algo mejor, únicamente un 5.8% refirió sentirse igual y un 2.9% algo peor.

En el grupo de *mujeres inmigrantes*, el 77% de las participantes afirmó haber experimentado un cambio positivo en la tercera sesión respecto a la sesión anterior, contestando un 22% sentirse bastante mejor y el 55% algo mejor. En la cuarta sesión un 22% señaló estar mucho mejor, un 44% bastante mejor y un 22% algo mejor. En la quinta sesión el 100% de las participantes que acude a sesión percibió un cambio positivo, concretamente un 37.5% señaló estar mucho mejor, un 25% bastante mejor y un 37.5% algo mejor. En la sexta sesión es el

37.5% de las participantes el que refirió sentirse bastante mejor y un 25% mucho mejor. Únicamente dos mujeres percibieron un empeoramiento respecto a la sesión anterior. En la séptima sesión un 40% consideraba estar mucho mejor, un 30% bastante mejor, un 20% algo mejor y un 10% igual. En la octava sesión el 50% de estas mujeres se sentía mucho mejor, un 30% bastante mejor y el 20% restante algo mejor.

En el grupo de *mujeres mexicanas*, el 83.4% de las participantes señaló haber experimentado un cambio positivo en la tercera sesión respecto a la sesión anterior, contestando un 41.7% sentirse bastante mejor y otro 41.7% algo mejor. En la cuarta sesión el 54.5% afirmó estar bastante mejor y un 45.5% algo mejor. En la quinta sesión un 15.4% se sintió mucho mejor, un 42.3% bastante mejor, un 34.6% algo mejor y un 7.7% igual. En la sexta sesión, el 100% de las participantes que acude a sesión experimentó un cambio positivo, concretamente un 38.5% se sintió mucho mejor, un 42.3% bastante mejor y un 19.2% algo mejor. En la séptima sesión un 44% señaló estar mucho mejor, un 40% bastante mejor, un 12% algo mejor y únicamente un 4% igual. En la octava sesión el 48.1% de estas mujeres se sentía mucho mejor, un 33.3% bastante mejor, un 14.8% algo mejor y únicamente un 3.7% igual.

El análisis de la homogeneidad de los grupos muestra que las diferencias entre ellos en el cambio percibido no son estadísticamente significativas, tal y como se desprende de la siguiente tabla.

**Tabla 17.37.** Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) intergrupos: Mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas. Cambio percibido.

VARIABLES	$\chi^2$ (gl, N)	SIGNIFICACIÓN*
• Tercera sesión	3.49 (4,72)	N.S
• Cuarta sesión	7.96 (6,72)	N.S
• Quinta sesión	6.8 (8,72)	N.S
• Sexta sesión	12.58 (10,72)	N.S
• Séptima sesión	5.45 (8,72)	N.S
• Octava sesión	6.31 (10,72)	N.S

\*Nivel de significación:  $p < .05$

N.S: No significativo

## 17.2.5 RESULTADOS DE LA EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN

### 17.2.5.1 Trastorno de estrés postraumático: Cambios pretratamiento-postratamiento

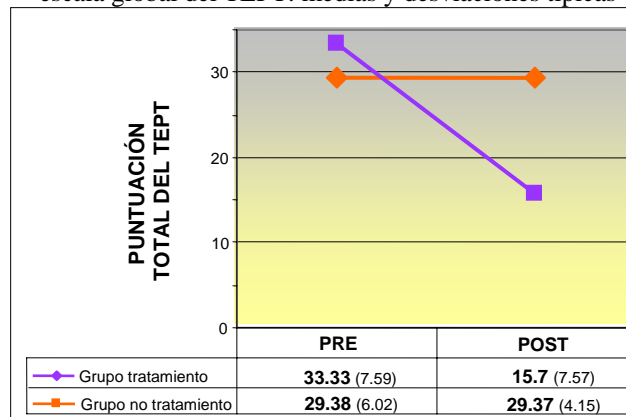
#### ■ Puntuación total en la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT

##### • *Comparación grupo total de tratamiento-grupo de no tratamiento*

Para el estudio del cambio experimentado en la puntuación total del TEPT, se llevó a cabo un análisis de varianza de medidas repetidas, que asume un *factor inter-grupo* (tipo de grupo) con dos niveles (1- grupo total de tratamiento y 2- grupo de no tratamiento) y un *factor intra-sujeto* (tiempo) con dos niveles (pretratamiento y postratamiento).

Los resultados del ANOVA (véase tabla 17.38) revelan un efecto significativo del factor tiempo [ $F_{(1,86)} = 112.59, p < 0.001$ ] y tipo de grupo [ $F_{(1,86)} = 6.95, p < 0.05$ ] en la puntuación total del TEPT, que estaría matizado por un efecto significativo de la interacción tipo de grupo\*tiempo [ $F_{(1,86)} = 112.59, p < 0.001$ ]. La figura 17.170 representa gráficamente el efecto de la interacción tipo de grupo\* tiempo en la puntuación total del TEPT.

**Figura 17.170.** Efecto de la interacción tipo de grupo\*tiempo (pre-post). Puntuación total en la escala global del TEPT: medias y desviaciones típicas



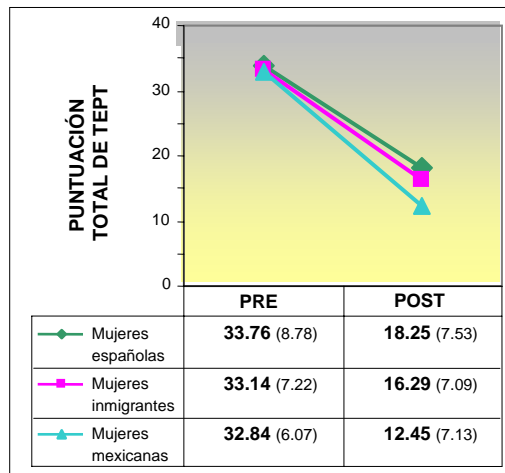
Para desentrañar el significado del efecto de la interacción tipo de grupo\*tiempo se ha realizado un ANOVA de medidas repetidas en cada uno de los grupos (véase tabla 17.39). En el **grupo de no tratamiento** no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total del TEPT entre el pretratamiento y el postratamiento [ $F_{(1,15)} = .001, p > 0.05$ ], de lo que se constata que con el paso de un periodo de tiempo similar al de la intervención psicológica no remite la sintomatología postraumática. Tal y como cabría esperar, en el **grupo total de tratamiento** los resultados del ANOVA revelan diferencias estadísticamente significativas [ $F_{(1,71)} = 530.23, p < 0.001$ ], que indican una marcada reducción de la puntuación total del TEPT al postratamiento. El tratamiento se ha mostrado eficaz para reducir de forma significativa la sintomatología del TEPT.

• **Grupo total de tratamiento: Comparación grupo de mujeres españolas, grupo de mujeres inmigrantes y grupo de mujeres mexicanas**

Asimismo, se ha explorado si existen diferencias intergrupos estadísticamente significativas en el cambio experimentado entre el pre y el postratamiento en la puntuación total del TEPT. Para ello se ha realizado un ANCOVA que sume un *factor inter-grupo* (nacionalidad) con tres niveles, española, mixta (mujeres inmigrantes) y mexicana y un *factor intra-sujeto* (tiempo) con dos niveles (pretratamiento y postratamiento). Para controlar el efecto de aquellas variables que resultaron significativas en el análisis de homogeneidad de grupos, esto es, dependencia económica de la víctima respecto al agresor, apoyo social en la actualidad e historia previa de violencia doméstica, se introdujeron como covariables en el ANCOVA. Se han llevado a cabo, también, ANOVAs de medidas repetidas en cada grupo de mujeres para analizar el cambio experimentado entre el pre y el postratamiento en la puntuación total del TEPT.

Los resultados del ANCOVA (véase tabla 17.40) revelan un efecto significativo de la interacción nacionalidad\*tiempo [ $F_{(2,66)} = 5.64, p < 0.05$ ]. Asimismo, resultó significativo el efecto de la covariable historia previa de violencia doméstica [ $F_{(1,66)} = 5.5, p < 0.05$ ]. Los ANOVAs realizados en cada grupo (véase tabla 17.41) muestran diferencias significativas entre el pre y el postratamiento en la puntuación total del TEPT, tanto en el **grupo de mujeres españolas** [ $F_{(1,34)} = 303.55, p < 0.001$ ], como en el de **mujeres inmigrantes** [ $F_{(1,9)} = 66.42, p < 0.001$ ] y **mexicanas** [ $F_{(1,26)} = 276.52, p < 0.001$ ]. Por tanto, aunque los tres grupos muestran una marcada reducción de la puntuación total del TEPT al postratamiento, parece haber diferencias significativas entre ellos. Para desentrañar el efecto de la interacción nacionalidad\*tiempo se ha llevado a cabo un análisis de comparaciones múltiples *post-hoc* (se ha corregido el supuesto de Bonferroni), que muestra que en el pretratamiento no aparecen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en la puntuación total del TEPT ( $p > 0.05$ ). Sí aparecen diferencias intergrupos al postratamiento ( $p < 0.05$ ), que indican una mayor reducción de la sintomatología global del TEPT en las mujeres mexicanas en comparación con las mujeres españolas. La siguiente figura representa gráficamente el efecto de la interacción nacionalidad\*tiempo en la puntuación total de la escala global del TEPT para cada uno de los grupos.

**Figura 17.171.** Efecto de la interacción nacionalidad\* tiempo (pre-post). Puntuación total en la escala global del TEPT: medias marginales estimadas y desviaciones típicas



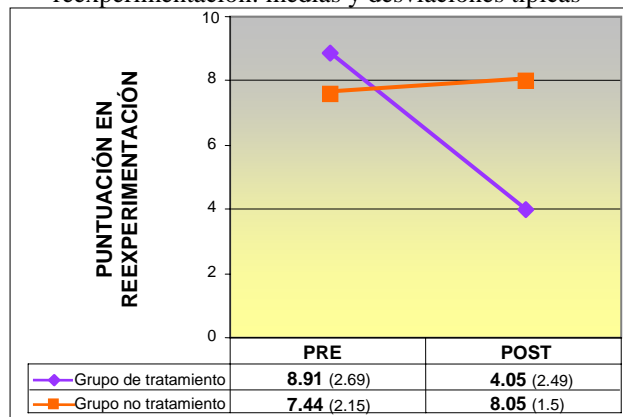
**■ Puntuación en las subescalas: reexperimentación, evitación e hiperactivación**

• *Comparación grupo total de tratamiento-grupo de no tratamiento*

Para el estudio del cambio experimentado en las puntuaciones de las subescalas del TEPT se llevó a cabo un ANOVA que asume un *factor inter-grupo* (tipo de grupo) con dos niveles (1- grupo total de tratamiento y 2- grupo de no tratamiento) y un *factor intra-sujeto* (tiempo) con dos niveles (pretratamiento y postratamiento).

**Reexperimentación:** Los resultados del ANOVA (véase tabla 17.38) revelan un efecto significativo del factor tiempo [ $F(1,86) = 46.71, p < 0.001$ ] y tipo de grupo [ $F(1,86) = 3.91, p < 0.05$ ] en la puntuación en la subescala de reexperimentación, que estaría matizado por un efecto significativo de la interacción tipo de grupo\*tiempo [ $F(1,86) = 74.17, p < 0.001$ ]. La figura 17.172 representa gráficamente el efecto de la interacción tipo de grupo\*tiempo en la puntuación en la subescala de reexperimentación.

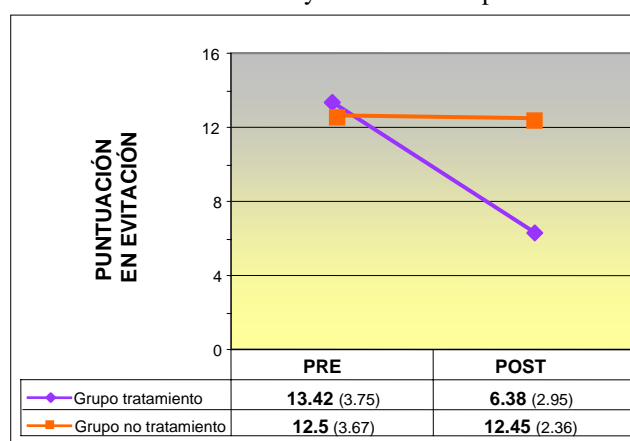
**Figura 17.172.** Efecto de la interacción tipo de grupo\*tiempo (pre-post). Puntuación en reexperimentación: medias y desviaciones típicas



Como ya se ha señalado anteriormente (véase apartado 17.1.6.1), se han encontrado diferencias intergrupos en la puntuación en reexperimentación en el pretratamiento ( $p < 0.05$ ), que indicaban que ésta era significativamente mayor en el grupo de tratamiento en comparación con el grupo de no tratamiento. Al postratamiento nuevamente aparecen diferencias entre los grupos ( $p < 0.001$ ), siendo en este caso, la puntuación media significativamente menor en el grupo de tratamiento en comparación con el de no tratamiento. Para aclarar estos resultados se ha llevado a cabo un ANOVA de un factor, que tiene como variable dependiente la diferencia en la puntuación en reexperimentación entre el pre y el postratamiento en cada uno de los grupos y como factor el tipo de grupo. Al no cumplirse el supuesto de homocedasticidad se ha utilizado el estadístico de Brown-Forsythe, que muestra diferencias estadísticas entre los grupos [Brown-Forsythe  $(1,39) = 149.2$ ,  $p < 0.001$ ] en el cambio experimentado entre el pre y el postratamiento. Los ANOVAs de medidas repetidas realizados en cada uno de ellos (véase tabla 17.39) muestran nuevamente estos resultados. Mientras que en el **grupo de no tratamiento** no hay diferencias estadísticamente significativas entre el pretratamiento y el postratamiento en la subescala de reexperimentación [ $F(1,15) = 2.71$ ,  $p > 0.05$ ], en el **grupo de tratamiento** sí aparecen diferencias [ $F(1,71) = 288.73$ ,  $p < 0.001$ ], que indican una marcada reducción de la puntuación en reexperimentación al postratamiento.

**Evitación:** Los resultados del ANOVA revelan un efecto significativo del factor tiempo [ $F(1,86) = 55.34$ ,  $p < 0.001$ ] y tipo de grupo [ $F(1,86) = 10.34$ ,  $p < 0.05$ ] en la puntuación en la subescala de evitación, que nuevamente queda matizado por un efecto significativo de la interacción tipo de grupo\*tiempo [ $F(1,86) = 51.53$ ,  $p < 0.001$ ]. La figura 17.173 representa gráficamente el efecto de la interacción tipo de grupo\*tiempo en la subescala de evitación.

**Figura 17.173.** Efecto de la interacción tipo de grupo\*tiempo (pre-post). Puntuación en evitación: medias y desviaciones típicas



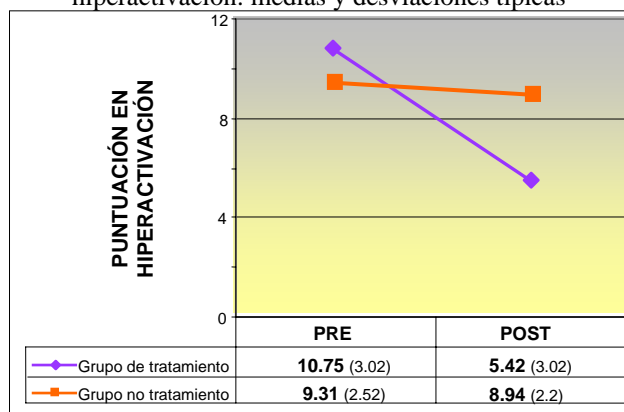
Para interpretar el significado de la interacción, se ha realizado un ANOVA de medidas repetidas en cada uno de los grupos por separado. Los resultados (véase tabla 17.39) revelan que en el **grupo de no tratamiento** no hay diferencias estadísticamente significativas entre el



pretratamiento y el postratamiento en la subescala de evitación [ $F_{(1,15)} = .63, p > 0.05$ ]. Por el contrario, tal y como cabría esperar, las diferencias encontradas en el **grupo total de tratamiento** indican una reducción estadísticamente significativa en la subescala de evitación al postratamiento [ $F_{(1,71)} = 257.4, p < 0.001$ ].

**Hiperactivación:** Los resultados del ANOVA revelan un efecto significativo del factor tiempo [ $F_{(1,86)} = 54.85, p < 0.001$ ] y de la interacción tipo de grupo\*tiempo [ $F_{(1,86)} = 41.41, p < 0.001$ ] en la subescala de hiperactivación. La figura 17.174 representa gráficamente el efecto de la interacción en la subescala de hiperactivación.

**Figura 17.174.** Efecto de la interacción tipo de grupo\*tiempo (pre-post). Puntuación en hiperactivación: medias y desviaciones típicas



Los resultados de los ANOVAs realizados en cada grupo (véase tabla 17.39) muestran que en el **grupo de no tratamiento** no hay diferencias estadísticamente significativas en la subescala de hiperactivación entre el pre y el postratamiento [ $F_{(1,15)} = .058, p > 0.05$ ]. Por el contrario, en el **grupo de tratamiento** aparecen diferencias estadísticamente significativas [ $F_{(1,71)} = 237.93, p < 0.001$ ], que indicarían una marcada reducción de esta sintomatología al postratamiento.

**• Grupo total de tratamiento: comparación grupo de mujeres españolas, grupo de mujeres inmigrantes y grupo de mujeres mexicanas**

Se ha explorado si existen diferencias intergrupos estadísticamente significativas en el cambio experimentado entre el pre y el postratamiento en cada una de las subescalas del TEPT. Para ello se ha realizado un ANCOVA en cada una de ellas, que asume un *factor inter-grupo* (nacionalidad), con tres niveles, española, mixta (mujeres inmigrantes) y mexicana y un *factor intra-sujeto* (tiempo), con dos niveles (pretratamiento y postratamiento). Se ha controlado el efecto de las variables dependencia económica de la víctima respecto al agresor, apoyo social en la actualidad e historia previa de violencia doméstica. Además, se ha llevado a cabo un ANOVA para cada uno de los tres grupos en cada una de las subescalas del TEPT y análisis de comparaciones múltiples para desentrañar el efecto de la interacción nacionalidad\*tiempo,

cuando éste resultara significativo. Los resultados pueden consultarse en las tablas 17.40 y 17.41.

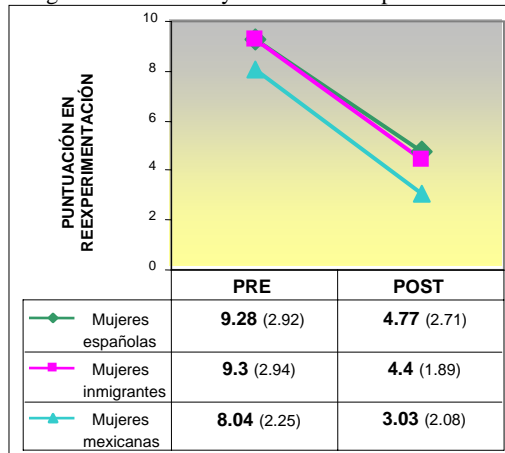
**Reexperimentación:** Los resultados del ANCOVA revelan que el efecto de la interacción nacionalidad\*tiempo no es estadísticamente significativo [ $F_{(2,66)} = .41, p > 0.05$ ]. Si bien, los resultados de los ANOVAs realizados para cada grupo muestran una marcada reducción de la sintomatología de reexperimentación al postratamiento, tanto en el grupo de mujeres españolas [ $F_{(1,34)} = 160.87, p < 0.001$ ], como en el de inmigrantes [ $F_{(1,9)} = 32.3, p < 0.001$ ] y mexicanas [ $F_{(1,26)} = 104.2, p < 0.001$ ], no se han encontrado diferencias entre ellos en función de la nacionalidad.

**Evitación:** Los resultados del ANCOVA muestran que el efecto de la interacción nacionalidad\*tiempo no es estadísticamente significativo [ $F_{(2,66)} = 2.78, p > 0.05$ ]. Los ANOVAs revelan diferencias estadísticamente significativas en evitación entre el pre y el postratamiento en las mujeres españolas [ $F_{(1,34)} = 150.04, p < 0.001$ ], inmigrantes [ $F_{(1,9)} = 27.45, p < 0.05$ ] y mexicanas [ $F_{(1,26)} = 123.78, p < 0.001$ ]. Por tanto, todos los grupos han mostrado una marcada reducción en la sintomatología de evitación al postratamiento, sin que se encontraran diferencias entre ellos.

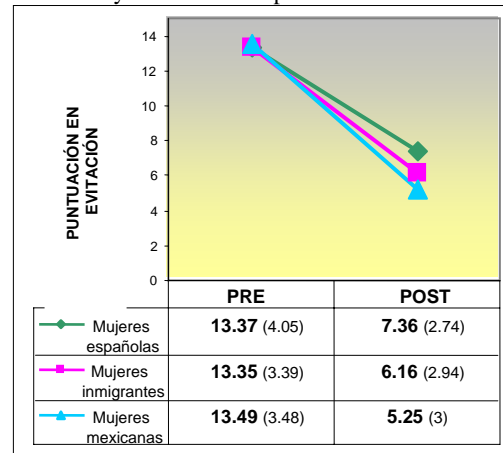
**Hiperactivación:** Los resultados del ANCOVA revelan un efecto significativo de la interacción nacionalidad\*tiempo en la subescala de hiperactivación [ $F_{(2,66)} = 4.91, p < 0.05$ ]. Los resultados de los ANOVAs muestran diferencias estadísticamente significativas en hiperactivación entre el pre y el postratamiento en el grupo de mujeres españolas [ $F_{(1,34)} = 102.43, p < 0.001$ ], inmigrantes [ $F_{(1,9)} = 39.19, p < 0.001$ ] y mexicanas [ $F_{(1,26)} = 129.94, p < 0.001$ ], que indicarían una marcada reducción de esta sintomatología al postratamiento. El análisis de comparaciones múltiples *post-hoc* (se ha corregido el supuesto de Bonferroni) muestra que en el pretratamiento no aparecen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en la puntuación en hiperactivación. Sí aparecen diferencias al postratamiento, en concreto, entre el grupo de mujeres mexicanas y españolas ( $p < 0.05$ ), que estarían indicando una mayor reducción de la puntuación en hiperactivación al postratamiento en las primeras en comparación con las segundas.

Las siguientes figuras 17.175, 17.176 y 17.177 representan gráficamente las puntuaciones en las subescalas de reexperimentación y evitación y el efecto de la interacción nacionalidad\*tiempo en la puntuación en la subescala de hiperactivación.

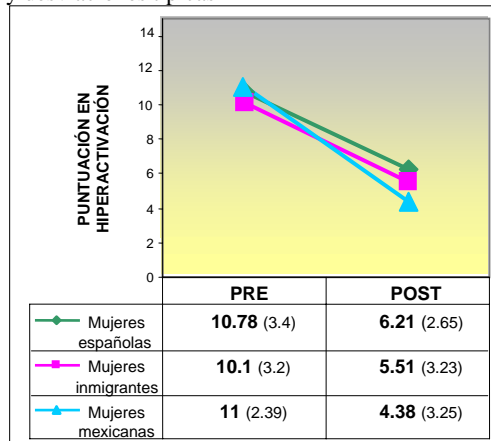
**Figura 17.175.** Comparación pre-post intergrupos. Puntuación subescala de reexperimentación: medias marginales estimadas y desviaciones típicas



**Figura 17.176.** Comparación pre-post intergrupos. Puntuación subescala de evitación: medias marginales estimadas y desviaciones típicas



**Figura 17.177.** Efecto de la interacción nacionalidad\*tiempo. Puntuación subescala de hiperactivación: medias marginales estimadas y desviaciones típicas



**Tabla 17.38.** ANOVAs (tipo de grupo × tiempo pre-post) en cada una de las medidas del TEPT: Puntuación en la escala global, reexperimentación, evitación e hiperactivación.

VARIABLE / FUENTE DE VARIANZA	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	TAMAÑO DEL EFECTO	POTENCIA	
<b>ESCALA GLOBAL DEL TEPT</b>	Tipo de grupo	F (1,86) = 6.95	p < 0.05	.27	.741
	Tiempo (pre-post)	F (1,86) = 112.59	p < 0.001	.74	1.000
	Tipo de grupo*tiempo	F (1,86) = 112.59	p < 0.001	.74	1.000
<b>REEXPERIMENT.</b>	Tipo de grupo	F (1,86) = 3.91	p < 0.05	.20	.498
	Tiempo (pre-post)	F (1,86) = 46.71	p < 0.001	.59	1.000
	Tipo de grupo*tiempo	F (1,86) = 74.17	p < 0.001	.68	1.000
<b>EVITACIÓN</b>	Tipo de grupo	F (1,86) = 10.34	p < 0.05	.32	.809
	Tiempo (pre-post)	F (1,86) = 55.34	p < 0.001	.62	.453
	Tipo de grupo*tiempo	F (1,86) = 51.53	p < 0.001	.61	1.000
<b>HIPERACTIVACIÓN</b>	Tipo de grupo	F (1,86) = 2.07	N.S	.15	.296
	Tiempo (pre-post)	F (1,86) = 54.85	p < 0.001	.57	1.000
	Tipo de grupo*tiempo	F (1,86) = 41.41	p < 0.001	.57	1000

\*Nivel de significación: p<0.05  
N.S. No significativo

\*\*Eta: fuerza de la asociación

**Tabla 17.39.** ANOVAs pre-post para el grupo de no tratamiento y grupo total de tratamiento en cada una de las medidas del TEPT: Puntuación en la escala global, reexperimentación, evitación e hiperactivación.

VARIABLE	TIPO DE GRUPO	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	TAMAÑO DEL EFECTO**	POTENCIA
<b>ESCALA GLOBAL DEL TEPT</b>	Grupo no tratamiento	F (1,15) = .001	N.S	.01	.053
	Grupo tratamiento	F (1,71) = 530.23	p < 0.001	.94	1.000
<b>REEXPERIMENT.</b>	Grupo no tratamiento	F (1,15) = 2.71	N.S	.21	.339
	Grupo tratamiento	F (1,71) = 288.73	p < 0.001	.89	1.000
<b>EVITACIÓN</b>	Grupo no tratamiento	F (1,15) = .63	N.S	.06	.056
	Grupo tratamiento	F (1,71) = 257.4	p < 0.001	.88	1000
<b>HIPERACTIVACIÓN</b>	Grupo no tratamiento	F (1,15) = .058	N.S	.19	.111
	Grupo tratamiento	F (1,71) = 237.93	p < 0.001	.87	1000

\*Nivel de significación: p<0.05  
N.S. No significativo

\*\*Eta: fuerza de la asociación

**Tabla 17.40.** ANCOVAs (nacionalidad × tiempo pre-post) en cada una de las medidas del TEPT: Puntuación en la escala global, reexperimentación, evitación e hiperactivación.

VARIABLE/ FUENTE DE VARIANZA		CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	TAMAÑO DEL EFECTO**	POTENCIA
<b>ESCALA GLOBAL DEL TEPT</b>	Nacionalidad	F (2,66) = 2.48	N.S	.26	.482
	Tiempo (pre-post)	F (1,66) = 24.47	p < 0.001	.52	.998
	Nacionalidad*tiempo	F (2,66) = 5.64	p < 0.05	.38	.845
<b>REEXPERIMENT.</b>	Nacionalidad	F (2,66) = 5.44	p < 0.05	.37	.831
	Tiempo (pre-post)	F (1,66) = 9.14	p < 0.05	.34	.846
	Nacionalidad*tiempo	F (2,66) = .41	N.S	.1	.115
<b>EVITACIÓN</b>	Nacionalidad	F (2,66) = 1.21	N.S	.18	.257
	Tiempo (pre-post)	F (1,66) = 8.26	p < 0.05	.33	.808
	Nacionalidad*tiempo	F (2,66) = 2.78	N.S	.27	.531
<b>HIPERACTIVACIÓN</b>	Nacionalidad	F (2,66) = .134	N.S	.19	.280
	Tiempo (pre-post)	F (1,66) = 15.01	p < 0.001	.43	.968
	Nacionalidad*tiempo	F (2,66) = 4.91	p < 0.05	.36	.789

\*Nivel de significación: p<0.05  
N.S. No significativo

\*\*Eta: fuerza de la asociación

**Tabla 17.41.** ANOVAs pre-post para el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en cada una de las medidas del TEPT: Puntuación en la escala global, reexperimentación, evitación e hiperactivación.

VARIABLE	NACIONALIDAD	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	TAMAÑO DEL EFECTO**	POTENCIA
<b>ESCALA GLOBAL DEL TEPT</b>	Mujeres españolas	F (1,34) = 303.55	p < 0.001	.94	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,9) = 66.42	p < 0.001	.93	.988
	Mujeres mexicanas	F (1,26) = 276.52	p < 0.001	.95	1.000
<b>REEXPERIMENT.</b>	Mujeres españolas	F (1,34) = 160.87	p < 0.001	.9	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,9) = 32.3	p < 0.001	.86	.996
	Mujeres mexicanas	F (1,26) = 104.2	p < 0.001	.89	1.000
<b>EVITACIÓN</b>	Mujeres españolas	F (1,34) = 150.04	p < 0.001	.9	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,9) = 27.45	p < 0.05	.75	.816
	Mujeres mexicanas	F (1,26) = 123.78	p < 0.001	.9	1000
<b>HIPERACTIVACIÓN</b>	Mujeres españolas	F (1,34) = 102.43	p < 0.001	.86	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,9) = 39.19	p < 0.001	.9	1.000
	Mujeres mexicanas	F (1,26) = 129.94	p < 0.001	.91	1.000

\*Nivel de significación: p<0.05

\*\*Eta: fuerza de la asociación

### ■ Tamaño del efecto y potencia estadística

Para el cálculo del tamaño del efecto se ha utilizado *eta* (fuerza de la asociación), que adopta valores entre 0 y 1, y su interpretación es equivalente a un coeficiente de correlación. La clasificación que hace Cohen (1988) de los tamaños del efecto para los test de correlaciones en

bajo (0.10), medio (.30) y alto (.50), permite señalar que el tamaño del efecto es alto (valores por encima de .75) en las *comparaciones intrasujeto* para el grupo de tratamiento y para el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas y bajo para el grupo de no tratamiento, en cada una de las medidas de la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT. Asimismo, teniendo en cuenta que la potencia debe ser igual o superior a 0.80 para ser considerada adecuada, se ha encontrado una potencia adecuada para las comparaciones intrasujeto en el grupo de tratamiento y en el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas y baja en el grupo de no tratamiento, que tendría que ver con el tamaño del efecto pequeño y con la ausencia de diferencias significativas entre el pre y el post en las medidas del TEPT en este grupo.

Respecto a las *comparaciones intergrupo*, se ha encontrado una potencia alta en las comparaciones entre el grupo de tratamiento y el de no tratamiento. En las comparaciones entre el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas, la potencia de los resultados ha sido alta en aquellas medidas en las que se han encontrado diferencias intergrupos significativas y baja en aquellas en las que no se han encontrado tales diferencias, esto es, en reexperimentación y evitación. No obstante, esta ausencia de diferencias entre los grupos en algunas medidas parecería más relacionada con el tamaño del efecto bajo o medio-bajo encontrado en las mismas comparaciones, más que con una falta de potencia del contraste para detectarlas.

### ■ **Significación clínica**

La significación clínica ha sido analizada en términos presencia-ausencia de diagnóstico de TEPT y de cada uno de los grupos de síntomas que caracterizan este trastorno. Para el estudio de la significación clínica en términos presencia-ausencia de TEPT se ha tenido en cuenta: A- las participantes del grupo total y de cada uno de los grupos de mujeres que completaron el tratamiento y B- todas las participantes de la muestra total y de cada uno de los grupos que iniciaron el tratamiento, incluyendo los abandonos.

#### **1- Presencia-ausencia de TEPT**

##### ***A• Muestra que completó el tratamiento***

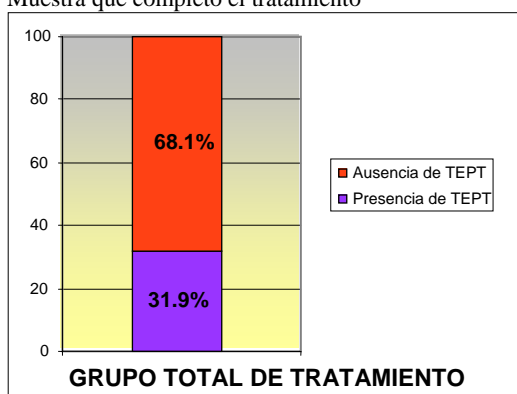
Desde el punto de vista clínico, de las 72 mujeres que completaron el tratamiento grupal, un 31.9% continua cumpliendo criterios para el diagnóstico de TEPT al postratamiento frente a un 68.1% que se recupera de este trastorno. En el *grupo de mujeres españolas* un 54.3% deja de cumplir criterios para el diagnóstico de TEPT al postratamiento, en el *grupo de mujeres inmigrantes* lo hace un 70% y en el de *mujeres mexicanas* un 85.2%. Por tanto, un 45.7% de las mujeres españolas, un 30% de las inmigrantes y únicamente un 14.8% de las mexicanas continúan cumpliendo criterios de TEPT al postratamiento. En la siguiente tabla se presentan los resultados comentados.

**Tabla 17.42.** Distribución del grupo total de tratamiento y de cada uno de los grupos de mujeres según diagnóstico de TEPT al postratamiento. Muestra que completó el tratamiento.

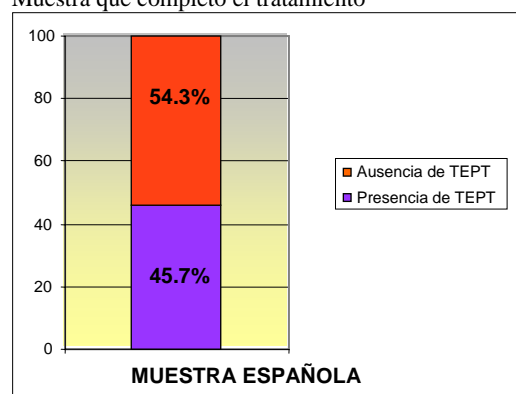
EVALUACIÓN	TIPO DE GRUPO/ GRUPO TOTAL DE TRATAMIENTO	PRESENCIA DE TEPT		AUSENCIA DE TEPT	
		N	%	N	%
POSTRATAMIENTO	ESPAÑOLAS (N=35)	16	45.7	19	54.3
	INMIGRANTES (N=10)	3	30	7	70
	MEXICANAS (N=27)	4	14.8	23	85.2
	<b>GRUPO TOTAL (N=72)</b>	<b>23</b>	<b>31.9</b>	<b>49</b>	<b>68.1</b>

Las siguientes figuras presentan gráficamente el porcentaje de participantes que se recuperan del TEPT al postratamiento en el grupo total y en cada uno de los grupos de mujeres que completaron el tratamiento.

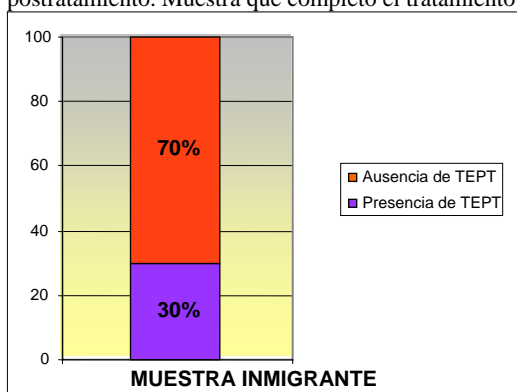
**Figura 17.178.** Distribución del grupo total de tratamiento según diagnóstico de TEPT al postratamiento. Muestra que completó el tratamiento



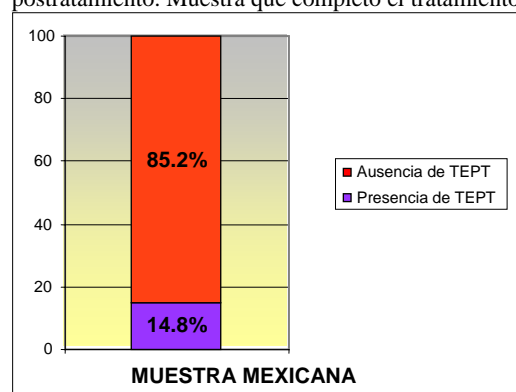
**Figura 17.179.** Distribución del grupo de mujeres españolas según diagnóstico de TEPT al postratamiento. Muestra que completó el tratamiento



**Figura 17.180.** Distribución del grupo de mujeres inmigrantes según diagnóstico de TEPT al postratamiento. Muestra que completó el tratamiento



**Figura 17.181.** Distribución del grupo de mujeres mexicanas según diagnóstico de TEPT al postratamiento. Muestra que completó el tratamiento



El análisis de homogeneidad de grupos muestra que las diferencias que han aparecido entre las mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en el porcentaje de ellas que se recuperan del TEPT al postratamiento son estadísticamente significativas [ $\chi^2_{(2,72)} = 6.71, p < 0.05$ ]. La comparación de los grupos dos a dos muestra que tales diferencias resultan significativas entre el

grupo de mujeres españolas y el grupo de mujeres mexicanas, siendo en este último grupo donde aparece un porcentaje mayor de mujeres sin TEPT al postratamiento.

**Tabla 17.43.** Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) intergrupos: mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas. Diagnóstico de TEPT al postratamiento. Muestra que completó el tratamiento.

		$\chi^2$ (gl. N)	SIGNIFICACIÓN*
• Diagnóstico TEPT: comparación 3 grupos		<b>6.71</b> (2,72)	<b>p &lt; 0.05</b>
MUJERES ESPAÑOLAS	M. inmigrantes	.78 (1,45)	N.S
	M. mexicanas	6.6 (1,62)	<b>p &lt; 0.05</b>
MUJERES INMIGRANTES	M. españolas	-.78 (1,45)	N.S
	M. mexicanas	1.09 (1,37)	N.S
MUJERES MEXICANAS	M. españolas	-6.6 (1,62)	<b>p &lt; 0.05</b>
	M. inmigrantes	-1.09 (1,37)	N.S

\*Nivel de significación: p<0.05

N.S. No significativo

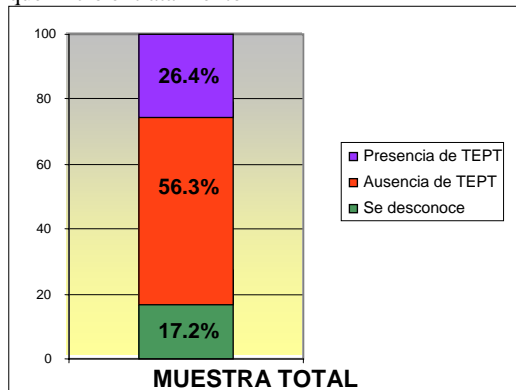
• **Muestra que inició el tratamiento**

Como cabría esperar al analizar la muestra, incluyendo tanto a las mujeres que inician el tratamiento como a las que lo abandonan, los porcentajes de efectividad de la intervención disminuyen. Al postratamiento, de las 87 mujeres que iniciaron el tratamiento grupal, un 56.3% deja de cumplir criterios para el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático. En el *grupo de mujeres españolas* un 43.2% se recupera de este trastorno, en el *grupo de mujeres inmigrantes* lo hace un 53.8% y en el de *mujeres mexicanas* un 76.7%. La tabla 17.44 ofrece estos resultados y las siguientes figuras los representan gráficamente.

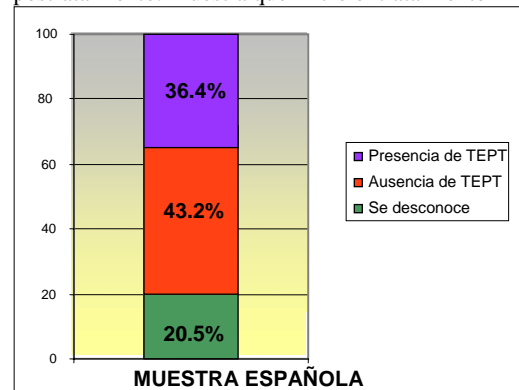
**Tabla 17.44.** Distribución de la muestra total y de la muestra de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas según diagnóstico de TEPT al postratamiento. Muestra que inició el tratamiento grupal.

EVALUACIÓN	TIPO DE GRUPO/ MUESTRA TOTAL	PRESENCIA DE TEPT		AUSENCIA DE TEPT		SE DESCONOCE	
		N	%	N	%	N	%
POSTRATAMIENTO	ESPAÑOLAS (N=44)	16	36.4	19	43.2	9	20.5
	INMIGRANTES (N=13)	3	23.1	7	53.8	3	23.1
	MEXICANAS (N= 30)	4	13.3	23	76.7	3	10
	<b>MUESTRA TOTAL (N=87)</b>	<b>23</b>	<b>26.4</b>	<b>49</b>	<b>56.3</b>	<b>15</b>	<b>17.2</b>

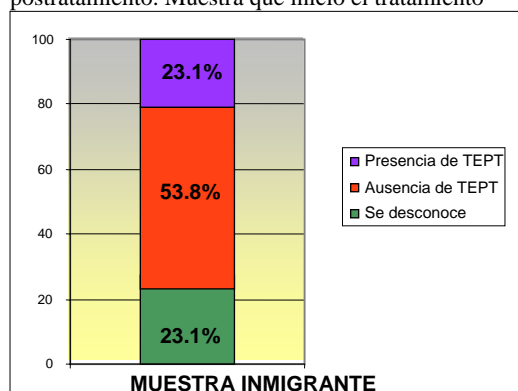
**Figura 17.182.** Distribución de la muestra total según diagnóstico de TEPT al postratamiento. Muestra que inició el tratamiento



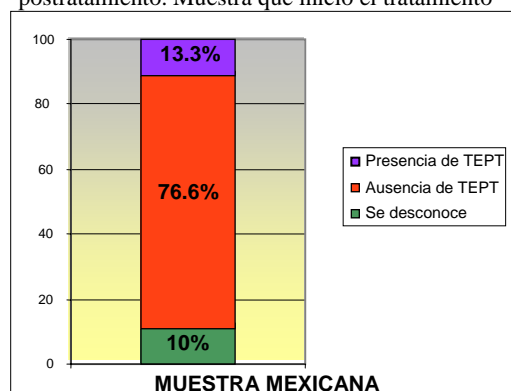
**Figura 17.183.** Distribución del grupo de mujeres españolas según diagnóstico de TEPT al postratamiento. Muestra que inició el tratamiento



**Figura 17.184.** Distribución del grupo de mujeres inmigrantes según diagnóstico de TEPT al postratamiento. Muestra que inició el tratamiento



**Figura 17.185.** Distribución del grupo de mujeres mexicanas según diagnóstico de TEPT al postratamiento. Muestra que inició el tratamiento



El análisis de la homogeneidad (véase tabla 17.45) muestra que las diferencias que han aparecido entre el grupo de españolas, inmigrantes y mexicanas en el porcentaje de mujeres que se recuperan del TEPT al postratamiento no son estadísticamente significativas.

**Tabla 17.45.** Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) intergrupos: mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas. Diagnóstico de TEPT al postratamiento. Muestra que inició el tratamiento.

	$\chi^2$ (gl, N)	SIGNIFICACIÓN*
• Diagnóstico TEPT: comparación 3 grupos	8.64 (4,87)	N.S

\*Nivel de significación:  $p < 0.05$  N.S. No significativo

## 2- Grupos de síntomas

Teniendo en cuenta los criterios establecidos por el DSM-IV respecto al número de síntomas necesarios para el diagnóstico de TEPT (uno o más síntomas de reexperimentación, tres o más síntomas de evitación y al menos dos de hiperactivación), así como los criterios de la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (Echeburúa y Corral, 1997b) para la consideración de síntoma (que el sujeto responda bastante o mucho), se ha llevado a cabo un análisis comparativo de la presencia o ausencia de síntomas de reexperimentación, evitación e hiperactivación al postratamiento en cada uno de los grupos de mujeres y en el grupo total de tratamiento.

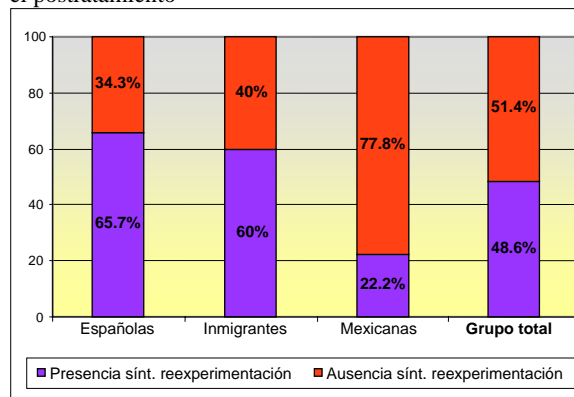
De las 72 mujeres que completaron el tratamiento, un 51.4% del **grupo total**, un 34.3% de las *mujeres españolas*, un 40% de las *inmigrantes* y un 77.8% de las *mujeres mexicanas* no muestran síntomas de reexperimentación al postratamiento. Respecto a la evitación, un 54.2% del **total** de las participantes en el tratamiento, un 42.9% de las *mujeres españolas*, un 60% de las *inmigrantes* y un 66.7% de las *mexicanas* no presentan esta sintomatología. Por último, un 43.1% del **total** de las participantes, esto es, un 37.1% de las *españolas*, un 50% de las *inmigrantes* y un 48.1% de las *mexicanas* no presentan sintomatología de hiperactivación al postratamiento. En la tabla 17.46 aparecen los resultados comentados y las siguientes figuras los representan gráficamente.



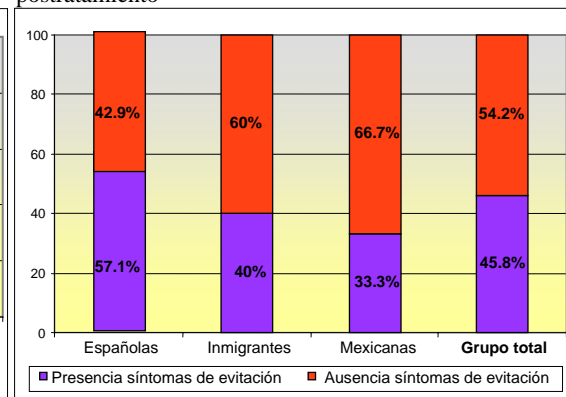
**Tabla 17.46.** Distribución del grupo total de tratamiento y del grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas, según sintomatología de reexperimentación, evitación e hiperactivación al postratamiento.

SÍNTOMAS	TIPO DE GRUPO/ GRUPO TOTAL DE TRATAMIENTO	PRESENCIA		AUSENCIA	
		N	%	N	%
<b>REEXPERIMENTACIÓN</b>	ESPAÑOLAS (N=35)	23	65.7	12	34.3
	INMIGRANTES (N=10)	6	60	4	40
	MEXICANAS (N=27)	6	22.2	21	77.8
	<b>GRUPO TOTAL (N=72)</b>	<b>35</b>	<b>48.6</b>	<b>37</b>	<b>51.4</b>
<b>EVITACIÓN</b>	ESPAÑOLAS (N=35)	20	57.1	15	42.9
	INMIGRANTES (N=10)	4	40	6	60
	MEXICANAS (N=27)	9	33.3	18	66.7
	<b>GRUPO TOTAL (N=72)</b>	<b>33</b>	<b>45.8</b>	<b>39</b>	<b>54.2</b>
<b>HIPERACTIVACIÓN</b>	ESPAÑOLAS (N=35)	22	62.9	13	37.1
	INMIGRANTES (N=10)	5	50	5	50
	MEXICANAS (N=27)	14	51.9	13	48.1
	<b>GRUPO TOTAL (N=72)</b>	<b>40</b>	<b>56.9</b>	<b>32</b>	<b>43.1</b>

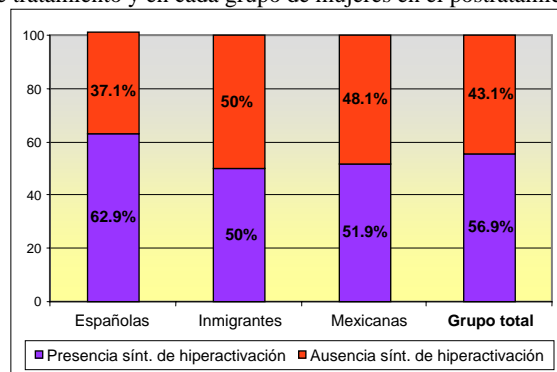
**Figura 17.186.** Síntomas de reexperimentación en el grupo total de tratamiento y en cada grupo de mujeres en el postratamiento



**Figura 17.187.** Síntomas de evitación en el grupo total de tratamiento y en cada grupo de mujeres en el postratamiento



**Figura 17.188.** Síntomas de hiperactivación en el grupo total de tratamiento y en cada grupo de mujeres en el postratamiento



El análisis de homogeneidad de grupos (véase tabla 17.47) muestra que las diferencias que han aparecido entre las mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en el porcentaje de ellas que no presentan sintomatología de reexperimentación al postratamiento son estadísticamente

significativas. La comparación de los grupos dos a dos muestra que tales diferencias resultan significativas entre el grupo de mujeres mexicanas y el grupo de mujeres españolas e inmigrantes, siendo el porcentaje de participantes que no presenta sintomatología de reexperimentación al postratamiento significativamente mayor en las mujeres mexicanas. Por el contrario, las diferencias entre los grupos en el porcentaje de mujeres que no presentan sintomatología de evitación e hiperactivación al postratamiento no son estadísticamente significativas.

**Tabla 17.47.** Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) intergrupos: mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas. Sintomatología de reexperimentación, evitación e hiperactivación al postratamiento.

		Reexperimentación		Evitación		Hiperactivación	
		$\chi^2$ (gl, N)	Signif.*	$\chi^2$ (gl, N)	Signif.*	$\chi^2$ (gl, N)	Signif.*
TEPT: comparación 3 grupos		12.14 (2,72)	<b>p&lt; 0.05</b>	3.64 (2,72)	N.S	.98 (2,72)	N.S
MUJERES	M. inmigrantes	.11 (1,45)	N.S	.91 (1,45)	N.S	.53 (1,45)	N.S
ESPAÑOLAS	M. mexicanas	11.58 (1,62)	<b>p&lt; 0.05</b>	3.47 (1,62)	N.S	.75 (1,62)	N.S
MUJERES	M. españolas	-.11 (1,45)	N.S	-.91 (1,45)	N.S	-.53 (1,45)	N.S
INMIGRANTES	M. mexicanas	4.75 (1,37)	<b>p&lt; 0.05</b>	.14 (1,37)	N.S	.01 (1,37)	N.S
MUJERES	M. españolas	-11.58 (1,62)	<b>p&lt; 0.05</b>	-3.47 (1,62)	N.S	-.75 (1,62)	N.S
MEXICANAS	M. inmigrantes	-4.75 (1,37)	<b>p&lt; 0.05</b>	-.14 (1,37)	N.S	-.01 (1,37)	N.S

\*Nivel de significación: p<0.05

N.S. No significativo

### 17.2.5.2 Sintomatología concomitante: Cambios pre-postratamiento

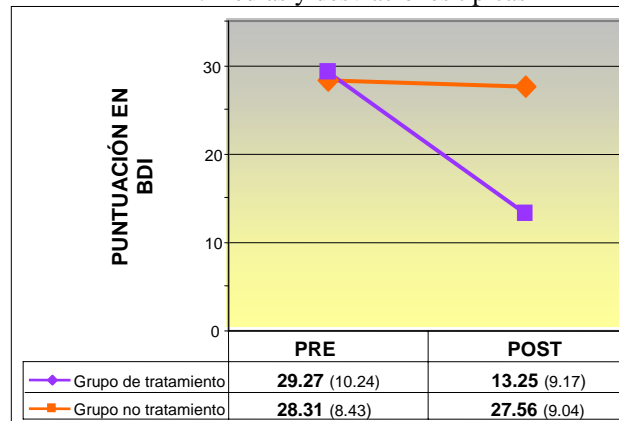
#### • Comparación grupo total de tratamiento-grupo de no tratamiento

De la misma manera que en el análisis de las puntuaciones en la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT, para el estudio de la sintomatología concomitante, esto es, depresión, ansiedad, autoestima, nivel de inadaptación y cogniciones postraumáticas, se ha realizado un análisis de varianza de medidas repetidas, que asume un *factor inter-grupo* (tipo de grupo) con dos niveles (1- grupo total de tratamiento y 2- grupo de no tratamiento) y un *factor intra-sujeto* (tiempo) con dos niveles (pretratamiento y postratamiento). Asimismo, se ha realizado un ANOVA para cada grupo en cada una de las medidas de sintomatología concomitante.

#### ■ Inventario de Depresión de Beck

Los resultados del ANOVA (véase tabla 17.48) revelan un efecto significativo del factor tiempo [ $F_{(1,86)} = 69.42, p<0.001$ ] y tipo de grupo [ $F_{(1,86)} = 9.06, p<0.05$ ] en la puntuación en depresión, que quedaría matizado por un efecto significativo de la interacción tipo de grupo\*tiempo [ $F_{(1,86)} = 57.56, p<0.001$ ]. La figura 17.189 representa gráficamente el efecto de la interacción en la puntuación en el BDI.

**Figura 17.189.** Efecto de la interacción tipo de grupo\* tiempo (pre-post). Puntuación en el BDI: medias y desviaciones típicas

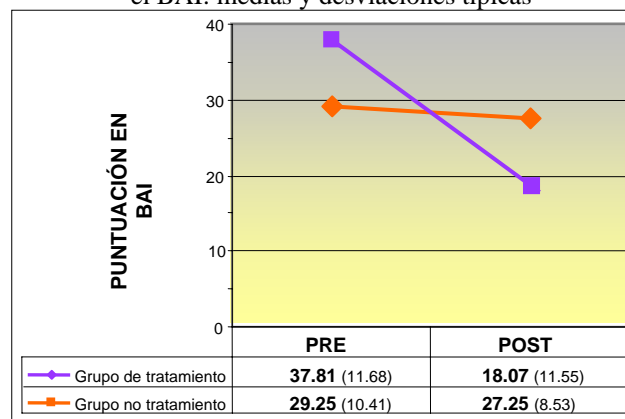


Para desentrañar el significado del efecto de esta interacción, se ha realizado un ANOVA en cada uno de los grupos de mujeres por separado. Los resultados se muestran en la tabla 17.49. En el **grupo de no tratamiento** no han aparecido diferencias estadísticamente significativas en la puntuación en el BDI entre el pre y el postratamiento [ $F_{(1,15)} = .46, p > 0.05$ ]. Tal y como cabría esperar, en el **grupo total de tratamiento** las diferencias sí han resultado estadísticamente significativas [ $F_{(1,71)} = 307.26, p < 0.001$ ], lo que indica una marcada reducción en la puntuación en el BDI al postratamiento en las mujeres participantes en la intervención.

### ■ Inventario de Ansiedad de Beck

Los resultados del ANOVA (véase tabla 17.48) revelan un efecto significativo del factor tiempo [ $F_{(1,86)} = 62.8, p < 0.001$ ] y de la interacción tipo de grupo\*tiempo [ $F_{(1,86)} = 47.67, p < 0.001$ ] en la puntuación en el BAI. La figura 17.190 representa gráficamente el efecto de la interacción.

**Figura 17.190.** Efecto de la interacción tipo de grupo\*tiempo (pre-post). Puntuación en el BAI: medias y desviaciones típicas



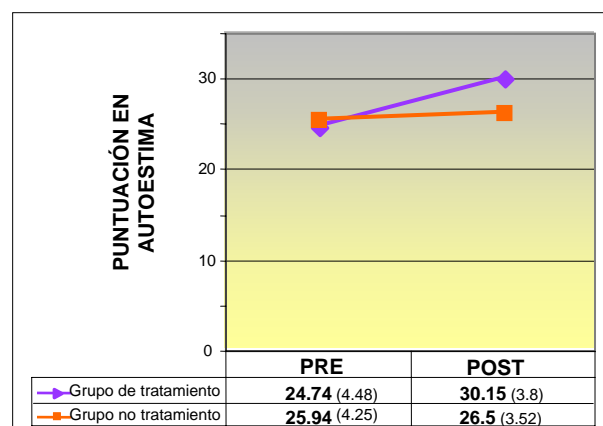
Tal y como se ha señalado anteriormente, el análisis de homogeneidad (ver apartado 17.1.6.1) mostraba diferencias intergrupos en la puntuación en ansiedad en el pretratamiento ( $p < 0.05$ ), que indicaban que ésta era significativamente mayor en el grupo de tratamiento en

comparación con el de no tratamiento. El análisis *post-hoc* muestra nuevamente diferencias significativas al postratamiento ( $p < 0.001$ ), siendo en este caso, como era esperable, la puntuación media significativamente menor en el grupo de tratamiento que en el de no tratamiento. Para aclarar estos resultados se ha llevado a cabo un ANOVA de un factor, que asume como variable dependiente la diferencia en la puntuación en ansiedad entre el pre y el postratamiento en cada grupo y como factor el tipo de grupo. Al no cumplirse el supuesto de homocedasticidad se ha utilizado el estadístico de Brown-Forsythe, que muestra diferencias intergrupos estadísticamente significativas [Brown-Forsythe  $(1,42) = 110.47$ ,  $p < 0.001$ ] en el cambio experimentado entre el pre y el postratamiento. Los ANOVAs de medidas repetidas realizados en cada grupo (véase tabla 17.49) muestran nuevamente estos resultados. Mientras en el **grupo de no tratamiento** no han aparecido diferencias [ $F(1,15) = .26$ ,  $p > 0.05$ ], en el **grupo total de tratamiento** las diferencias entre el pre y el postratamiento han resultado estadísticamente significativas [ $F(1,71) = 269.5$ ,  $p < 0.001$ ], lo que indicaría una marcada reducción en la puntuación en el BAI al postratamiento en las mujeres participantes en la intervención.

### ■ Escala de Autoestima de Rosenberg

Los resultados del ANOVA (véase tabla 17.48) revelan un efecto significativo del factor tiempo [ $F(1,86) = 50.59$ ,  $p < 0.001$ ] y de la interacción tipo de grupo\*tiempo [ $F(1,86) = 33.35$ ,  $p < 0.001$ ] en la puntuación en autoestima. La figura 17.191 representa gráficamente el efecto de la interacción.

**Figura 17.191.** Efecto de la interacción tipo de grupo\*tiempo (pre-post). Puntuación en autoestima: medias y desviaciones típicas



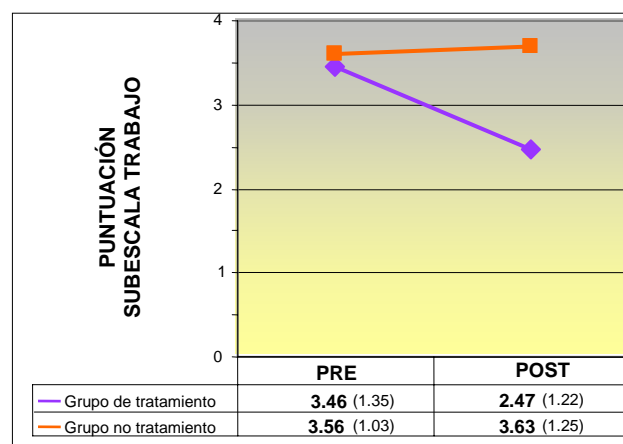
Los ANOVAs (véase tabla 17.49) indican que en el grupo **de no tratamiento** no han aparecido diferencias estadísticamente significativas en la puntuación en autoestima entre el pre y el postratamiento [ $F(1,15) = 1.72$ ,  $p > 0.05$ ]. Por el contrario, en el **grupo de tratamiento** las diferencias sí que han resultado estadísticamente significativas [ $F(1,71) = 159.5$ ,  $p < 0.001$ ],

indicando una marcada mejoría en autoestima al postratamiento en las participantes en el programa de intervención.

### ■ Escala de Inadaptación

**Trabajo:** Los resultados del ANOVA revelan un efecto significativo del factor tipo de grupo [ $F_{(1,86)} = 4.12, p < 0.05$ ] y tiempo [ $F_{(1,86)} = 8.08, p < 0.05$ ] en la puntuación en la subescala de trabajo, que quedaría matizado por un efecto significativo de la interacción tipo de grupo\*tiempo [ $F_{(1,86)} = 10.32, p < 0.05$ ]. La figura 17.192 representa gráficamente el efecto de la interacción.

**Figura 17.192.** Efecto de la interacción tipo de grupo\*tiempo (pre-post). Puntuación en la subescala de trabajo: medias y desviaciones típicas

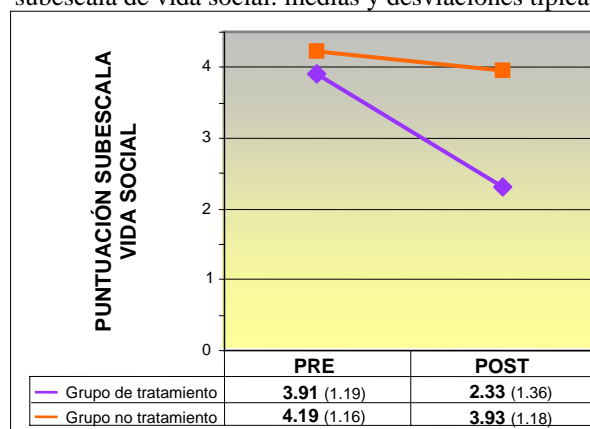


Para desentrañar el significado del efecto de la interacción, se ha realizado un ANOVA para cada uno de los grupos por separado. Tal y como cabría esperar (véase tabla 17.49), no han aparecido diferencias estadísticamente significativas en la puntuación en la subescala de trabajo entre el pre y el postratamiento en el **grupo de no tratamiento** [ $F_{(1,15)} = .055, p > 0.05$ ]. En el **grupo de tratamiento** las diferencias han resultado estadísticamente significativas [ $F_{(1,71)} = 48.26, p < 0.001$ ], indicando una marcada mejoría en esta área al postratamiento.

**Vida social:** Se ha encontrado un efecto significativo del factor tipo de grupo [ $F_{(1,86)} = 10.11, p < 0.05$ ] y tiempo [ $F_{(1,86)} = 28.89, p < 0.05$ ] en la puntuación en la subescala de vida social, que nuevamente queda matizado por un efecto significativo de la interacción tipo de grupo\*tiempo [ $F_{(1,86)} = 15.33, p < 0.001$ ] (véase tabla 17.48). La figura 17.193 representa gráficamente el efecto de la interacción.

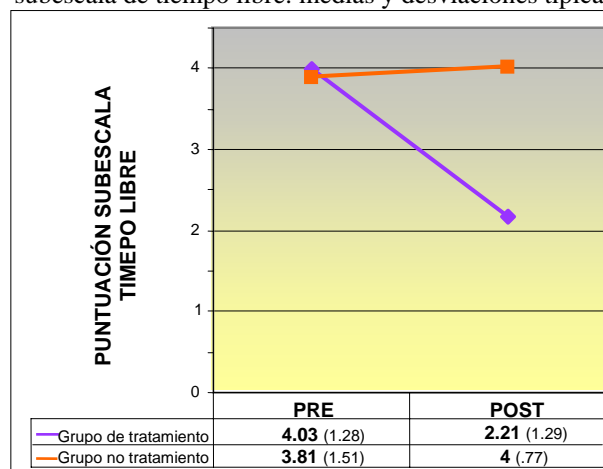
Los ANOVAs (véase tabla 17.49) muestran que las diferencias entre el pre y el post en el **grupo de tratamiento** son estadísticamente significativas [ $F_{(1,71)} = 109, p < 0.001$ ], lo que indica una marcada reducción en el nivel de inadaptación social al postratamiento. En el **grupo de no tratamiento** no han aparecido diferencias estadísticamente significativas [ $F_{(1,15)} = 1.15, p > 0.05$ ].

**Figura 17.193.** Efecto de la interacción tipo de grupo\*tiempo (pre-post). Puntuación en la subescala de vida social: medias y desviaciones típicas



**Tiempo libre:** Los resultados del ANOVA (véase tabla 17.48) revelan un efecto significativo del factor tipo de grupo [ $F_{(1,86)} = 5.94, p < 0.05$ ] y tiempo [ $F_{(1,86)} = 25.17, p < 0.001$ ] en la puntuación en tiempo libre, matizado por un efecto significativo de la interacción tipo de grupo\*tiempo [ $F_{(1,86)} = 33.15, p < 0.001$ ]. La figura 17.194 representa gráficamente el efecto de la interacción.

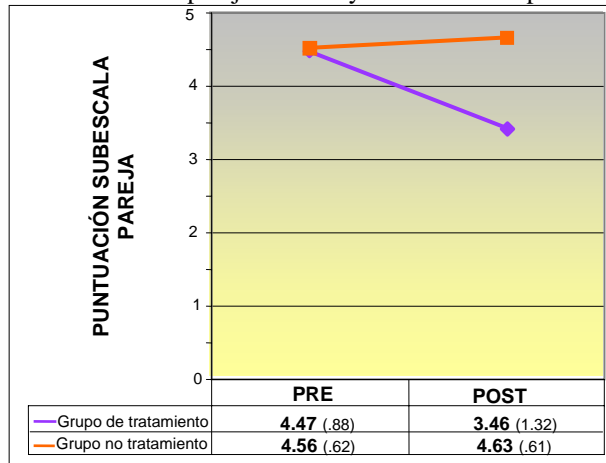
**Figura 17.194.** Efecto de la interacción tipo de grupo\*tiempo (pre-post). Puntuación en la subescala de tiempo libre: medias y desviaciones típicas



Como era esperable, los resultados muestran que las diferencias entre el pre y el post en el **grupo de tratamiento** son estadísticamente significativas [ $F_{(1,71)} = 158.67, p < 0.001$ ], lo que indica una marcada reducción en el nivel de inadaptación en la subescala de tiempo libre al postratamiento. En el **grupo de no tratamiento** no han aparecido diferencias estadísticamente significativas [ $F_{(1,15)} = .172, p > 0.05$ ], tal y como puede observarse en la tabla 17.49.

**Pareja:** Se ha encontrado un efecto significativo del factor tipo de grupo [ $F_{(1,86)} = 6.16, p < 0.05$ ], del factor tiempo [ $F_{(1,86)} = 10.39, p < 0.05$ ] y de la interacción tipo de grupo\*tiempo [ $F_{(1,86)} = 13.26, p < 0.001$ ] en la puntuación en la subescala de pareja. La figura 17.195 representa gráficamente el efecto de la interacción.

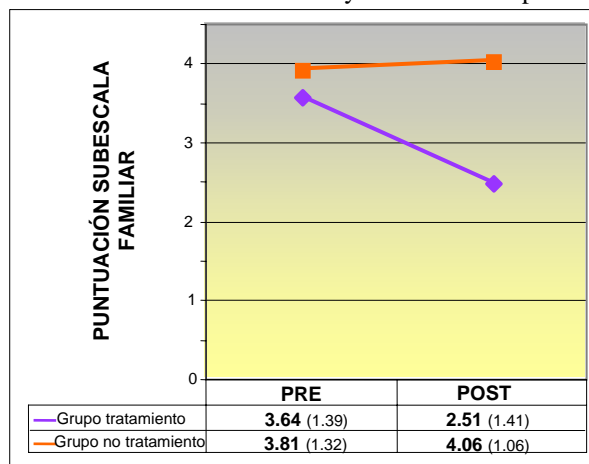
**Figura 17.195.** Efecto de la interacción tipo de grupo\*tiempo (pre-post). Puntuación en la subescala de pareja: medias y desviaciones típicas



Los resultados del ANOVA (véase tabla 17.49) únicamente muestran diferencias significativas en la puntuación en la subescala de pareja entre el pre y el post en el **grupo de tratamiento** [ $F_{(1,71)} = 56.28, p < 0.001$ ]. En el **grupo de no tratamiento** no han aparecido diferencias estadísticamente significativas [ $F_{(1,15)} = .19, p > 0.05$ ].

**Familia:** Los resultados muestran un efecto significativo del factor tipo de grupo [ $F_{(1,86)} = 6.88, p < 0.05$ ], del factor tiempo [ $F_{(1,86)} = 5.29, p < 0.05$ ] y de la interacción tipo de grupo\*tiempo [ $F_{(1,86)} = 13.06, p < 0.001$ ] en la puntuación en la subescala de familia. La figura 17.196 representa gráficamente el efecto de la interacción.

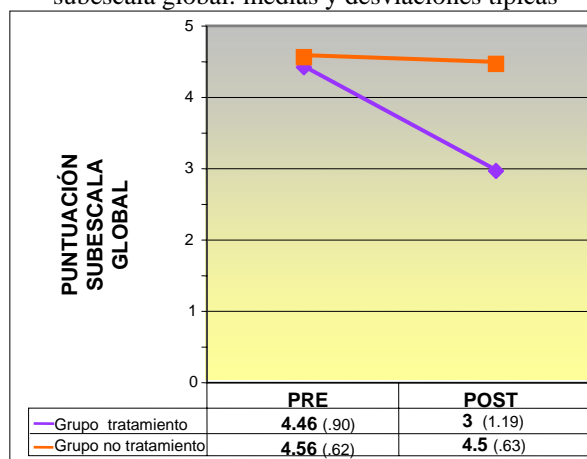
**Figura 17.196.** Efecto de la interacción tipo de grupo\*tiempo (pre-post). Puntuación en la subescala de familia: medias y desviaciones típicas



Para interpretar el efecto de la interacción se ha realizado un ANOVA en cada uno de los grupos, que muestra diferencias significativas entre el pre y el postratamiento en el **grupo de tratamiento** [ $F_{(1,71)} = 43.16, p < 0.001$ ], pero no en el **grupo de no tratamiento** [ $F_{(1,15)} = 1.15, p > 0.05$ ]. Los resultados pueden consultarse en la tabla 17.49.

**Subescala global:** Se ha encontrado un efecto significativo del factor tipo de grupo [ $F(1,86) = 12.13, p < 0.05$ ], del factor tiempo [ $F(1,86) = 24.84, p < 0.001$ ] y de la interacción tipo de grupo\*tiempo [ $F(1,86) = 20.92, p < 0.001$ ] en la puntuación en la subescala global. La figura 17.197 representa gráficamente el efecto de la interacción.

**Figura 17.197.** Efecto de la interacción tipo de grupo\*tiempo (pre-post). Puntuación en la subescala global: medias y desviaciones típicas



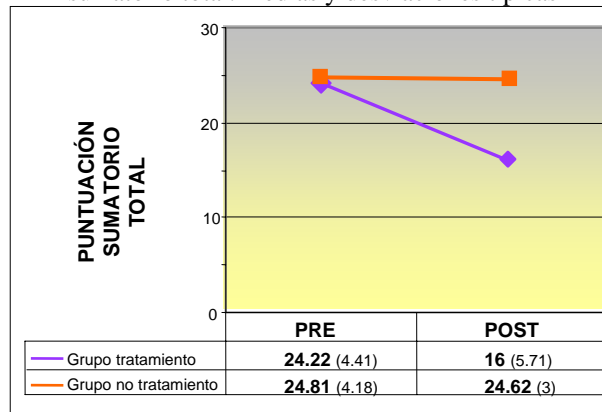
Los resultados de los ANOVAs (véase tabla 17.49) muestran que en el **grupo de no tratamiento** las diferencias entre el pre y el post en la subescala global de la Escala de Inadaptación no son estadísticamente significativas [ $F(1,15) = .19, p > 0.05$ ]. Por el contrario, en el **grupo de tratamiento** las diferencias han resultado significativas, indicando una marcada reducción del nivel global de inadaptación al postratamiento [ $F(1,71) = 108.85, p < 0.001$ ].

**Sumatorio total:** Se ha encontrado un efecto significativo del factor tipo de grupo [ $F(1,86) = 14.61, p < 0.001$ ], del factor tiempo [ $F(1,86) = 47.93, p < 0.001$ ] y de la interacción tipo de grupo\*tiempo [ $F(1,86) = 43.75, p < 0.001$ ] en el sumatorio total de la Escala de Inadaptación. La figura 17.198 representa gráficamente el efecto de la interacción.

Para desentrañar el efecto de la interacción se ha llevado a cabo un ANOVA en cada uno de los grupos, que revela que las diferencias entre el pre y el postratamiento en el sumatorio total de la Escala de Inadaptación han resultado significativas en el **grupo de tratamiento** [ $F(1,71) = 218.67, p < 0.001$ ], no así en el **grupo de no tratamiento** [ $F(1,15) = .105, p > 0.05$ ], tal y como era esperable (véase tabla 17.49).



**Figura 17.198.** Efecto de la interacción tipo de grupo\*tiempo (pre-post). Puntuación en el sumatorio total: medias y desviaciones típicas



### ■ Inventario de Cogniciones Postraumáticas

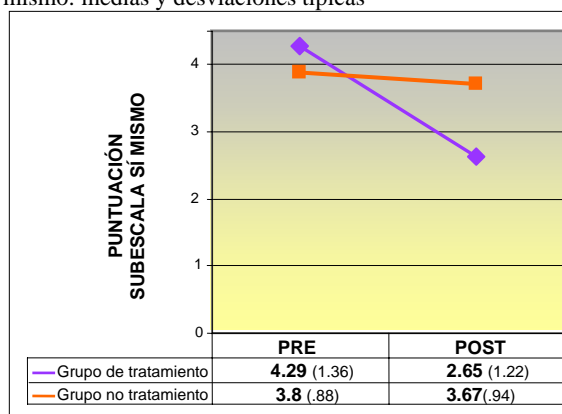
**Sí mismo:** Los resultados del ANOVA revelan un efecto significativo del factor tiempo [ $F_{(1,86)} = 34.69, p < 0.001$ ] y de la interacción tipo de grupo\*tiempo [ $F_{(1,86)} = 25.34, p < 0.001$ ]. La figura 17.199 representa gráficamente el efecto de la interacción.

**Mundo:** De la misma manera que en la subescala de sí mismo, ha resultado significado el efecto del factor tiempo [ $F_{(1,86)} = 17.01, p < 0.001$ ] y de la interacción tipo de grupo\*tiempo [ $F_{(1,86)} = 28.79, p < 0.001$ ]. La figura 17.200 representa gráficamente el efecto de la interacción.

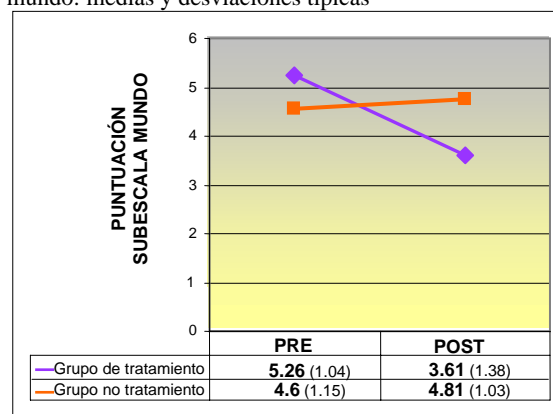
**Autoinculpación:** Nuevamente se ha encontrado un efecto significativo del factor tiempo [ $F_{(1,86)} = 22.91, p < 0.001$ ] y de la interacción tipo de grupo\*tiempo [ $F_{(1,86)} = 30.29, p < 0.001$ ]. La figura 17.201 representa gráficamente el efecto de la interacción.

**Sumatorio total:** Al igual que en las subescalas anteriores, los resultados muestran un efecto significativo del factor tiempo [ $F_{(1,86)} = 34.27, p < 0.001$ ] y de la interacción tipo de grupo\*tiempo [ $F_{(1,86)} = 40.34, p < 0.001$ ]. La figura 17.202 representa gráficamente el efecto de la interacción.

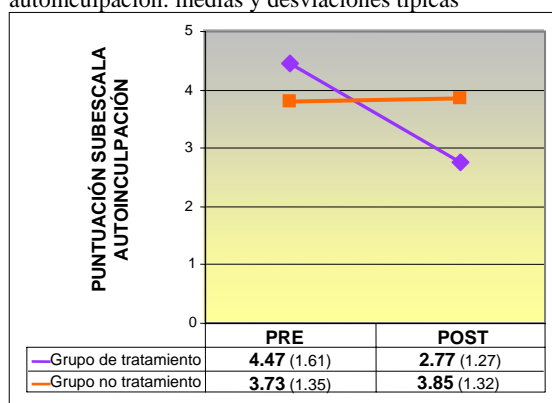
**Figura 17.199.** Efecto de la interacción tipo de grupo\*tiempo (pre-post). Puntuación en la subescala de sí mismo: medias y desviaciones típicas



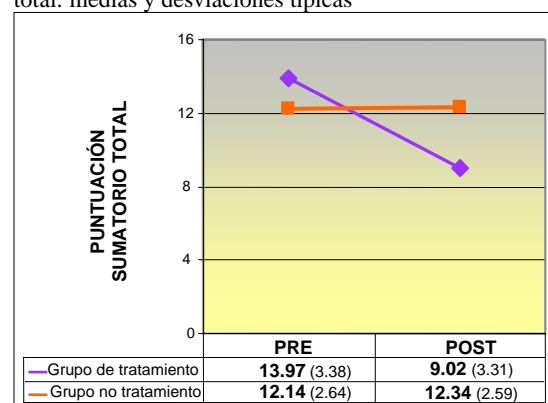
**Figura 17.200.** Efecto de la interacción tipo de grupo\*tiempo (pre-post). Puntuación en la subescala del mundo: medias y desviaciones típicas



**Figura 17.201.** Efecto de la interacción tipo de grupo\*tiempo (pre-post). Puntuación en la subescala de autoinculpación: medias y desviaciones típicas



**Figura 17.202.** Efecto de la interacción tipo de grupo\*tiempo (pre-post). Puntuación en el sumatorio total: medias y desviaciones típicas



El efecto de la interacción ha sido interpretado mediante un ANOVA llevado a cabo en cada grupo por separado. Los resultados (véase tabla 17.49) muestran que en el **grupo de no tratamiento** no se han producido cambios significativos en ninguna de las medidas del Inventario de Cogniciones Postraumáticas al postratamiento. Por el contrario, en el **grupo de tratamiento** las diferencias encontradas entre el pre y el postratamiento han resultado estadísticamente significativas en la subescala de sí mismo [ $F(1,71) = 137.38, p < 0.001$ ], mundo [ $F(1,71) = 105.97, p < 0.001$ ], autoinculpación [ $F(1,71) = 124.23, p < 0.001$ ] y en el sumatorio total [ $F(1,71) = 169.78, p < 0.001$ ].

**Tabla 17.48.** ANOVA (tipo de grupo × tiempo pre-post) en cada una de las medidas de sintomatología concomitante: Puntuación en BDI, BAI, Escala de Autoestima, Escala de Inadaptación e Inventario de Cogniciones Postraumáticas.

VARIABLE / FUENTE DE VARIANZA		CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	TAMAÑO DEL EFECTO**	POTENCIA
<b>BDI</b>					
Tipo de grupo		F (1,86) = 9.06	p < 0.05	.28	.767
Tiempo (pre-post)		F (1,86) = 69.42	p < 0.001	.66	1.000
Tipo de grupo*tiempo		F (1,86) = 57.56	p < 0.001	.63	1.000
<b>BAI</b>					
Tipo de grupo		F (1,86) = 1.5	N.S	.13	.228
Tiempo (pre-post)		F (1,86) = 62.8	p < 0.001	.66	1.000
Tipo de grupo*tiempo		F (1,86) = 47.67	p < 0.001	.59	1.000
<b>AUTOESTIMA</b>					
Tipo de grupo		F (1,86) = 1.34	N.S	.12	.209
Tiempo (pre-post)		F (1,86) = 50.59	p < 0.001	.6	1.000
Tipo de grupo*tiempo		F (1,86) = 33.35	p < 0.001	.52	1.000
<b>ESCALA INADAPTACIÓN</b>					
<b>TRABAJO</b>	Tipo de grupo	F (1,86) = 4.12	p < 0.05	.21	.519
	Tiempo (pre-post)	F (1,86) = 8.08	p < 0.05	.29	.779
	Tipo de grupo*tiempo	F (1,86) = 10.32	p < 0.05	.32	.888
<b>VIDA SOCIAL</b>	Tipo de grupo	F (1,86) = 10.11	p < 0.05	.32	.882
	Tiempo (pre-post)	F (1,86) = 28.89	p < 0.05	.5	1.000
	Tipo de grupo*tiempo	F (1,86) = 15.33	p < 0.001	.38	.972
<b>TIEMPO LIBRE</b>	Tipo de grupo	F (1,86) = 5.94	p < 0.05	.25	.674
	Tiempo (pre-post)	F (1,86) = 25.17	p < 0.001	.47	.999
	Tipo de grupo*tiempo	F (1,86) = 33.15	p < 0.001	.52	1.000
<b>PAREJA</b>	Tipo de grupo	F (1,86) = 6.16	p < 0.05	.25	.690
	Tiempo (pre-post)	F (1,86) = 10.39	p < 0.05	.32	.890
	Tipo de grupo*tiempo	F (1,86) = 13.26	p < 0.001	.36	.950
<b>FAMILIA</b>	Tipo de grupo	F (1,86) = 6.88	p < 0.05	.27	.737
	Tiempo (pre-post)	F (1,86) = 5.29	p < 0.05	.24	.624
	Tipo de grupo*tiempo	F (1,86) = 13.06	p < 0.001	.36	.947
<b>GLOBAL</b>	Tipo de grupo	F (1,86) = 12.13	p < 0.05	.47	.999
	Tiempo (pre-post)	F (1,86) = 24.84	p < 0.001	.35	.931
	Tipo de grupo*tiempo	F (1,86) = 20.92	p < 0.001	.44	.995
<b>SUMA TOTAL</b>	Tipo de grupo	F (1,86) = 14.61	p < 0.001	.38	.966
	Tiempo (pre-post)	F (1,86) = 47.93	p < 0.001	.59	1.000
	Tipo de grupo*tiempo	F (1,86) = 43.75	p < 0.001	.58	1.000
<b>PTCI</b>					
<b>SÍ MISMO</b>	Tipo de grupo	F (1,86) = .73	N.S	.08	.136
	Tiempo (pre-post)	F (1,86) = 34.69	p < 0.001	.53	1.000
	Tipo de grupo*tiempo	F (1,86) = 25.34	p < 0.001	.47	1.000
<b>MUNDO</b>	Tipo de grupo	F (1,86) = .98	N.S	.1	.166
	Tiempo (pre-post)	F (1,86) = 17.01	p < 0.001	.40	.983
	Tipo de grupo*tiempo	F (1,86) = 28.79	p < 0.001	.50	1000
<b>AUTO INculp.</b>	Tipo de grupo	F (1,86) = .22	N.S	.03	.075
	Tiempo (pre-post)	F (1,86) = 22.91	p < 0.001	.45	.997
	Tipo de grupo*tiempo	F (1,86) = 30.29	p < 0.001	.5	.999
<b>TOTAL</b>	Tipo de grupo	F (1,86) = .88	N.S	.10	.153
	Tiempo (pre-post)	F (1,86) = 34.27	p < 0.001	.53	1.000
	Tipo de grupo*tiempo	F (1,86) = 40.34	p < 0.001	.56	1.000

\*Nivel de significación: p<0.05  
N.S. No significativo

\*\*Eta: fuerza de la asociación

**Tabla 17.49.** ANOVA pre-post para el grupo de no tratamiento y grupo total de tratamiento en cada una de las medidas de sintomatología concomitante: Puntuación en BDI, BAI, Escala de Autoestima, Escala de Inadaptación e Inventario de Cogniciones Postraumáticas.

VARIABLE / FUENTE DE VARIANZA		CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	TAMAÑO DEL EFECTO**	POTENCIA
<b>BDI</b>					
Grupo no tratamiento		F (1,15) = .46	N.S	.17	.098
Grupo tratamiento		F (1,71) = 307.26	p <0.001	.9	1.000
<b>BAI</b>					
Grupo no tratamiento		F (1,15) = .26	N.S	.13	.076
Grupo tratamiento		F (1,71) = 269.5	p <0.001	.86	1.000
<b>AUTOESTIMA</b>					
Grupo no tratamiento		F (1,15) = 1.72	N.S	.32	.234
Grupo tratamiento		F (1,71) = 159.5	p <0.001	.70	1.000
<b>ESCALA INADAPTACIÓN</b>					
<b>TRABAJO</b>	Grupo no tratamiento	F (1,15) = .055	N.S	.06	.056
	Grupo tratamiento	F (1,71) = 48.26	p <0.001	.63	1.000
<b>VIDA SOCIAL</b>	Grupo no tratamiento	F (1,15) = 1.15	N.S	.26	.172
	Grupo tratamiento	F (1,71) = 109	p <0.001	.77	1.000
<b>TIEMPO LIBRE</b>	Grupo no tratamiento	F (1,15) = .172	N.S	.1	.068
	Grupo tratamiento	F (1,71) = 158.67	p <0.001	.83	1.000
<b>PAREJA</b>	Grupo no tratamiento	F (1,15) = .19	N.S	.1	.069
	Grupo tratamiento	F (1,71) = 56.28	p <0.001	.66	1.000
<b>FAMILIA</b>	Grupo no tratamiento	F (1,15) = 1.15	N.S	.26	.172
	Grupo tratamiento	F (1,71) = 43.16	p <0.001	.61	1.000
<b>GLOBAL</b>	Grupo no tratamiento	F (1,15) = .19	N.S	.08	.061
	Grupo tratamiento	F (1,71) = 108.85	p <0.001	.86	1.000
<b>SUMA TOTAL</b>	Grupo no tratamiento	F (1,15) = .105	N.S	.08	.061
	Grupo tratamiento	F (1,71) = 218.67	p <0.001	.86	1.000
<b>PTCI</b>					
<b>SÍ MISMO</b>	Grupo no tratamiento	F (1,15) = 2.81	N.S	.39	.349
	Grupo tratamiento	F (1,71) = 137.38	p <0.001	.81	1000
<b>MUNDO</b>	Grupo no tratamiento	F (1,15) = 2.33	N.S	.36	.299
	Grupo tratamiento	F (1,71) = 105.97	p <0.001	.77	1.000
<b>AUTO INCULP.</b>	Grupo no tratamiento	F (1,15) = .84	N.S	.23	.138
	Grupo tratamiento	F (1,71) = 124.23	p <0.001	.79	1000
<b>TOTAL</b>	Grupo no tratamiento	F (1,15) = 2.97	N.S	.40	.365
	Grupo tratamiento	F (1,71) = 169.78	p <0.001	.83	1.000

\*Nivel de significación: p<0.05  
N.S. No significativo

\*\*Eta: fuerza de la asociación

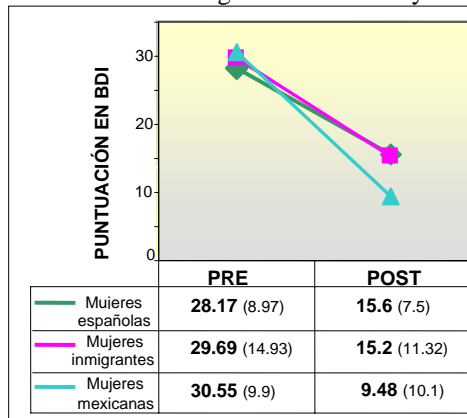
• **Grupo total de tratamiento: Comparación grupo de mujeres españolas, grupo de mujeres inmigrantes y grupo de mujeres mexicanas**

Se ha explorado si existen diferencias intergrupos estadísticamente significativas en el cambio experimentado entre el pre y el postratamiento en cada una de las medidas de sintomatología concomitante. Los resultados pueden consultarse en las tablas 17.50 y 17.51.

■ **Inventario de Depresión de Beck**

Los resultados del ANCOVA revelan un efecto significativo de la interacción nacionalidad\*tiempo [F (2,66) = 10.53, p<0.001] y de la covariable dependencia económica respecto al agresor [F (1,66) = 7.11, p<0.05]. Si bien, tanto el **grupo de mujeres españolas** [F (1,34) = 179.59, p<0.001], como el de **mujeres inmigrantes** [F (1,9) = 43.6, p<0.001] y **mexicanas** [F (1,26) = 160.49, p<0.001] muestran una marcada reducción de la puntuación en depresión al postratamiento (véase tabla 17.51), parece haber diferencias entre ellos. La siguiente figura representa gráficamente el efecto de la interacción en la puntuación total en el BDI.

**Figura 17.203.** Efecto de la interacción nacionalidad\*tiempo (pre-post). Puntuación en el BDI: medias marginales estimadas y desviaciones típicas



El análisis de comparaciones múltiples *post-hoc* muestra que en el pretratamiento no aparecen diferencias intergrupos estadísticamente significativas en la puntuación en el BDI (p>.05). Sí aparecen diferencias al postratamiento, concretamente entre el grupo de mujeres mexicanas y el grupo de mujeres españolas (p<0.05), que estarían indicando una mayor reducción de la sintomatología depresiva en las primeras en comparación con las segundas.

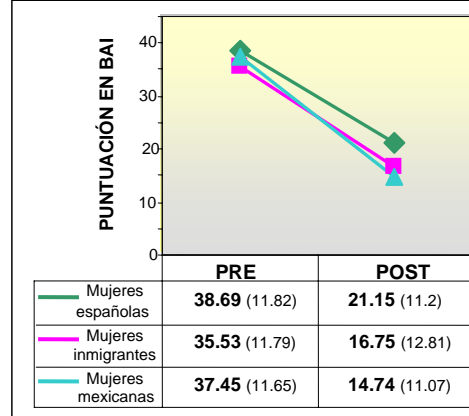
■ **Inventario de Ansiedad de Beck**

Los resultados del ANCOVA (véase tabla 17.50) muestran que el efecto de la interacción nacionalidad\*tiempo no es significativo (p>0.05). Tampoco resulta significativo el efecto de ninguna de las covariables (p>0.05).

Los resultados de los ANOVAs (véase tabla 17.51) revelan una marcada reducción de la sintomatología ansiosa al postratamiento en las **mujeres españolas** [F (1,34) = 116.64, p<0.001],

**inmigrantes** [ $F_{(1,9)} = 47.63, p < 0.001$ ] y **mexicanas** [ $F_{(1,26)} = 120.29, p < 0.001$ ], sin que aparezcan diferencias intergrupos. La siguiente figura representa gráficamente el cambio experimentado en la puntuación en el BAI entre el pre y el postratamiento en cada uno de los grupos de mujeres.

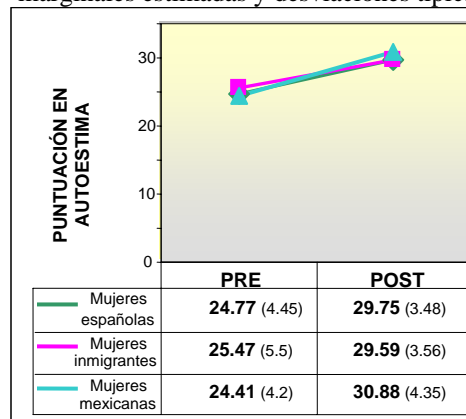
**Figura 17.204.** Comparación pre post intergrupos: Puntuación en el BAI: medias marginales estimadas y desviaciones típicas



### ■ Escala de Autoestima de Rosenberg

Los resultados del ANCOVA muestran que el efecto de la interacción nacionalidad\*tiempo no es significativo ( $p > 0.05$ ). Tampoco resulta significativo el efecto de ninguna de las covariables ( $p > 0.05$ ). Los resultados de los ANOVAs revelan una mejora significativa de la autoestima al postratamiento en las **mujeres españolas** [ $F_{(1,34)} = 107.79, p < 0.001$ ], en las **inmigrantes** [ $F_{(1,9)} = 32, p < 0.001$ ] y en las **mexicanas** [ $F_{(1,26)} = 76.40, p < 0.001$ ], sin que aparezcan diferencias entre los grupos. La siguiente figura representa gráficamente el cambio experimentado en la puntuación en la Escala de Autoestima entre el pre y el postratamiento en cada uno de los grupos de mujeres.

**Figura 17.205.** Comparación pre-post intergrupos. Puntuación en autoestima: medias marginales estimadas y desviaciones típicas

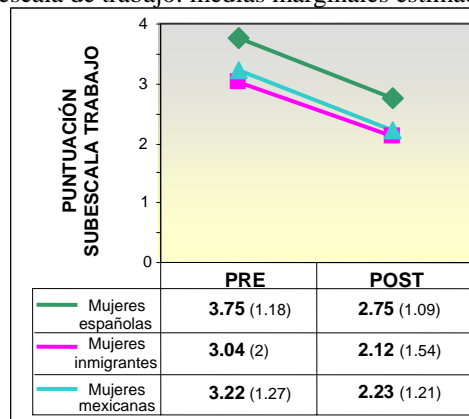


## ■ Escala de Inadaptación

Los resultados de los ANCOVAs en cada una de las medidas de la Escala de Inadaptación (véase tabla 17.50) muestran un efecto estadísticamente significativo de la interacción nacionalidad\*tiempo únicamente en la subescala de pareja [ $F_{(2,66)} = 6.52, p < 0.05$ ] y en el sumatorio total [ $F_{(2,66)} = 5.16, p < 0.05$ ]. El efecto de los covariables no resultó significativo en ninguna de las medidas de la Escala de Inadaptación ( $p > 0.05$ ).

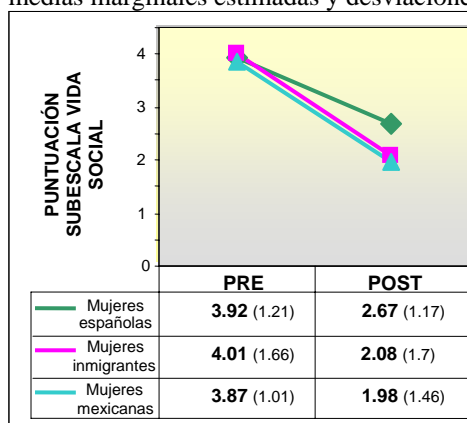
**Trabajo:** Los ANOVAs realizados en cada uno de los grupos (véase tabla 17.51) muestran una marcada reducción de la puntuación en la subescala de trabajo al postratamiento en las **mujeres españolas** [ $F_{(1,34)} = 29.47, p < 0.001$ ], **inmigrantes** [ $F_{(1,9)} = 16, p < 0.05$ ] y **mexicanas** [ $F_{(1,26)} = 13.83, p < 0.05$ ], sin que se hayan encontrado, tal y como revelan los resultados del ANCOVA, diferencias intergrupos. En la siguiente figura aparecen representadas gráficamente las medias marginales estimadas en la subescala de trabajo en el pre y postratamiento en cada uno de los grupos.

**Figura 17.206.** Comparación pre-post intergrupos.  
Puntuación en la subescala de trabajo: medias marginales estimadas y desviaciones típicas



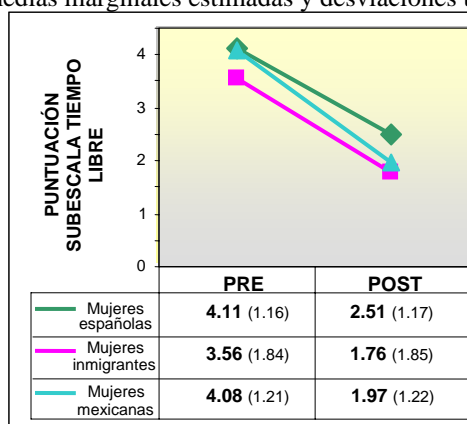
**Vida social:** Se ha encontrado una marcada reducción de la puntuación en la subescala de vida social al postratamiento en las **mujeres españolas** [ $F_{(1,34)} = 51.23, p < 0.001$ ], **inmigrantes** [ $F_{(1,9)} = 9.44, p < 0.05$ ] y **mexicanas** [ $F_{(1,26)} = 53.67, p < 0.001$ ], sin diferencias entre los grupos (véase tabla 15.50). La siguiente figura muestra el cambio experimentado en la puntuación en la subescala de vida social entre el pre y el postratamiento en cada uno de los grupos.

**Figura 17.207.** Comparación pre-post intergrupos. Puntuación en la subescala de vida social: medias marginales estimadas y desviaciones típicas



**Tiempo libre:** En esta área, tanto el grupo de **mujeres españolas** [ $F_{(1,34)} = 92.36, p < 0.001$ ] como el de **inmigrantes** [ $F_{(1,9)} = 11.29, p < 0.05$ ] y **mexicanas** [ $F_{(1,26)} = 68.33, p < 0.001$ ] mejoran de manera significativa al postratamiento, independientemente de la nacionalidad de las participantes. En la siguiente gráfica se puede observar el cambio experimentado en la puntuación en la subescala de tiempo libre entre el pre y el postratamiento en cada uno de los grupos.

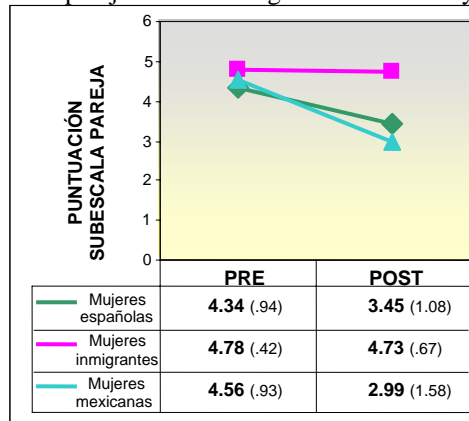
**Figura 17.208.** Comparación pre-post intergrupos. Puntuación en la subescala de tiempo libre: medias marginales estimadas y desviaciones típicas



**Pareja:** Los resultados de los ANOVAs (véase tabla 17.51) muestran una marcada reducción de la puntuación en la subescala de pareja al postratamiento únicamente en las **mujeres españolas** [ $F_{(1,34)} = 44.28, p < 0.001$ ] y **mexicanas** [ $F_{(1,26)} = 28.14, p < 0.001$ ]. Tal y como se ha señalado anteriormente, los resultados del ANCOVA revelan un efecto significativo de la interacción nacionalidad\*tiempo. El análisis de comparaciones múltiples *post-hoc* muestra que en el pretratamiento no aparecen diferencias intergrupos estadísticamente significativas en la puntuación en la subescala de pareja. Sí aparecen diferencias al postratamiento ( $p < 0.05$ ), que señalan que las mujeres inmigrantes presentan valores de inadaptación más elevados en esta variable en comparación con los otros dos grupos de mujeres. La figura siguiente representa claramente el efecto de la interacción.

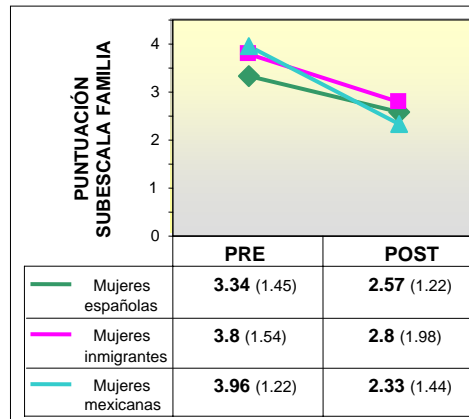


**Figura 17.209.** Efecto de la interacción nacionalidad\*tiempo (pre-post).  
Puntuación en la subescala de pareja: medias marginales estimadas y desviaciones típicas



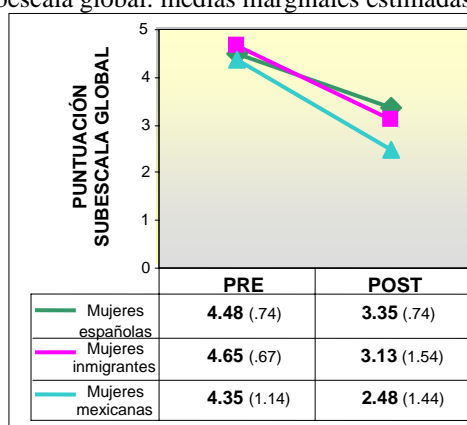
**Familia:** Nuevamente en esta área, las **mujeres españolas** [ $F_{(1,34)} = 16.03, p < 0.001$ ] y **mexicanas** [ $F_{(1,26)} = 24.43, p < 0.001$ ] mejoran de manera significativa al postratamiento; por el contrario, la mejoría de las mujeres inmigrantes no alcanza la significación estadística. En la siguiente gráfica se puede observar el cambio experimentado en la puntuación en la subescala de familia entre el pre y el postratamiento en cada uno de los grupos.

**Figura 17.210.** Comparación pre-post intergrupos.  
Puntuación en la subescala de familia: medias marginales estimadas y desviaciones típicas



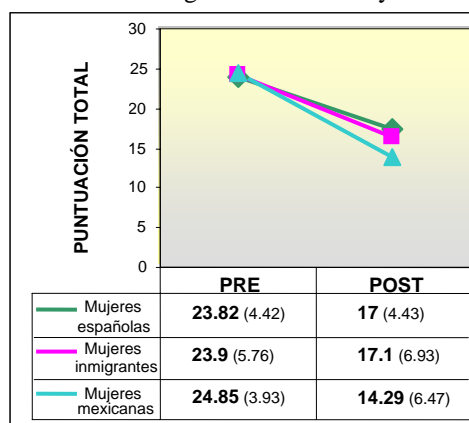
**Subescala global:** Los resultados del ANOVA muestran una marcada reducción de la puntuación en la subescala global al postratamiento en las **mujeres españolas** [ $F_{(1,34)} = 79.33, p < 0.001$ ], **inmigrantes** [ $F_{(1,9)} = 12.27, p < 0.05$ ] y **mexicanas** [ $F_{(1,26)} = 39.15, p < 0.001$ ], sin que se hayan encontrado diferencias en función de la nacionalidad, tal y como muestran los resultados del ANCOVA (véase tabla 17.50). La siguiente figura muestra de manera gráfica el cambio experimentado en la puntuación en la subescala global entre el pre y el postratamiento en cada uno de los grupos.

**Figura 17.211.** Comparación pre-post intergrupos.  
Puntuación en la subescala global: medias marginales estimadas y desviaciones típicas



**Sumatorio total:** Se ha encontrado una marcada reducción en la puntuación en el sumatorio total de la Escala de Inadaptación en las **mujeres españolas** [ $F_{(1,34)} = 168.67, p < 0.001$ ], **inmigrantes** [ $F_{(1,9)} = 27.81, p < 0.05$ ] y **mexicanas** [ $F_{(1,26)} = 90.25, p < 0.001$ ]. Asimismo, los resultados del ANCOVA revelan un efecto significativo de la interacción nacionalidad\*tiempo, que indica diferencias entre los grupos. El análisis de comparaciones múltiples *pos-hoc* muestra que tales diferencias aparecen entre el grupo de mujeres mexicanas y el grupo de mujeres españolas e inmigrantes, al presentar las primeras una reducción significativamente mayor en el nivel de inadaptación total al postratamiento en comparación con los otros dos grupos de mujeres.

**Figura 17.212.** Efecto de la interacción nacionalidad\*tiempo (pre-post).  
Sumatorio total: medias marginales estimadas y desviaciones típicas

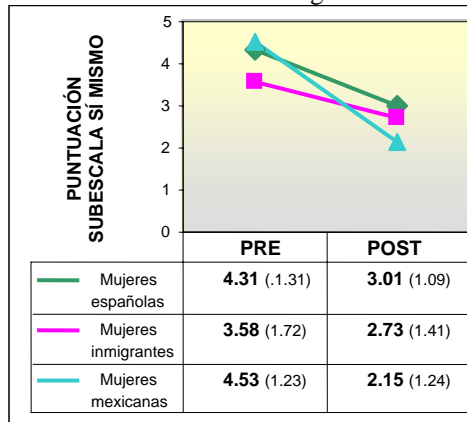


### **Inventario de Cogniciones Postraumáticas**

**Sí mismo:** Los resultados del ANCOVA revelan un efecto significativo de la interacción nacionalidad\*tiempo [ $F_{(2,66)} = 9.48, p < 0.001$ ]. No resultó significativo el efecto de ninguna de las covariables ( $p > 0.05$ ). Si bien, tanto el **grupo de mujeres españolas** [ $F_{(1,34)} = 53.02, p < 0.001$ ], como el de **inmigrantes** [ $F_{(1,9)} = 17.93, p < 0.05$ ] y **mexicanas** [ $F_{(1,26)} = 110.79, p < 0.001$ ] han experimentado una reducción significativa en la puntuación en la subescala de sí

mismo al postratamiento, se han encontrado diferencias entre ellos. La figura siguiente representa gráficamente el efecto de la interacción.

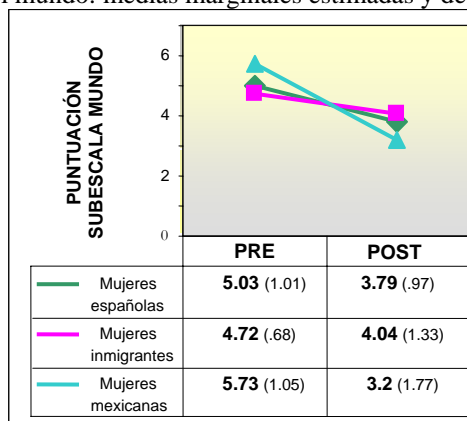
**Figura 17.213.** Efecto de la interacción nacionalidad\*tiempo (pre-post). Puntuación en la subescala de sí mismo: medias marginales estimadas y desviaciones típicas



El análisis de comparaciones múltiples *post-hoc* muestra que tales diferencias aparecen al postratamiento entre el grupo de mujeres mexicanas y el grupo de mujeres españolas e inmigrantes [  $p < 0.05$  ], indicando una mayor reducción de las cogniciones negativas acerca de sí mismo en las mujeres mexicanas en comparación con las españolas e inmigrantes, sin que estos dos últimos grupos difieran entre sí.

**Mundo:** Los resultados del ANCOVA revelan un efecto significativo de la interacción nacionalidad\*tiempo [  $F(2,66) = 10.59, p < 0.001$  ]. No resultó significativo el efecto del factor tipo de grupo, ni de ninguna de las covariables ( $p > 0.05$  ). La figura 17.214 representa gráficamente el efecto de la interacción.

**Figura 17.214.** Efecto de la interacción nacionalidad\*tiempo (pre-post). Puntuación en la subescala del mundo: medias marginales estimadas y desviaciones típicas

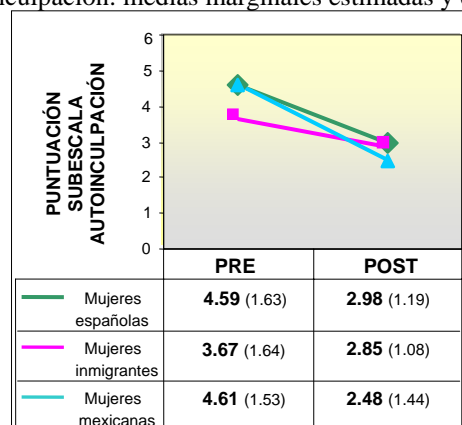


El efecto significativo de la interacción era esperable, dado que, tal y como se ha señalado anteriormente (ver apartado 17.1.6.2), en el pretratamiento el grupo de mujeres mexicanas obtenía una puntuación significativamente mayor en la subescala del mundo en comparación con el grupo de mujeres españolas e inmigrantes. Al postratamiento se encuentra una reducción significativa de las cogniciones postraumáticas sobre el mundo en el grupo de

**mujeres españolas** [ $F_{(1,34)} = 94.51, p < 0.001$ ], **inmigrantes** [ $F_{(1,9)} = 6.35, p < 0.05$ ] y **mexicanas** [ $F_{(1,26)} = 57.35, p < 0.001$ ], sin que aparezcan diferencias entre ellos. Si en el postratamiento no hay diferencias ( $p > 0.05$ ) cuando en el pretratamiento sí las había, cabría esperar que el cambio experimentado en la puntuación en la subescala del mundo entre el pre y el post fuera mayor en el grupo de mujeres mexicanas en comparación con el de españolas e inmigrantes. Para comprobarlo se ha realizado un ANOVA de un factor, que tiene como variable dependiente la diferencia en la puntuación en esta subescala entre el pre y el postratamiento en cada uno de los grupos y como factor la variable nacionalidad. Puesto que se ha cumplido el supuesto de homocedasticidad, se ha utilizado el estadístico F, que, efectivamente, muestra diferencias significativas entre los grupos [ $F_{(2,60)} = 4.77, p < 0.05$ ]. El análisis de comparaciones múltiples *post-hoc* revela que las mujeres mexicanas experimentan una mayor reducción de las cogniciones negativas sobre el mundo en comparación con las españolas ( $DSM = .80, p < 0.05$ ) e inmigrantes ( $DSM = 1.63, p < 0.05$ ).

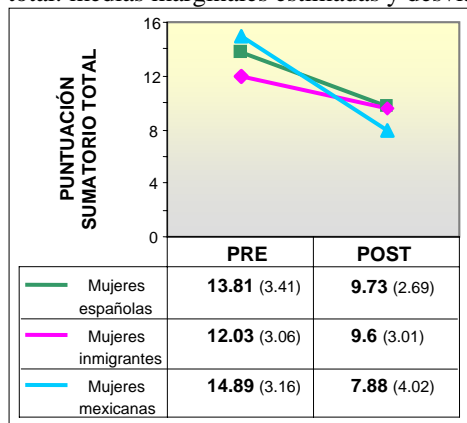
**Autoinculpación:** Se ha encontrado un efecto significativo de la interacción nacionalidad\*tiempo [ $F_{(2,66)} = 3.51, p < 0.05$ ]. No resultó significativo el efecto de ninguna de las covariables. Los resultados de los ANOVAs muestran una reducción significativa de las cogniciones de autoinculpación en el grupo de **mujeres españolas** [ $F_{(1,34)} = 51.07, p < 0.001$ ], **inmigrantes** [ $F_{(1,9)} = 16.88, p < 0.05$ ] y **mexicanas** [ $F_{(1,26)} = 72.68, p < 0.001$ ], encontrándose diferencias entre ellos, tal y como muestran los resultados del ANCOVA. El análisis de comparaciones múltiples revela que las diferencias aparecen entre las mujeres mexicanas e inmigrantes ( $p < 0.05$ ), al experimentar las primeras una mayor reducción de las cogniciones de autoinculpación en comparación con las segundas. La siguiente figura representa gráficamente el efecto de la interacción

**Figura 17.215.** Efecto de la interacción nacionalidad\*tiempo (pre-post). Puntuación en la subescala de autoinculpación: medias marginales estimadas y desviaciones típicas



**Sumatorio total:** Los resultados del ANCOVA revelan un efecto significativo de la interacción nacionalidad\*tiempo [ $F_{(2,66)} = 11.08, p < 0.001$ ]. No resultó significativo el efecto de ninguna de las covariables. La siguiente figura representa gráficamente el efecto de la interacción.

**Figura 17.216.** Efecto de la interacción nacionalidad\*tiempo (pre-post). Puntuación en el sumatorio total: medias marginales estimadas y desviaciones típicas



Tal y como se ha señalado anteriormente (ver apartado 17.1.6.2), el grupo de mujeres mexicanas obtenía una puntuación significativamente mayor que el grupo de mujeres inmigrantes en el sumatorio total en el pretratamiento, sin que se encontraran diferencias significativas entre las mujeres mexicanas y las españolas y estas últimas y las inmigrantes. Al postratamiento, tanto las **mujeres españolas** [ $F_{(1,34)} = 76.38, p < 0.001$ ], como las **inmigrantes** [ $F_{(1,9)} = 54.47, p < 0.001$ ] y **mexicanas** [ $F_{(1,26)} = 117.85, p < 0.001$ ] experimentan una reducción estadísticamente significativa en el sumatorio total del Inventario de Cogniciones Postraumáticas, sin que aparezcan diferencias intergrupos ( $p > 0.05$ ). Por tanto, cabría esperar que el cambio experimentado en la puntuación en el sumatorio total entre el pre y el postratamiento fuera mayor en el grupo de mujeres mexicanas en comparación con las mujeres inmigrantes. Para comprobarlo se ha realizado un ANOVA de un factor, que adopta como variable dependiente la diferencia en la puntuación en el sumatorio total entre el pre y el postratamiento en cada uno de los grupos y como factor la variable nacionalidad. Los resultados, efectivamente, muestran diferencias significativas [ $F_{(2,60)} = 8.94, p < 0.001$ ]. Para saber entre qué grupos aparecen tales diferencias se han realizado análisis *post-hoc*. Dado que se cumple el supuesto de homocedasticidad se ha utilizado el método de Diferencia Mínima Significativa (DMS). Como era esperable, los análisis indican que el grupo de mujeres mexicanas experimenta una reducción estadísticamente mayor en la puntuación en el sumatorio total del Inventario de Cogniciones Postraumáticas en comparación con el de inmigrantes (DSM = 3.89,  $p < 0.001$ ), sin que hayan aparecido diferencias entre el grupo de mujeres mexicanas y españolas y el grupo de mujeres españolas e inmigrantes.

**Tabla 17.50.** ANCOVA (nacionalidad × tiempo pre-post) en cada una de las medidas de sintomatología concomitante: Puntuación en BDI, BAI, autoestima, inadaptación y cogniciones postraumáticas.

VARIABLE / FUENTE DE VARIANZA		CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	TAMAÑO DEL EFECTO**	POTENCIA		
<b>BDI</b>	Nacionalidad	F (2,66) = .387	N.S	.34	.110		
	Tiempo	F (1,66) = 16.85	p < 0.001	.45	.981		
	Nacionalidad*tiempo	F (2,66) = 10.53	p < 0.001	.49	.986		
<b>BAI</b>	Nacionalidad	F (2,66) = .94	N.S	.16	.207		
	Tiempo	F (1,66) = 2.54	N.S	.19	.349		
	Nacionalidad*tiempo	F (2,66) = 1.81	N.S	.22	.365		
<b>AUTOESTIMA</b>	Nacionalidad	F (2,66) = .067	N.S	.04	.060		
	Tiempo	F (1,66) = 3.9	N.S	.23	.495		
	Nacionalidad*tiempo	F (2,66) = 2.27	N.S	.25	.447		
<b>ESCALA DE INADAPTACIÓN</b>	<b>TRABAJO</b>	Nacionalidad	F (2,66) = 1.85	N.S	.23	.374	
		Tiempo	F (1,66) = 1.52	N.S	.15	.229	
		Nacionalidad*tiempo	F (2,66) = .013	N.S	.0	.52	
	<b>VIDA SOCIAL</b>	Nacionalidad	F (2,66) = .71	N.S	.14	.165	
		Tiempo	F (1,66) = 9.31	p < 0.05	.35	.853	
		Nacionalidad*tiempo	F (2,66) = 1.93	N.S	.23	.388	
	<b>TIEMPO LIBRE</b>	Nacionalidad	F (2,66) = 1.11	N.S	.18	.239	
		Tiempo	F (1,66) = 6.31	p < 0.05	.30	.697	
		Nacionalidad*tiempo	F (2,66) = 1.07	N.S	.17	.231	
	<b>PAREJA</b>	Nacionalidad	F (2,66) = 3.45	p < 0.05	.31	.628	
		Tiempo	F (1,66) = .045	N.S	.03	.055	
		Nacionalidad*tiempo	F (2,66) = 6.52	p < 0.05	.4	.895	
	<b>FAMILIA</b>	Nacionalidad	F (2,66) = .034	N.S	.03	.055	
		Tiempo	F (1,66) = 6.02	p < 0.05	.28	.677	
		Nacionalidad*tiempo	F (2,66) = 2.69	N.S	.27	.517	
	<b>GLOBAL</b>	Nacionalidad	F (2,66) = 2.33	N.S	.25	.457	
		Tiempo	F (1,66) = 2.36	N.S	.25	.328	
		Nacionalidad*tiempo	F (2,66) = 2.59	N.S	.27	.499	
	<b>SUMATORIO TOTAL</b>	Nacionalidad	F (2,66) = .76	N.S	.15	.175	
		Tiempo	F (1,66) = 10.88	p < 0.05	.37	.902	
		Nacionalidad*tiempo	F (2,66) = 5.16	p < 0.05	.36	.810	
	<b>COGNICIONES POSTRAUMÁTICAS</b>	<b>SÍ MISMO</b>	Nacionalidad	F (2,66) = .817	N.S	.16	.184
			Tiempo	F (1,66) = 2.28	N.S	.18	.32
			Nacionalidad*tiempo	F (2,66) = 9.48	p < 0.001	.47	.975
<b>MUNDO</b>		Nacionalidad	F (2,66) = .24	N.S	.03	.053	
		Tiempo	F (1,66) = .034	N.S	.03	.054	
		Nacionalidad*tiempo	F (2,66) = 10.59	p < 0.001	.49	1.000	
<b>AUTO INCULPACIÓN</b>		Nacionalidad	F (2,66) = .57	N.S	.13	.142	
		Tiempo	F (1,66) = .07	N.S	.10	.131	
		Nacionalidad*tiempo	F (2,66) = 3.51	p < 0.05	.3	.636	
<b>SUMATORIO TOTAL</b>		Nacionalidad	F (2,66) = .33	N.S	.1	.102	
		Tiempo	F (1,66) = 1.59	N.S	.15	.238	
		Nacionalidad*tiempo	F (2,66) = 11.08	p < 0.001	.5	.989	

\*Nivel de significación: p<0.05      N.S. No significativo      \*\*Eta: fuerza de la asociación

**Tabla 17.51.** ANOVA pre-post para el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en sintomatología concomitante: Puntuación en el BDI, BAI, autoestima, inadaptación y cogniciones postraumáticas.

VARIABLE	NACIONALIDAD	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	TAMAÑO DEL EFECTO**	POTENCIA
<b>BDI</b>	Mujeres españolas	F (1,34) = 179.59	p < 0.001	.92	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,9) = 43.6	p < 0.001	.91	1.000
	Mujeres mexicanas	F (1,26) = 160.49	p < 0.001	.92	1.000
<b>BAI</b>	Mujeres españolas	F (1,34) = 116.64	p < 0.001	.87	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,9) = 47.63	p < 0.001	.91	1.000
	Mujeres mexicanas	F (1,26) = 120.29	p < 0.001	.9	1.000
<b>AUTOESTIMA</b>	Mujeres españolas	F (1,34) = 107.79	p < 0.001	.87	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,9) = 32	p < 0.001	.88	.999
	Mujeres mexicanas	F (1,26) = 76.40	p < 0.001	.86	1.000

**Tabla 17.51.** ANOVA (continuación)

VARIABLE		CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	TAMAÑO DEL EFECTO**	POTENCIA	
ESCALA DE INADAPTACIÓN	TRABAJO	Mujeres españolas	F (1,34) = 29.47	p < 0.001	.68	1.000
		Mujeres inmigrantes	F (1,9) = 16	p < 0.05	.8	.944
		Mujeres mexicanas	F (1,26) = 13.83	p < 0.05	.58	.947
	VIDA SOCIAL	Mujeres españolas	F (1,34) = 51.23	p < 0.001	.77	1.000
		Mujeres inmigrantes	F (1,9) = 9.44	p < 0.05	.73	.781
		Mujeres mexicanas	F (1,26) = 53.67	p < 0.001	.82	1.000
	TIEMPO LIBRE	Mujeres españolas	F (1,34) = 92.36	p < 0.001	.85	1.000
		Mujeres inmigrantes	F (1,9) = 11.29	p < 0.05	.74	.848
		Mujeres mexicanas	F (1,26) = 68.33	p < 0.001	.85	1.000
	PAREJA	Mujeres españolas	F (1,34) = 44.28	p < 0.001	.75	1.000
		Mujeres inmigrantes	F (1,9) = .310	N.S	.18	.079
		Mujeres mexicanas	F (1,26) = 28.14	p < 0.001	.72	.999
	FAMILIA	Mujeres españolas	F (1,34) = 16.03	p < 0.001	.56	.973
		Mujeres inmigrantes	F (1,9) = 5	N.S	.59	.514
		Mujeres mexicanas	F (1,26) = 24.43	p < 0.001	.69	.997
	GLOBAL	Mujeres españolas	F (1,34) = 79.33	p < 0.001	.77	1.000
		Mujeres inmigrantes	F (1,9) = 12.27	p < 0.05	.87	.875
		Mujeres mexicanas	F (1,26) = 39.15	p < 0.001	.77	1.000
SUMATORIO TOTAL	Mujeres españolas	F (1,34) = 168.67	p < 0.001	.91	1.000	
	Mujeres inmigrantes	F (1,9) = 27.81	p < 0.05	.86	.996	
	Mujeres mexicanas	F (1,26) = 90.25	p < 0.001	.88	1.000	
COGNICIONES POSTRAUMÁTICAS	SÍ MISMO	Mujeres españolas	F (1,34) = 53.02	p < 0.001	.78	1.000
		Mujeres inmigrantes	F (1,9) = 17.93	p < 0.05	.81	.963
		Mujeres mexicanas	F(1,26) = 110.79	p < 0.001	.9	1.000
	MUNDO	Mujeres españolas	F (1,34) = 94.51	p < 0.001	.85	1.000
		Mujeres inmigrantes	F (1,9) = 6.35	p < 0.05	.64	.613
		Mujeres mexicanas	F (1,26) = 57.35	p < 0.001	.82	1.000
	AUTOINCUPL	Mujeres españolas	F (1,34) = 51.07	p < 0.001	.77	1.000
		Mujeres inmigrantes	F (1,9) = 16.88	p < 0.05	.80	.954
		Mujeres mexicanas	F (1,26) = 72.68	p < 0.001	.85	1.000
	SUMATORIO TOTAL	Mujeres españolas	F (1,34) = 76.38	p < 0.001	.83	1.000
		Mujeres inmigrantes	F (1,9) = 54.47	p < 0.001	.92	1.000
		Mujeres mexicanas	F(1,26) = 117.85	p < 0.001	.9	1.000

\*Nivel de significación: p<0.05  
N.S. No significativo

\*\*Eta: fuerza de la asociación.

### ■ Tamaño del efecto y potencia estadística

#### *Resultados en el grupo de no tratamiento-grupo de tratamiento*

En las *comparaciones intrasujeto* se ha encontrado un tamaño del efecto alto para el grupo de tratamiento y bajo para el grupo de no tratamiento en cada una de las medidas de sintomatología concomitante (véase tabla 17.49). Asimismo, se ha encontrado una potencia adecuada para las comparaciones intrasujeto en el grupo de tratamiento y baja en el grupo de no tratamiento, que tendría que ver con el tamaño del efecto pequeño y con la ausencia de diferencias significativas entre el pre y el post en las medidas de sintomatología concomitante en este último grupo. De la misma manera, se ha encontrado una alta potencia en las *comparaciones intergrupo*.

*Resultados en el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas*

Se ha encontrado un tamaño del efecto alto en las *comparaciones intrasujeto* en cada una de las medidas de sintomatología concomitante, con la única excepción de la escala de pareja en el grupo de mujeres inmigrantes, en la que se ha encontrado un tamaño del efecto bajo. Asimismo, la potencia estadística de los resultados es alta (valores muy cercanos a 0.80, o claramente superiores), a excepción de la subescala de pareja y familia en el grupo de mujeres inmigrantes. Señalar que el tamaño del efecto alto y la baja potencia encontrada en la subescala de familia en las mujeres inmigrantes, haría pensar que la ausencia de diferencias significativas entre el pre y el postratamiento en esta medida pudiera ser debida a la falta de potencia de la investigación para detectarlas, explicada probablemente por el reducido tamaño muestral de este grupo.

Respecto a las comparaciones *intergrupo*, se ha alcanzado una potencia adecuada y un tamaño del efecto medio o alto en aquellas medidas en las que se han encontrado diferencias entre los grupos. En aquellas medidas en las que no se han encontrado tales diferencias, la potencia de los resultados es muy baja, pero también lo es el tamaño del efecto.

### ■ Significación clínica

#### • Diagnóstico de depresión según BDI

En términos de significación clínica, de las 72 participantes que completaron el tratamiento, un 41.7% del **total**, un 31.4% de las *mujeres españolas*, un 40% de las *inmigrantes* y más de la mitad de las *mujeres mexicanas* (55.6%) no sólo mejoran significativamente su sintomatología depresiva, sino que se recuperan desde el punto de vista clínico. Por otro lado, el 55.6% del **total** de participantes con un diagnóstico de depresión grave en el pretratamiento se reduce a un 2.8% al postratamiento. De la misma manera, el 48.6% de las *mujeres españolas* diagnosticadas de depresión grave en el pretratamiento se reduce a un 0% al postratamiento, el 60% de las *inmigrantes* se reduce a un 10% y el 63% de las *mexicanas* a un 3.7%. La siguiente tabla ofrece la distribución del grupo total de tratamiento y de cada uno de los grupos de mujeres, según el diagnóstico de depresión en el pre y postratamiento.

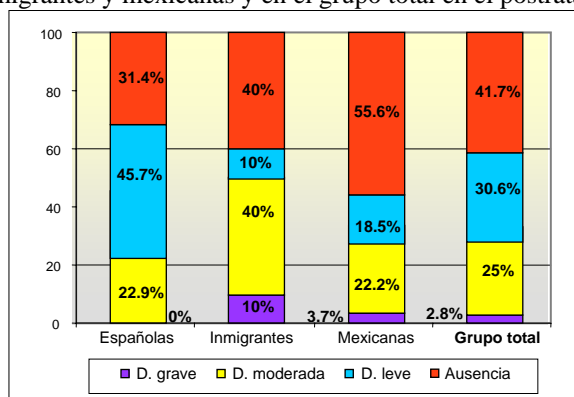
**Tabla 17.52.** Distribución del grupo total de tratamiento y del grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas según diagnóstico de depresión en el BDI en el pre y postratamiento.

		CATEGORÍAS DE DEPRESIÓN SEGÚN BDI							
EVALUACIÓN	TIPO DE GRUPO/GRUPO TOTAL DE TTO	AUSENCIA		LEVE		MODERADA		GRAVE	
		N	%	N	%	N	%	N	%
PRETRATAMIENTO	ESPAÑOLAS (N=35)	0	0	4	11.4	14	40	17	48.6
	INMIGRANTES (N=10)	0	0	3	30	1	10	6	60
	MEXICANAS (N=27)	0	0	2	7.4	8	29.6	17	63
	<b>GRUPO TOTAL (N=72)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>12.5</b>	<b>23</b>	<b>31.9</b>	<b>40</b>	<b>55.6</b>
POSTRATAMIENTO	ESPAÑOLAS (N=35)	11	31.4	16	45.7	8	22.9	0	0
	INMIGRANTES (N=10)	4	40	1	10	4	40	1	10
	MEXICANAS (N=27)	15	55.6	5	18.5	6	22.2	1	3.7
	<b>GRUPO TOTAL (N=72)</b>	<b>30</b>	<b>41.7</b>	<b>22</b>	<b>30.6</b>	<b>18</b>	<b>25</b>	<b>2</b>	<b>2.8</b>



La figura siguiente muestra de manera gráfica el diagnóstico de depresión según el BDI en el grupo total y en cada uno de los grupos al postratamiento.

**Figura 17.217.** Diagnóstico de depresión según el BDI en el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas y en el grupo total en el postratamiento



Las diferencias que se observan entre el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en el porcentaje de ellas que se recuperan de la depresión al postratamiento no son estadísticamente significativas, tal y como se aprecia en la siguiente tabla.

**Tabla 17.53.** Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) intergrupos: mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas. Diagnóstico de depresión según BDI al postratamiento.

	$\chi^2$ (gl, N)	Signif.*
• Diagnóstico depresión postratamiento	11.41 (6,72)	N.S

\*Nivel de significación:  $p < 0.05$  N.S. No significativo

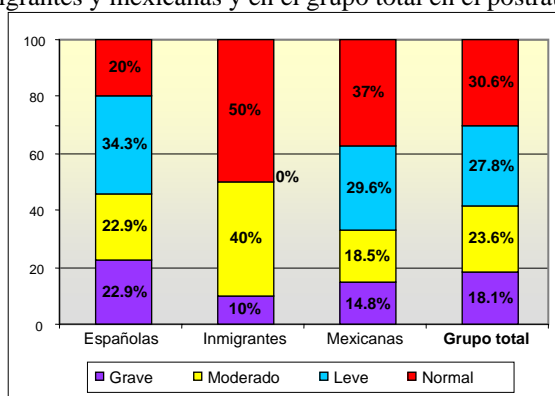
• **Diagnóstico de ansiedad según BAI**

Desde el punto de vista clínico, del 100% de las participantes que presentaba algún grado de ansiedad en el pretratamiento, un 30.6% del **grupo total** de tratamiento, un 20% de las *mujeres españolas*, la mitad de las *mujeres inmigrantes* (50%) y un 37% de las *mujeres mexicanas* no sólo mejoran significativamente su sintomatología ansiosa, sino que se recuperan desde el punto de vista clínico. La siguiente tabla recoge la distribución del total de participantes y de las mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas según el diagnóstico en el BAI en el pre y postratamiento. La representación gráfica de los resultados se muestra en la figura 17.218.

**Tabla 17.54.** Distribución del grupo total y del grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas, según diagnóstico de ansiedad en el BAI en el pre y postratamiento.

EVALUACIÓN	TIPO DE GRUPO/ GRUPO TOTAL DE TTO.	CATEGORÍAS DE ANSIEDAD SEGÚN BAI							
		NORMAL		LEVE		MODERADA		GRAVE	
		N	%	N	%	N	%	N	%
PRETRATAMIENTO	ESPAÑOLAS (N=35)	0	0	1	2.9	10	28.6	24	68.6
	INMIGRANTES (N=10)	0	0	1	10	2	20	7	70
	MEXICANAS (N= 27)	0	0	3	11.1	2	7.4	22	81.5
	<b>GRUPO TOTAL (N=72)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>6.9</b>	<b>14</b>	<b>19.4</b>	<b>53</b>	<b>73.6</b>
POSTRATAMIENTO	ESPAÑOLAS (N=35)	7	20	12	34.3	8	22.9	8	22.9
	INMIGRANTES (N=10)	5	50	0	0	4	40	1	10
	MEXICANAS (N=27)	10	37	8	29.6	5	18.5	4	14.8
	<b>GRUPO TOTAL (N=72)</b>	<b>22</b>	<b>30.6</b>	<b>20</b>	<b>27.8</b>	<b>17</b>	<b>23.6</b>	<b>13</b>	<b>18.1</b>

**Figura 17.218.** Diagnóstico de ansiedad según el BAI en el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas y en el grupo total en el postratamiento



Seguindo los criterios del BAI, el 73.6% de mujeres del **grupo total** con un diagnóstico de ansiedad grave en el pretratamiento se reduce a un 18.1% al postratamiento. Asimismo, el 68.6% de las *mujeres españolas* con un nivel grave de ansiedad en el pretratamiento se reduce a un 22.9% al postratamiento, el 70% de las *mujeres inmigrantes* se reduce a un 10% y el 81.5% de las *mexicanas* a un 14.8%.

Las diferencias encontradas entre el grupo de españolas, inmigrantes y mexicanas en el porcentaje de mujeres que mejoran y se recuperan de la ansiedad al postratamiento no son estadísticamente significativas, tal y como se desprende de la prueba Chi-cuadrado de Pearson llevada a cabo, cuyos resultados se muestran en la siguiente tabla.

**Tabla 17.55.** Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) intergrupos: mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas. Diagnóstico de ansiedad según BAI al postratamiento.

	$\chi^2$ (gl, N)	Signif.*
• Diagnóstico ansiedad postratamiento	8.63 (6,72)	N.S

\*Nivel de significación:  $p < 0.05$  N.S. No significativo

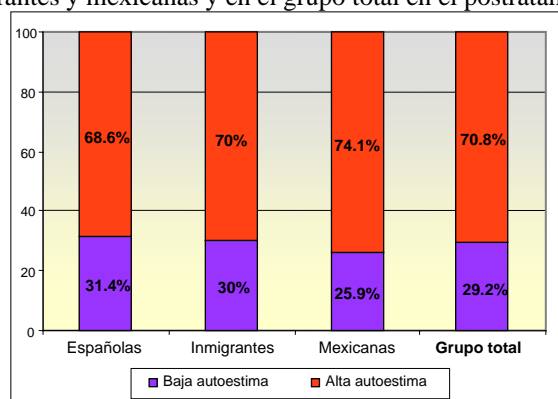
### • Diagnóstico de autoestima según la Escala de Autoestima de Rosenberg

Considerando el punto de corte de la escala en 29 puntos para discriminar entre un nivel alto y un nivel bajo de autoestima, se puede afirmar, a la luz de los resultados de la tabla 17.56, que el 75% de las participantes del **grupo total** con un nivel bajo de autoestima en el pretratamiento se redujo a un 29.2% al postratamiento. De la misma manera, el 74.3% de las *mujeres españolas* con un nivel bajo de autoestima en el pretratamiento se redujo a un 31.4% al postratamiento, el 60% de las *mujeres inmigrantes* a un 30% y el 81.5% de las *mujeres mexicanas* a un 25.9%. La siguiente tabla muestra los resultados comentados y la figura 17.219 los representa gráficamente.

**Tabla 17.56.** Distribución del grupo total y del grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas según diagnóstico en la Escala de Autoestima en el pre y postratamiento.

EVALUACIÓN	TIPO DE GRUPO/ GRUPO TOTAL DE TTO.	BAJA		ALTA	
		N	%	N	%
PRETRATAMIENTO	ESPAÑOLAS (N=35)	26	74.3	9	25.7
	INMIGRANTES (N=10)	6	60	4	40
	MEXICANAS (N= 27)	22	81.5	5	18.5
	<b>GRUPO TOTAL (N=72)</b>	<b>54</b>	<b>75</b>	<b>18</b>	<b>25</b>
POSTRATAMIENTO	ESPAÑOLAS (N=35)	11	31.4	24	68.6
	INMIGRANTES (N=10)	3	30	7	70
	MEXICANAS (N=27)	7	25.9	20	74.1
	<b>GRUPO TOTAL (N=72)</b>	<b>21</b>	<b>29.2</b>	<b>51</b>	<b>70.8</b>

**Figura 17.219.** Diagnóstico en la Escala de Autoestima en el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas y en el grupo total en el postratamiento



Las diferencias encontradas entre el grupo de españolas, inmigrantes y mexicanas en el porcentaje de mujeres que mejoran la autoestima al postratamiento no son estadísticamente significativas, tal y como se desprende de los resultados de la siguiente tabla 17.57.

**Tabla 17.57.** Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) intergrupos: mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas. Diagnóstico de autoestima al postratamiento.

	$\chi^2$ (gl, N)	Signif.*
• Diagnóstico autoestima postratamiento	.22 (2,72)	N.S

\*Nivel de significación:  $p < 0.05$

N.S. No significativo

### • Diagnóstico de inadaptación según Escala de Inadaptación

Tal y como se ha señalado anteriormente, la Escala de Inadaptación propone un punto de corte, indicador del grado de inadaptación general. Se sitúa en 12 puntos y ha sido utilizado en este estudio para discriminar entre las participantes inadaptadas, esto es, aquellas que presentan una alteración en su funcionamiento en la vida cotidiana como consecuencia del TEPT (puntuación total superior a 12 puntos) y las participantes que no presentan esta alteración o participantes adaptadas (puntuación total igual o inferior a 12 puntos).

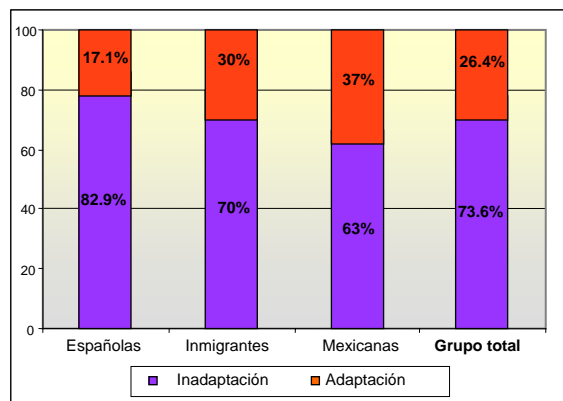
Así pues, en el pretratamiento el 100% de las participantes se encontraba inadaptada. Al postratamiento, el 26.4% de las mujeres del **grupo total** de tratamiento, en concreto, el 17.1% de

las mujeres españolas, el 30% de las inmigrantes y el 37% de las mexicanas mejoran el nivel de adaptación y se recuperan desde el punto de vista clínico. La siguiente tabla presenta los resultados comentados y la figura 17.220 los recoge de manera gráfica.

**Tabla 17.58.** Distribución del grupo total y del grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas según diagnóstico en la Escala de Inadaptación en el pre y postratamiento.

EVALUACIÓN	TIPO DE GRUPO/ GRUPO TOTAL DE TTO.	INADAPTACIÓN		ADAPTACIÓN	
		N	%	N	%
PRETRATAMIENTO	ESPAÑOLAS (N=35)	35	100	0	0
	INMIGRANTES (N=10)	0	100	0	0
	MEXICANAS (N= 27)	7	100	0	0
	<b>GRUPO TOTAL (N=72)</b>	<b>72</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
POSTRATAMIENTO	ESPAÑOLAS (N=35)	29	82.9	6	17.1
	INMIGRANTES (N=10)	7	70	3	30
	MEXICANAS (N=27)	17	63	10	37
	<b>GRUPO TOTAL (N=72)</b>	<b>53</b>	<b>73.6</b>	<b>19</b>	<b>26.4</b>

**Figura 17.220.** Diagnóstico en la Escala de Inadaptación en el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas y en el grupo total en el postratamiento



Las diferencias encontradas entre el grupo de españolas, inmigrantes y mexicanas en el porcentaje de mujeres que mejoran el nivel de inadaptación al postratamiento no son estadísticamente significativas, tal y como se desprende de la prueba Chi-cuadrado de Pearson llevada a cabo, cuyos resultados se muestran en la siguiente tabla.

**Tabla 17.59.** Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) intergrupos: mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas. Diagnóstico en la Escala de Inadaptación al postratamiento.

	$\chi^2$ (gl, N)	Signif.*
• Diagnóstico Escala de Inadaptación postratamiento	3.23 (2,72)	N.S

\*Nivel de significación: p<0.05 N.S. No significativo

### 1.7.2.5.3 Trastorno de estrés postraumático: Cambios pretratamiento-seguimientos (1, 3, 6 y 12 meses)

El cambio experimentado en la sintomatología del TEPT a lo largo del tiempo se ha analizado teniendo en cuenta, en primer lugar, el grupo de tratamiento en su totalidad. Para ello se han llevado a cabo ANOVAs de medidas repetidas en cada una de las medidas del TEPT y en cada uno de los seguimientos. En segundo lugar, se ha explorado si existen diferencias significativas entre el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en el cambio experimentado entre el pre y el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses. En este caso se han realizado ANCOVAs, que asumen un *factor inter-grupo* (nacionalidad) con tres niveles, española, mixta (mujeres inmigrantes) y mexicana y un *factor intra-sujeto* (tiempo) con dos niveles (pretratamiento y seguimiento). Para controlar el efecto de aquellas variables que resultaron significativas en el análisis de homogeneidad de grupos, esto es, dependencia económica de la víctima respecto al agresor, apoyo social en la actualidad e historia previa de violencia doméstica, se han introducido como covariables en los ANCOVAs realizados. Asimismo, se han llevado a cabo análisis de comparaciones múltiples *post-hoc* para desentrañar el efecto de la interacción nacionalidad\*tipo de grupo cuando resultara significativo. Con el objeto de analizar el cambio en la sintomatología a lo largo del tiempo en las mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas por separado, se han realizado ANOVAs para cada uno de los grupos en cada una de las medidas del TEPT y en cada uno de los seguimientos.

#### ■ Puntuación total en la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT

##### • *Grupo total de tratamiento*

Los resultados de los ANOVAs (véase tabla 17.60) muestran diferencias estadísticamente significativas entre el pretratamiento y el seguimiento al mes [ $F_{(1,68)} = 638.69$ ,  $p < 0.001$ ], tres meses [ $F_{(1,62)} = 608.06$ ,  $p < 0.001$ ], seis meses [ $F_{(1,61)} = 468.67$ ,  $p < 0.001$ ] y doce meses [ $F_{(1,60)} = 776.8$ ,  $p < 0.001$ ] en el grupo total de tratamiento, lo que indica que la reducción en la puntuación total del TEPT al postratamiento se mantiene en los seguimientos realizados.

**Tabla 17.60.** ANOVAs pre- seg. al mes, 3, 6 y 12 meses para el grupo total de tratamiento en la puntuación total de la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT.

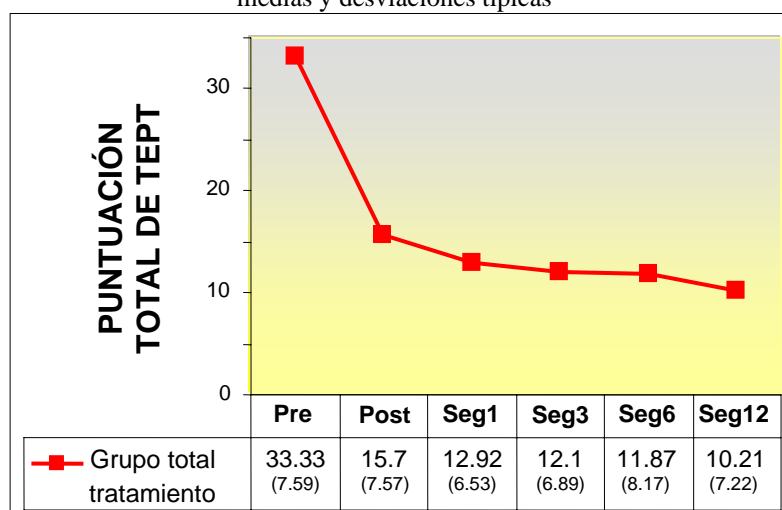
VARIABLE	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	
			TAMAÑO DEL EFECTO**	POTENCIA
Pre-seguimiento 1 mes	$F_{(1,68)} = 638.69$	$p < 0.001$	.95	1.000
Pre-seguimiento 3 meses	$F_{(1,62)} = 608.06$	$p < 0.001$	.95	1.000
Pre-seguimiento 6 meses	$F_{(1,61)} = 468.67$	$p < 0.001$	.94	1.000
Pre-seguimiento 12 meses	$F_{(1,60)} = 776.8$	$p < 0.001$	.96	1.000

\*Nivel de significación:  $p < 0.05$

\*\*Eta: fuerza de la asociación

La siguiente figura representa gráficamente la evolución en la puntuación total de TEPT en el grupo total de participantes.

**Figura 17.221.** Evolución en la puntuación total de TEPT en el grupo total de tratamiento: medias y desviaciones típicas

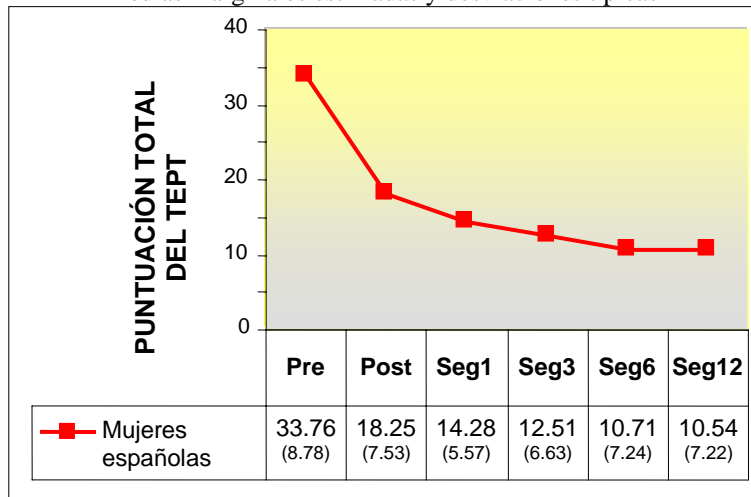


• *Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas*

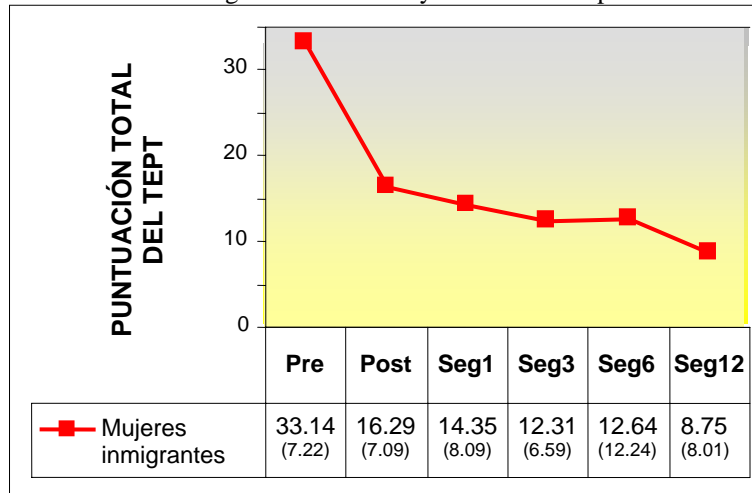
Los resultados de los ANCOVAs revelan que el efecto de la interacción nacionalidad\*tiempo no ha resultado significativo en ninguno de los seguimientos ( $p > 0.05$ ), lo que indicaría que no hay diferencias significativas entre el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en la puntuación total del TEPT al mes, tres, seis y doce meses de concluida la intervención (véase tablas 17.64, 17.66, 17.68, 17.70). Respecto a las covariables, únicamente ha resultado significativo el efecto de la historia de maltrato anterior, tanto en el seguimiento al mes [ $F_{(1,63)} = 4.42, p < 0.05$ ], como a los tres [ $F_{(1,57)} = 5.50, p < 0.05$ ], seis [ $F_{(1,56)} = 4.52, p < 0.05$ ] y doce meses [ $F_{(1,55)} = 6.35, p < 0.05$ ].

Los ANOVAs realizados en cada uno de los grupos muestran diferencias estadísticamente significativas entre el pretratamiento y cada uno de los seguimientos realizados, tanto en el grupo de **mujeres españolas**, como en el de **mujeres inmigrantes y mexicanas** (véase tablas 17.65, 17.67, 17.69, 17.71), que indican que el cambio experimentado en la puntuación total del TEPT al postratamiento se mantiene en los seguimientos al mes, tres, seis y doce meses, independientemente de la nacionalidad de las participantes. Las siguientes figuras muestran de manera gráfica la evolución en la puntuación total en la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT en el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.

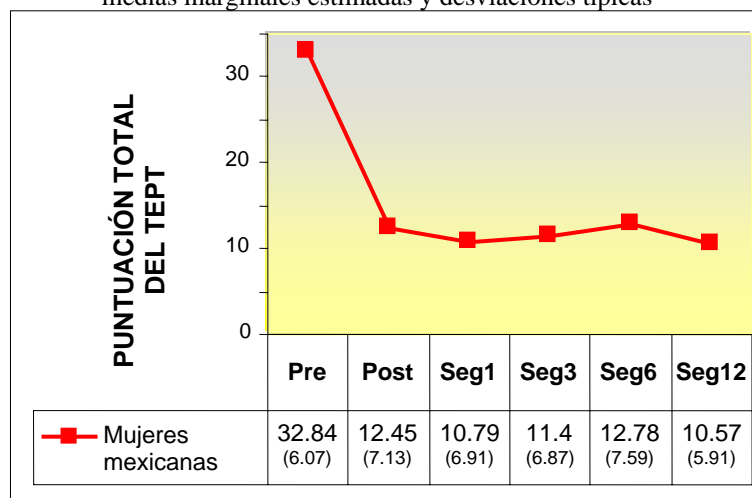
**Figura 17.222.** Evolución en la puntuación total del TEPT en el grupo de mujeres españolas: medias marginales estimadas y desviaciones típicas



**Figura 17.223.** Evolución en la puntuación total del TEPT en el grupo de mujeres inmigrantes: medias marginales estimadas y desviaciones típicas



**Figura 17.224.** Evolución en la puntuación total del TEPT en el grupo de mujeres mexicanas: medias marginales estimadas y desviaciones típicas

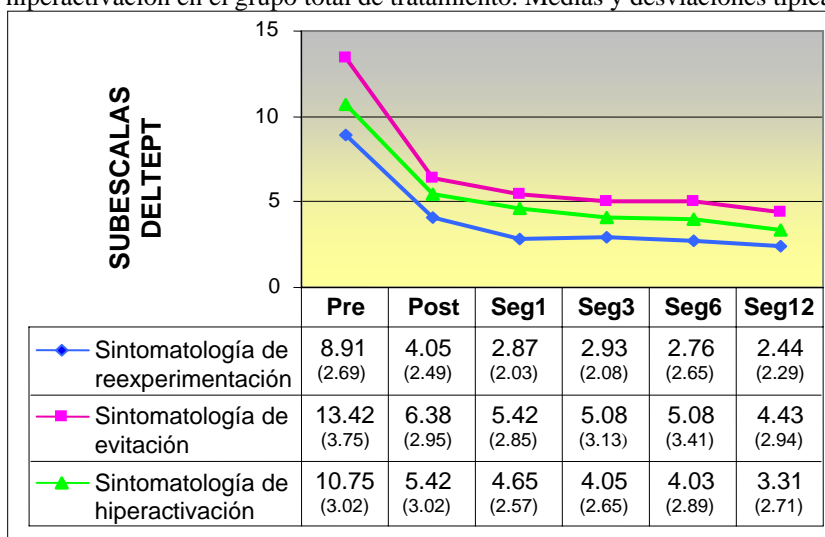


■ **Puntuación en las subescalas: reexperimentación, evitación e hiperactivación**

• **Grupo total de tratamiento**

Los resultados de los ANOVAs muestran diferencias estadísticamente significativas entre el pretratamiento y el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses en reexperimentación, evitación e hiperactivación en el grupo total de tratamiento (véase tablas 17.61, 17.62 y 17.63). Por tanto, la reducción alcanzada al postratamiento en cada uno de los grupos sintomáticos del TEPT se mantiene en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses en el grupo total de participantes. La siguiente figura representa gráficamente la evolución en la sintomatología de reexperimentación, evitación e hiperactivación en el grupo total de participantes.

**Figura 17.225.** Evolución en la puntuación en reexperimentación, evitación e hiperactivación en el grupo total de tratamiento. Medias y desviaciones típicas



**Tabla 17.61.** ANOVAs pre-seg. al mes, 3, 6 y 12 meses para el grupo total de tratamiento en la puntuación en reexperimentación.

<b>REEXPERIMENTACIÓN</b>				
VARIABLE	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	TAMAÑO DEL EFECTO**	POTENCIA
Pre-seguimiento 1 mes	F (1,68) = 432.89	p < 0.001	.92	1.000
Pre-seguimiento 3 meses	F (1,62) = 407.48	p < 0.001	.93	1.000
Pre-seguimiento 6 meses	F (1,61) = 318.01	p < 0.001	.91	1.000
Pre-seguimiento 12 meses	F (1,60) = 369.58	p < 0.001	.92	1.000

\*Nivel de significación: p<0.05

\*\*Eta: fuerza de la asociación

**Tabla 17.62.** ANOVAs pre-seg. al mes, 3, 6 y 12 meses para el grupo total de tratamiento en la puntuación en evitación.

<b>EVITACIÓN</b>				
VARIABLE	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	TAMAÑO DEL EFECTO**	POTENCIA
Pre-seguimiento 1 mes	F (1,68) = 344.36	p < 0.001	.91	1.000
Pre-seguimiento 3 meses	F (1,62) = 358.21	p < 0.001	.92	1.000
Pre-seguimiento 6 meses	F (1,61) = 316.48	p < 0.001	.91	1.000
Pre-seguimiento 12 meses	F (1,60) = 422.31	p < 0.001	.93	1.000

\*Nivel de significación: p<0.05

\*\*Eta: fuerza de la asociación



**Tabla 17.63.** ANOVAs pre-seg. al mes, 3, 6 y 12 meses para el grupo total de tratamiento en la puntuación en hiperactivación.

VARIABLE	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	HIPERACTIVACIÓN	
			TAMAÑO DEL EFECTO**	POTENCIA
Pre-seguimiento 1 mes	F (1,68) = 234.47	p < 0.001	.88	1.000
Pre-seguimiento 3 meses	F (1,62) = 275.29	p < 0.001	.90	1.000
Pre-seguimiento 6 meses	F (1,61) = 198.01	p < 0.001	.87	.988
Pre-seguimiento 12 meses	F (1,60) = 309.43	p < 0.001	.91	1.000

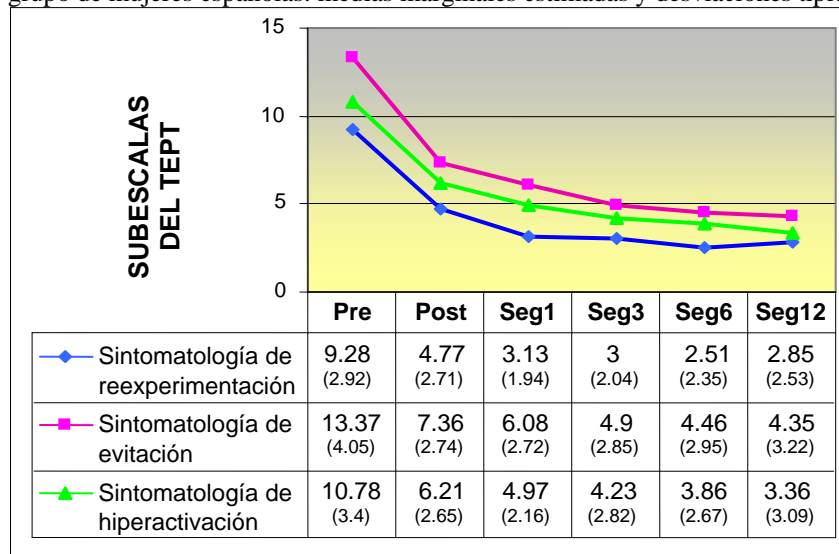
\*Nivel de significación: p<0.05

\*\*Eta: fuerza de la asociación

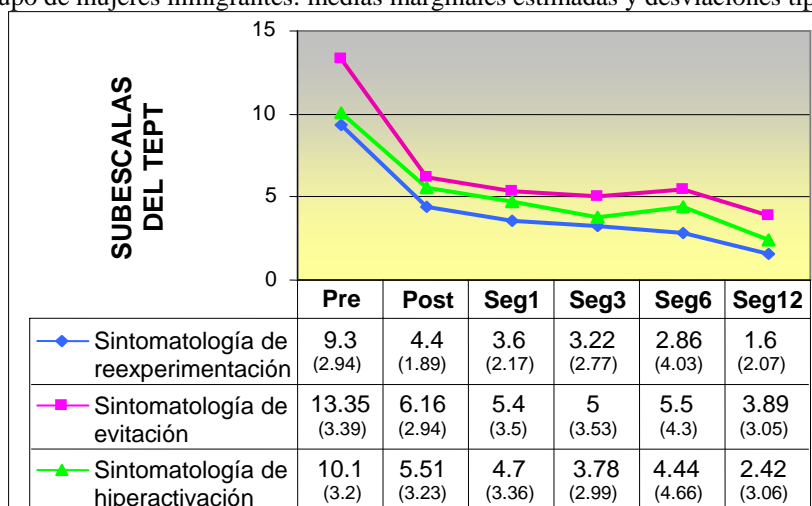
• *Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas*

Los resultados de los ANCOVAs revelan que el efecto de la interacción nacionalidad\*tiempo no ha resultado significativo en ninguna de la subescalas del TEPT en ninguno de los seguimientos (véase tablas 17.64, 17.66, 17.68, 17.70). Los ANOVAs realizados para cada grupo (véase tablas 17.65, 17.67, 17.69, 17.71) revelan que tanto el grupo de **mujeres españolas**, como el de **inmigrantes y mexicanas** experimentan una reducción estadísticamente significativa en reexperimentación, evitación e hiperactivación en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses de concluida la intervención, sin que hayan aparecido diferencias intergrupos en función de la nacionalidad.

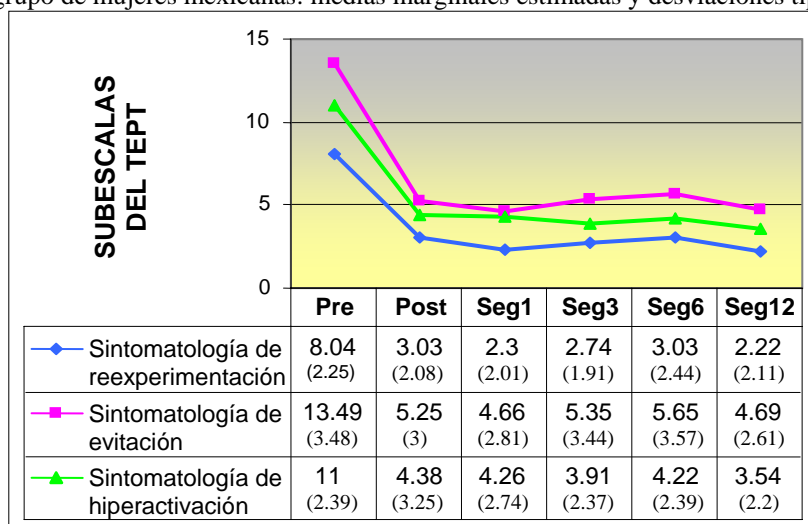
**Figura 17.226.** Evolución en la puntuación en reexperimentación, evitación e hiperactivación en el grupo de mujeres españolas: medias marginales estimadas y desviaciones típicas



**Figura 17.227.** Evolución en la puntuación en reexperimentación, evitación e hiperactivación en el grupo de mujeres inmigrantes: medias marginales estimadas y desviaciones típicas



**Figura 17.228.** Evolución en la puntuación en reexperimentación, evitación e hiperactivación en el grupo de mujeres mexicanas: medias marginales estimadas y desviaciones típicas



**Tabla 17.64.** ANCOVAs (nacionalidad × tiempo pre-seg mes) en cada una de las medidas del TEPT: Puntuación en la escala global, reexperimentación, evitación e hiperactivación.

VARIABLE/ FUENTE DE VARIANZA		SEGUIMIENTO AL MES			
		CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	TAMAÑO DEL EFECTO**	POTENCIA
<b>ESCALA GLOBAL DE TEPT</b>	Nacionalidad	F (2,63) = 1.05	N.S	.17	.227
	Tiempo	F (1,63) = 16.49	p < 0.001	.45	.979
	Nacionalidad*tiempo	F (2,63) = 1.79	N.S	.23	.362
<b>REEXPERIMENT.</b>	Nacionalidad	F (2,63) = 3.83	p < 0.05	.33	.676
	Tiempo	F (1,63) = 9.3	p < 0.05	.35	.852
	Nacionalidad*tiempo	F (2,63) = .18	N.S	.08	.078
<b>EVITACIÓN</b>	Nacionalidad	F (2,63) = .41	N.S	.11	.115
	Tiempo	F (1,63) = 10.01	p < 0.05	.37	.876
	Nacionalidad*tiempo	F (2,63) = 1.38	N.S	.20	.287
<b>HIPERACTIVACIÓN</b>	Nacionalidad	F (2,63) = .2	N.S	.07	.081
	Tiempo	F (1,63) = 4.83	p < 0.05	.27	.581
	Nacionalidad*tiempo	F (2,63) = 1.45	N.S	.20	.299

\*Nivel de significación: p<0.05  
N.S. No significativo

\*\*Eta: fuerza de la asociación

**Tabla 17.65.** ANOVAs pre-seg mes para el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en cada una de las medidas del TEPT: Puntuación en la escala global y en reexperimentación, evitación e hiperactivación.

<b>SEGUIMIENTO AL MES</b>					
VARIABLE	NACIONALIDAD	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	TAMAÑO DEL EFECTO**	POTENCIA
<b>ESCALA GLOBAL DE TEPT</b>	Mujeres españolas	F (1,31) = 329.13	p < 0.001	.95	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,9) = 121.48	p < 0.001	.96	1.000
	Mujeres mexicanas	F (1,26) = 253.51	p < 0.001	.95	1.000
<b>REEXPERIMENT.</b>	Mujeres españolas	F (1,31) = 222.18	p < 0.001	.93	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,9) = 47.08	p < 0.001	.91	1.000
	Mujeres mexicanas	F (1,26) = 157.3	p < 0.001	.92	1.000
<b>EVITACIÓN</b>	Mujeres españolas	F (1,31) = 167.03	p < 0.001	.91	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,9) = 42.34	p < 0.001	.9	1.000
	Mujeres mexicanas	F (1,26) = 151.64	p < 0.001	.92	1.000
<b>HIPERACTIVACIÓN</b>	Mujeres españolas	F (1,31) = 84.76	p < 0.001	.85	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,9) = 36	p < 0.001	.89	1.000
	Mujeres mexicanas	F (1,26) = 128.35	p < 0.001	.91	1.000

\*Nivel de significación: p<0.05

\*\*Eta: fuerza de la asociación

**Tabla 17.66.** ANCOVAs (nacionalidad × tiempo pre-seg 3 meses) en cada una de las medidas del TEPT: Puntuación en la escala global y en reexperimentación, evitación e hiperactivación.

<b>SEGUIMIENTO A 3 MESES</b>					
VARIABLE/ FUENTE DE VARIANZA		CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	TAMAÑO DEL EFECTO**	POTENCIA
<b>ESCALA GLOBAL DE TEPT</b>	Nacionalidad	F (2,57) = .14	N.S	.07	.071
	Tiempo	F (1,57) = 12.96	p < 0.05	.43	.943
	Nacionalidad*tiempo	F (2,57) = .41	N.S	.11	.114
<b>REEXPERIMENT.</b>	Nacionalidad	F (2,57) = 1.5	N.S	.22	.308
	Tiempo	F (1,57) = 9.99	p < 0.05	.38	.874
	Nacionalidad*tiempo	F (2,57) = .83	N.S	.17	.187
<b>EVITACIÓN</b>	Nacionalidad	F (2,57) = .29	N.S	.1	.095
	Tiempo	F (1,57) = 9.44	p < 0.05	.37	.856
	Nacionalidad*tiempo	F (2,57) = .39	N.S	.11	.110
<b>HIPERACTIVACIÓN</b>	Nacionalidad	F (2,57) = .27	N.S	.09	.091
	Tiempo	F (1,57) = 4.45	p < 0.05	.26	.546
	Nacionalidad*tiempo	F (2,57) = .88	N.S	.17	.195

\*Nivel de significación: p < 0.05  
N.S. No significativo

\*\*Eta: fuerza de la asociación

**Tabla 17.67.** ANOVAs pre-seg 3 meses para el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en cada una de las medidas del TEPT: Puntuación en la escala global y en reexperimentación, evitación e hiperactivación.

<b>SEGUIMIENTO A 3 MESES</b>					
VARIABLE	NACIONALIDAD	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	TAMAÑO DEL EFECTO**	POTENCIA
<b>ESCALA GLOBAL DE TEPT</b>	Mujeres españolas	F (1,30) = 255.83	p < 0.001	.94	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,8) = 133.04	p < 0.001	.97	1.000
	Mujeres mexicanas	F (1,22) = 242.47	p < 0.001	.95	1.000
<b>REEXPERIMENT.</b>	Mujeres españolas	F (1,30) = 195.33	p < 0.001	.93	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,8) = 147.86	p < 0.001	.97	1.000
	Mujeres mexicanas	F (1,22) = 115.03	p < 0.001	.91	1.000
<b>EVITACIÓN</b>	Mujeres españolas	F (1,30) = 163.52	p < 0.001	.92	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,8) = 42.88	p < 0.001	.91	1.000
	Mujeres mexicanas	F (1,22) = 141.42	p < 0.001	.93	1.000
<b>HIPERACTIVACIÓN</b>	Mujeres españolas	F (1,30) = 126.49	p < 0.001	.89	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,8) = 30.85	p < 0.05	.89	.998
	Mujeres mexicanas	F (1,22) = 119.42	p < 0.001	.91	1.000

\*Nivel de significación: p<0.05

\*\*Eta: fuerza de la asociación

**Tabla 17.68.** ANCOVAs (nacionalidad × tiempo pre-seg 6 meses) en cada una de las medidas del TEPT: Puntuación en la escala global y en reexperimentación, evitación e hiperactivación.

<b>SEGUIMIENTO A 6 MESES</b>					
<b>VARIABLE/ FUENTE DE VARIANZA</b>		<b>CONTRASTE</b>	<b>SIGNIFICACIÓN*</b>	<b>TAMAÑO DEL EFECTO**</b>	<b>POTENCIA</b>
<b>ESCALA GLOBAL DE TEPT</b>	Nacionalidad	F (2,56) = .13	N.S	.07	.70
	Tiempo	F (1,56) = 9.87	p < 0.05	.38	.870
	Nacionalidad*tiempo	F (2,56) = .63	N.S	.14	.151
<b>REEXPERIMENT.</b>	Nacionalidad	F (2,56) = .27	N.S	.1	.091
	Tiempo	F (1,56) = 10.87	p < 0.05	.40	.900
	Nacionalidad*tiempo	F (2,56) = 2.78	N.S	.3	.527
<b>EVITACIÓN</b>	Nacionalidad	F (2,56) = .63	N.S	.14	.151
	Tiempo	F (1,56) = 7.8	p < 0.05	.34	.784
	Nacionalidad*tiempo	F (2,56) = .57	N.S	.14	.14
<b>HIPERACTIVACIÓN</b>	Nacionalidad	F (2,56) = .16	N.S	.07	.074
	Tiempo	F (1,56) = 2.76	N.S	.21	.373
	Nacionalidad*tiempo	F (2,56) = .57	N.S	.14	.141

\*Nivel de significación: p<0.05  
N.S. No significativo

\*\*Eta: fuerza de la asociación

**Tabla 17.69.** ANOVAs pre-seg 6 meses para el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en cada una de las medidas del TEPT: Puntuación en la escala global y en reexperimentación, evitación e hiperactivación.

<b>SEGUIMIENTO A 6 MESES</b>					
<b>VARIABLE</b>	<b>NACIONALIDAD</b>	<b>CONTRASTE</b>	<b>SIGNIFICACIÓN*</b>	<b>TAMAÑO DEL EFECTO**</b>	<b>POTENCIA</b>
<b>ESCALA GLOBAL DE TEPT</b>	Mujeres españolas	F (1,29) = 209.43	p < 0.001	.93	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,8) = 48.22	p < 0.001	.92	1.000
	Mujeres mexicanas	F (1,22) = 121.86	p < 0.001	.95	1.000
<b>REEXPERIMENT.</b>	Mujeres españolas	F (1,29) = 198.95	p < 0.001	.93	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,8) = 61.53	p < 0.001	.94	1.000
	Mujeres mexicanas	F (1,22) = 78.32	p < 0.001	.88	1.000
<b>EVITACIÓN</b>	Mujeres españolas	F (1,29) = 143.67	p < 0.001	.91	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,8) = 37.23	p < 0.001	.9	1.000
	Mujeres mexicanas	F (1,22) = 132.14	p < 0.001	.92	1.000
<b>HIPERACTIVACIÓN</b>	Mujeres españolas	F (1,29) = 111.2	p < 0.001	.89	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,8) = 10.03	p < 0.05	.74	.80
	Mujeres mexicanas	F (1,22) = 95.6	p < 0.001	.9	1.000

\*Nivel de significación: p<0.05

\*\*Eta: fuerza de la asociación

**Tabla 17.70.** ANCOVAs (nacionalidad × tiempo pre-seg 12 meses) en cada una de las medidas del TEPT: Puntuación en la escala global y reexperimentación, evitación e hiperactivación.

<b>SEGUIMIENTO A 12 MESES</b>					
<b>VARIABLE/ FUENTE DE VARIANZA</b>		<b>CONTRASTE</b>	<b>SIGNIFICACIÓN*</b>	<b>TAMAÑO DEL EFECTO**</b>	<b>POTENCIA</b>
<b>ESCALA GLOBAL DE TEPT</b>	Nacionalidad	F (2,55) = .47	N.S	.13	.124
	Tiempo	F (1,55) = 20.07	p < 0.001	.57	.993
	Nacionalidad*tiempo	F (2,55) = .023	N.S	.03	.053
<b>REEXPERIMENT.</b>	Nacionalidad	F (2,55) = 1.26	N.S	.2	.263
	Tiempo	F (1,55) = 15.01	p < 0.001	.46	.968
	Nacionalidad*tiempo	F (2,55) = 1.05	N.S	.19	.226
<b>EVITACIÓN</b>	Nacionalidad	F (2,55) = .52	N.S	.13	.132
	Tiempo	F (1,55) = 13.51	p < 0.05	.44	.951
	Nacionalidad*tiempo	F (2,55) = .26	N.S	.09	.089
<b>HIPERACTIVACIÓN</b>	Nacionalidad	F (2,55) = .56	N.S	.14	.138
	Tiempo	F (1,55) = 5.08	p < 0.05	.29	.601
	Nacionalidad*tiempo	F (2,55) = .074	N.S	.05	.061

\*Nivel de significación: p<0.05  
N.S. No significativo

\*\*Eta: fuerza de la asociación

**Tabla 17.71.** ANOVAs pre-seg 12 meses para el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en cada una de las medidas del TEPT: Puntuación en la escala global y en reexperimentación, evitación e hiperactivación.

SEGUIMIENTO A 12 MESES					
VARIABLE	NACIONALIDAD	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	TAMAÑO DEL EFECTO**	POTENCIA
<b>ESCALA GLOBAL DE TEPT</b>	Mujeres españolas	F (1,28) = 268.82	p < 0.001	.95	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,7) = 221.07	p < 0.001	.98	1.000
	Mujeres mexicanas	F (1,23) = 379.2	p < 0.001	.97	1.000
<b>REEXPERIMENT.</b>	Mujeres españolas	F (1,28) = 169.57	p < 0.001	.92	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,7) = 77.09	p < 0.001	.95	1.000
	Mujeres mexicanas	F (1,23) = 125.18	p < 0.001	.91	1.000
<b>EVITACIÓN</b>	Mujeres españolas	F (1,28) = 173.97	p < 0.001	.92	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,7) = 80.24	p < 0.001	.95	1.000
	Mujeres mexicanas	F (1,23) = 176.17	p < 0.001	.94	1.000
<b>HIPERACTIVACIÓN</b>	Mujeres españolas	F (1,28) = 110.3	p < 0.001	.89	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,7) = 43.75	p < 0.001	.92	1.000
	Mujeres mexicanas	F (1,23) = 165.35	p < 0.001	.93	1.000

\*Nivel de significación: p<0.05

\*\*Eta: fuerza de la asociación

### ■ Tamaño del efecto y potencia estadística

Se ha encontrado un tamaño del efecto alto, así como una potencia igual o superior a .80 en las *comparaciones intrasujeto* para el grupo total de tratamiento y para el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en cada una de las medidas del TEPT y en cada uno de los seguimientos.

Por el contrario, la potencia de los resultados de las *comparaciones intergrupo* ha sido baja en cada uno de los seguimientos, así como el tamaño del efecto. Por tanto, esta ausencia de diferencias entre los grupos en la sintomatología del TEPT a lo largo del tiempo parecería más relacionada con el tamaño del efecto bajo o medio bajo encontrado en las mismas comparaciones, más que con una falta de potencia del contraste para detectarlas.

### ■ Significación clínica

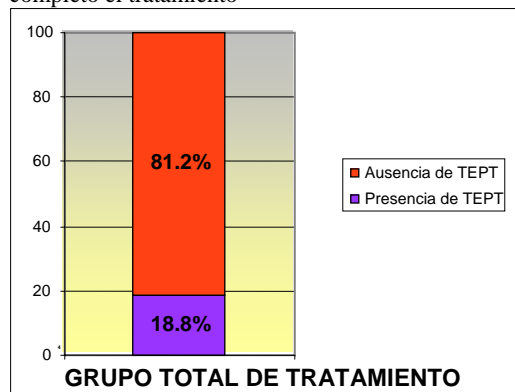
#### 1- Presencia-ausencia de TEPT

##### *A• Muestra que completó el tratamiento*

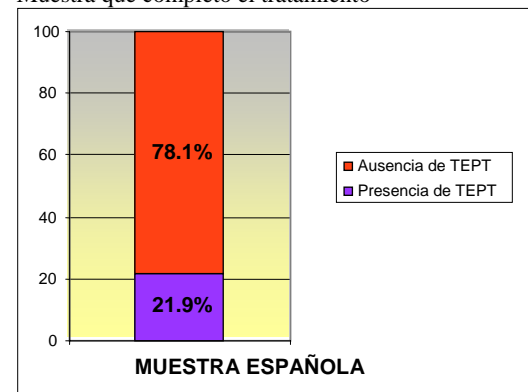
En el seguimiento al mes de concluida la terapia, un 81.2% del **total** de las participantes se recupera de este trastorno (frente al 68.1% que lo hacía al postratamiento), un 84.2% lo hace a los tres meses, un 82.3% a los seis y un 85.2% a los doce meses. Únicamente 9 mujeres cumplen criterios de TEPT al año de concluida la intervención. En el *grupo de mujeres españolas*, un 78.1% deja de cumplir criterios para el diagnóstico de TEPT en el seguimiento al mes (un 23.8% más que en el postratamiento), el 90.3% lo hace en el seguimiento a tres meses y un 90% y 89.7% a los seis y doce meses, respectivamente.

En el grupo de inmigrantes, el porcentaje de mujeres que se recupera del TEPT al postratamiento se mantiene en el seguimiento al mes (70%) y disminuye ligeramente en el seguimiento a tres meses, manteniéndose en el resto de los seguimientos. En el grupo de mujeres mexicanas, el 88.9% se recupera de este trastorno al mes de concluida la intervención. Únicamente tres mujeres continúan cumpliendo criterios de TEPT al mes y cuatro a los tres y doce meses de concluida la intervención. La tabla 17.72 ofrece los resultados comentados y las siguientes figuras los representan gráficamente.

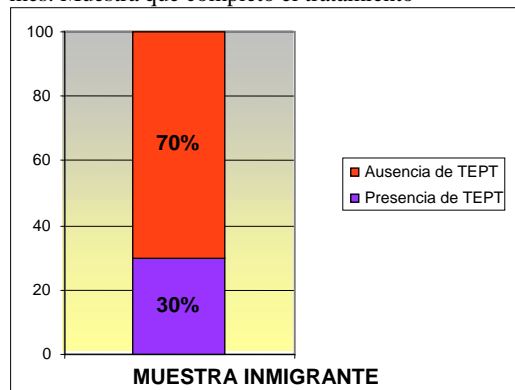
**Figura 17.229.** Distribución del grupo total según diagnóstico de TEPT en el seg. 1 mes. Muestra que completó el tratamiento



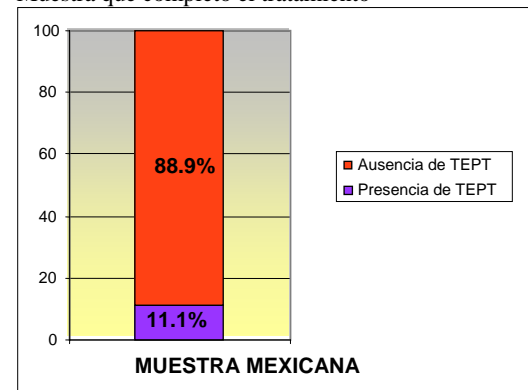
**Figura 17.230.** Distribución del grupo de mujeres españolas según diagnóstico de TEPT en el seg. 1 mes. Muestra que completó el tratamiento



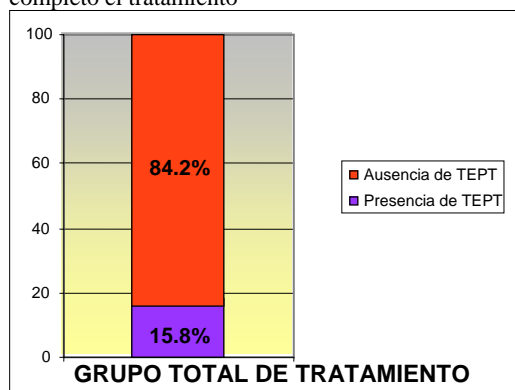
**Figura 17.231.** Distribución del grupo de mujeres inmigrantes según diagnóstico de TEPT en el seg. 1 mes. Muestra que completó el tratamiento



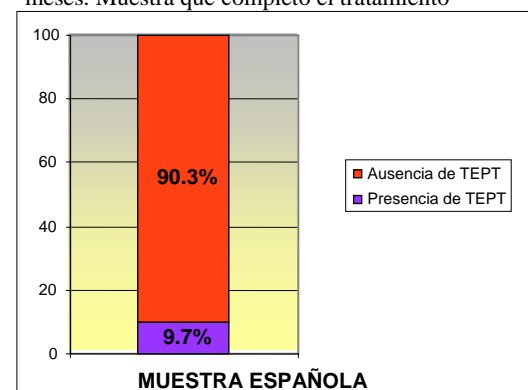
**Figura 17.232.** Distribución del grupo de mujeres mexicanas según diagnóstico de TEPT en el seg. 1 mes. Muestra que completó el tratamiento



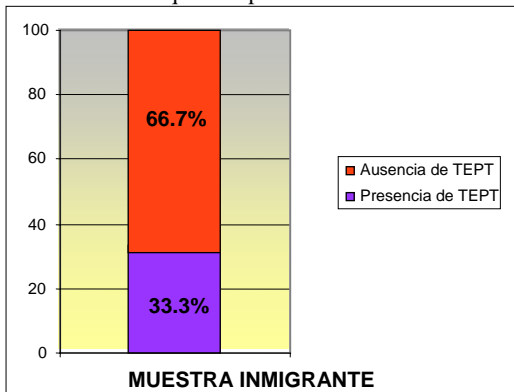
**Figura 17.233.** Distribución del grupo total según diagnóstico de TEPT en el seg. 3 meses. Muestra que completó el tratamiento



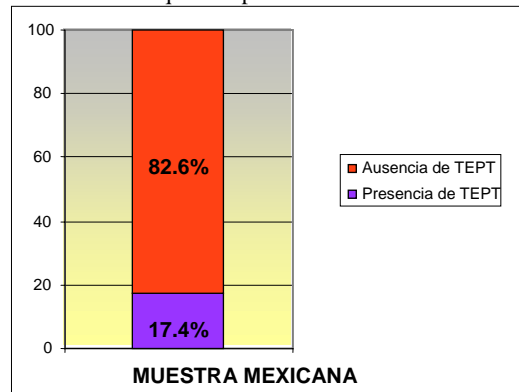
**Figura 17.234.** Distribución del grupo de mujeres españolas según diagnóstico de TEPT en el seg. 3 meses. Muestra que completó el tratamiento



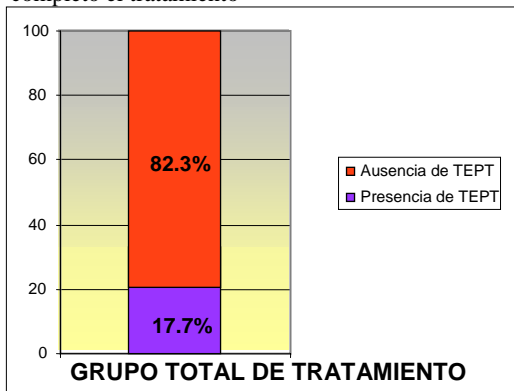
**Figura 17.235.** Distribución del grupo de mujeres inmigrantes según diagnóstico de TEPT en el seg. 3 meses. Muestra que completó el tratamiento



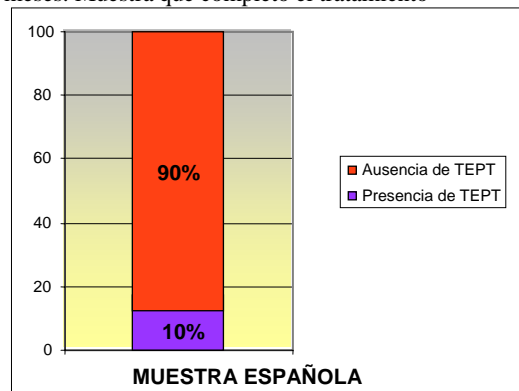
**Figura 17.236.** Distribución del grupo de mujeres mexicanas según diagnóstico de TEPT en el seg. 3 meses. Muestra que completó el tratamiento



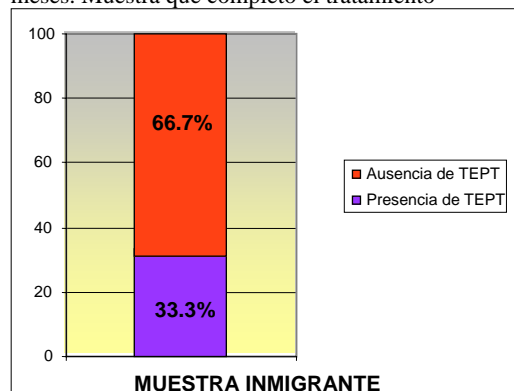
**Figura 17.237.** Distribución del grupo total según diagnóstico de TEPT en el seg. 6 meses. Muestra que completó el tratamiento



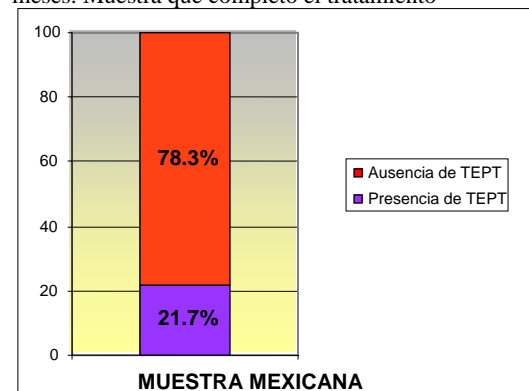
**Figura 17.238.** Distribución del grupo de mujeres españolas según diagnóstico de TEPT en el seg. 6 meses. Muestra que completó el tratamiento



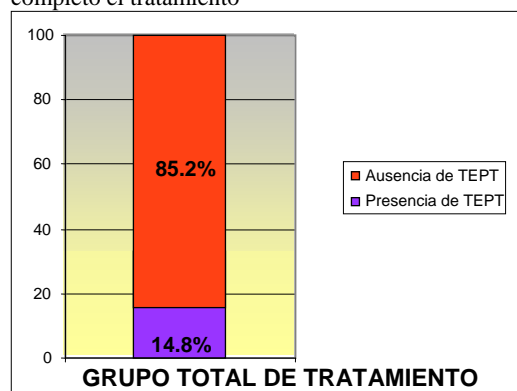
**Figura 17.239.** Distribución del grupo de mujeres inmigrantes según diagnóstico de TEPT en el seg. 6 meses. Muestra que completó el tratamiento



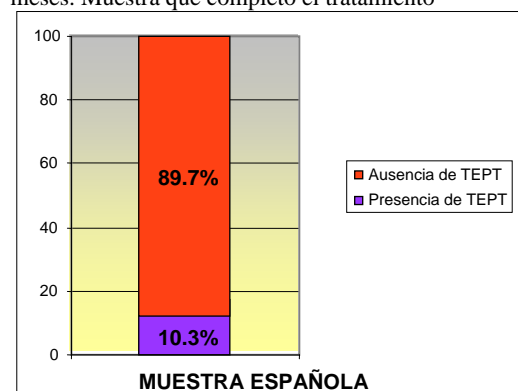
**Figura 17.240.** Distribución del grupo de mujeres mexicanas según diagnóstico de TEPT en el seg. 6 meses. Muestra que completó el tratamiento



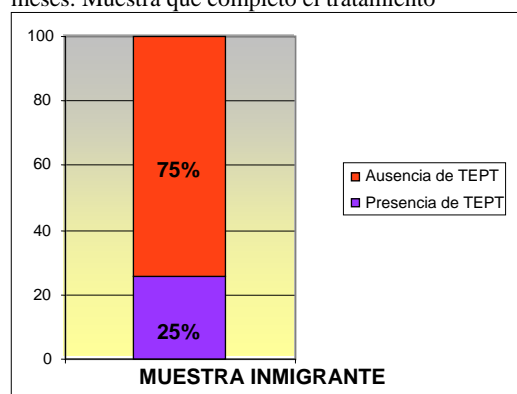
**Figura 17.241.** Distribución del grupo total según diagnóstico de TEPT en el seg. 12 meses. Muestra que completó el tratamiento



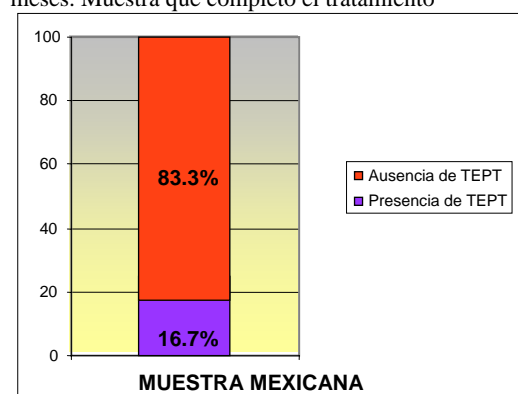
**Figura 17.242.** Distribución del grupo de mujeres españolas según diagnóstico de TEPT en el seg. 12 meses. Muestra que completó el tratamiento



**Figura 17.243.** Distribución del grupo de mujeres inmigrantes según diagnóstico de TEPT en el seg. 12 meses. Muestra que completó el tratamiento



**Figura 17.244.** Distribución del grupo de mujeres mexicanas según diagnóstico de TEPT en el seg. 12 meses. Muestra que completó el tratamiento



**Tabla 17.72.** Distribución del grupo total y de cada uno de los grupos de mujeres según diagnóstico de TEPT en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses. Muestra que completó el tratamiento.

<b>TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO</b>					
EVALUACIÓN	NACIONALIDAD/ GRUPO TOTAL	PRESENCIA		AUSENCIA	
		N	%	N	%
SEGUIMIENTO 1 MES	ESPAÑOLAS (N=32)	7	21.9	25	78.1
	INMIGRANTES (N=10)	3	30	7	70
	MEXICANAS (N=27)	3	11.1	24	88.9
	<b>GRUPO TOTAL (N=69)</b>	<b>13</b>	<b>18.8</b>	<b>56</b>	<b>81.2</b>
SEGUIMIENTO 3 MESES	ESPAÑOLAS (N=31)	3	9.7	28	90.3
	INMIGRANTES (N=9)	3	33.3	6	66.7
	MEXICANAS (N=23)	4	17.4	19	82.6
	<b>GRUPO TOTAL (N=63)</b>	<b>10</b>	<b>15.8</b>	<b>53</b>	<b>84.2</b>
SEGUIMIENTO 6 MESES	ESPAÑOLAS (N=30)	3	10	27	90
	INMIGRANTES (N=9)	3	33.3	6	66.7
	MEXICANAS (N=23)	5	21.7	18	78.3
	<b>GRUPO TOTAL (N=62)</b>	<b>11</b>	<b>17.7</b>	<b>51</b>	<b>82.3</b>
SEGUIMIENTO 12 MESES	ESPAÑOLAS (N=29)	3	10.3	26	89.7
	INMIGRANTES (N=8)	2	25	6	75
	MEXICANAS (N=24)	4	16.7	20	83.3
	<b>GRUPO TOTAL (N=61)</b>	<b>9</b>	<b>14.8</b>	<b>52</b>	<b>85.2</b>



El estudio de la homogeneidad de grupos no muestra diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de mujeres que se recuperan del TEPT en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses, tal y como aparece en la siguiente tabla.

**Tabla 17.73.** Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) intergrupos: diagnóstico de TEPT en el seguimiento al mes, 3, 6 y 12 meses. Muestra que completó el tratamiento.

	$\chi^2$ (gl, N)	SIGNIFICACIÓN*
• Diagnóstico TEPT: seguimiento al mes	2.06 (2,69)	N.S
• Diagnóstico TEPT: seguimiento 3 meses	2.98 (2,63)	N.S
• Diagnóstico TEPT: seguimiento 6 meses	2.79 (2,62)	N.S
• Diagnóstico TEPT: seguimiento 12 meses	1.18 (2,61)	N.S

\*Nivel de significación:  $p < 0.05$

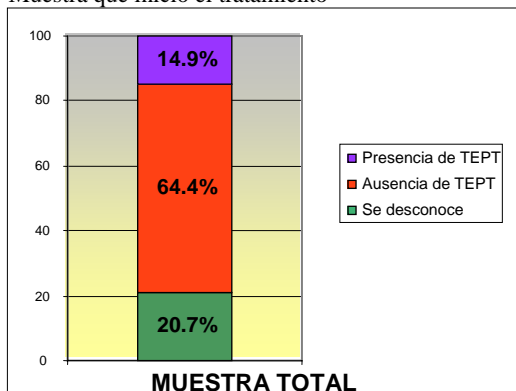
N.S. No significativo

**B• Muestra que inició el tratamiento**

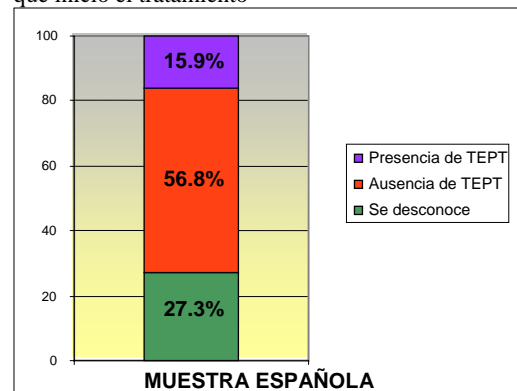
La tabla 17.74 ofrece el porcentaje de mujeres del total de participantes que iniciaron el tratamiento, que se recuperan del TEPT en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses. Las siguientes figuras representan gráficamente los resultados de la tabla.

Tal y como cabría esperar, los porcentajes de efectividad de la intervención disminuyen si se comparan con los porcentajes que únicamente incluyen a las mujeres que completaron el tratamiento.

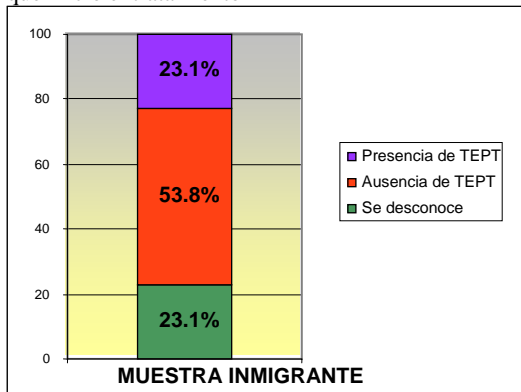
**Figura 17.245.** Distribución de la muestra total según diagnóstico de TEPT en el seg. 1 mes. Muestra que inició el tratamiento



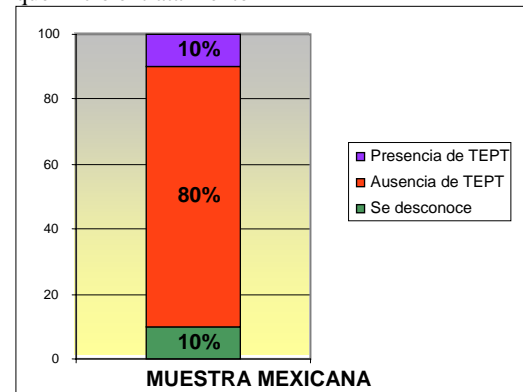
**Figura 17.246.** Distribución de la muestra española según diagnóstico de TEPT en el seg. 1 mes. Muestra que inició el tratamiento



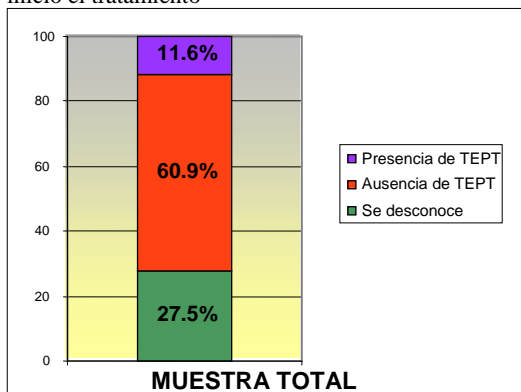
**Figura 17.247.** Distribución de la muestra inmigrante según diagnóstico de TEPT en el seg. 1 mes. Muestra que inició el tratamiento



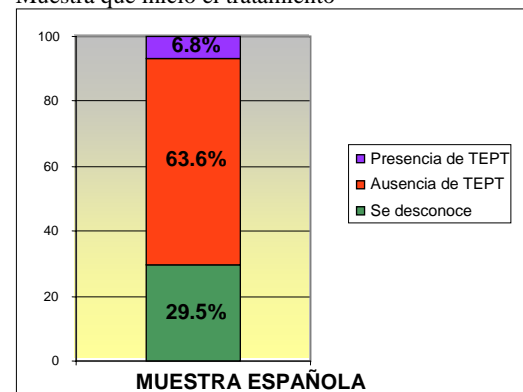
**Figura 17.248.** Distribución de la muestra mexicana según diagnóstico de TEPT en el seg. 1 mes. Muestra que inició el tratamiento



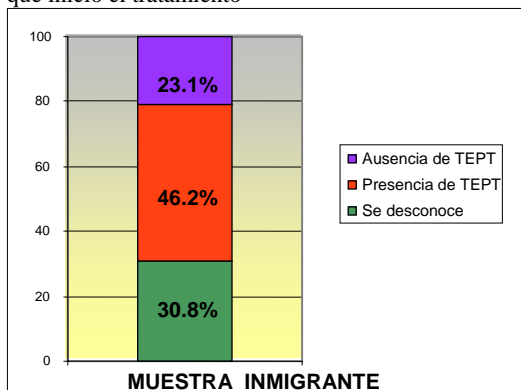
**Figura 17.249.** Distribución de la muestra total según diagnóstico de TEPT en el seg. 3 meses. Muestra que inició el tratamiento



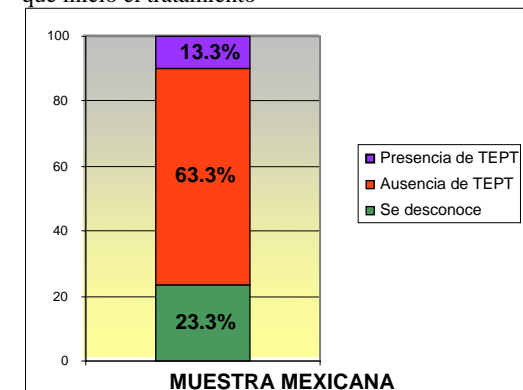
**Figura 17.250.** Distribución de la muestra española según diagnóstico de TEPT en el seg. 3 meses. Muestra que inició el tratamiento



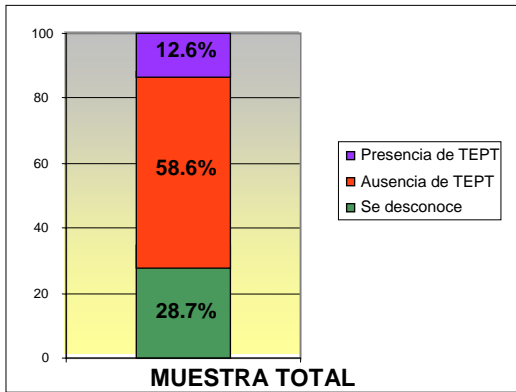
**Figura 17.251.** Distribución de la muestra inmigrante según diagnóstico de TEPT en el seg. 3 meses. Muestra que inició el tratamiento



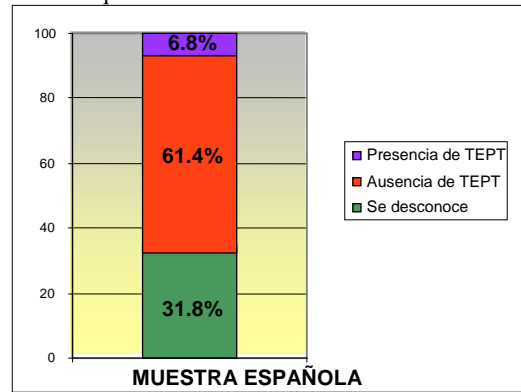
**Figura 17.252.** Distribución de la muestra mexicana según diagnóstico de TEPT en el seg. 3 meses. Muestra que inició el tratamiento



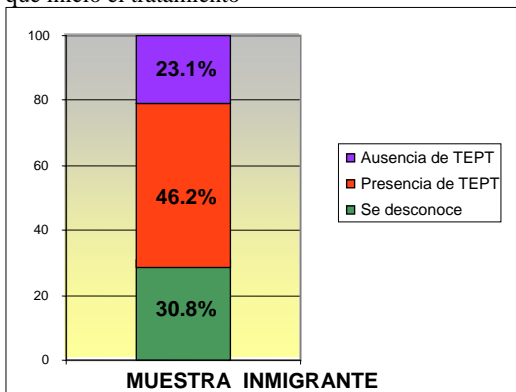
**Figura 17.253.** Distribución de la muestra total según diagnóstico de TEPT en el seg. 6 meses. Muestra que inició el tratamiento



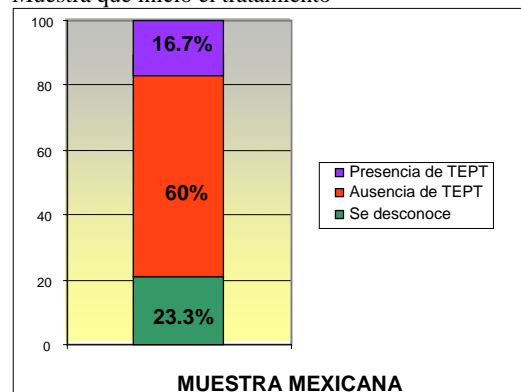
**Figura 17.254.** Distribución de la muestra española según diagnóstico de TEPT en el seg. 6 meses. Muestra que inició el tratamiento



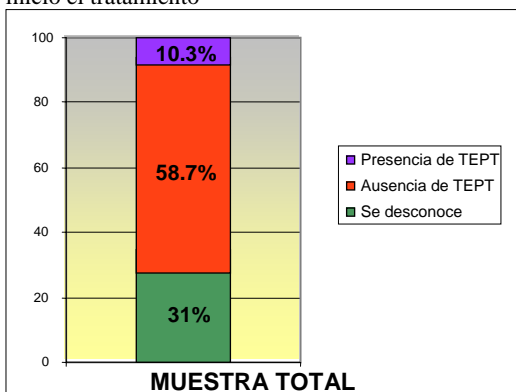
**Figura 17.255.** Distribución de la muestra inmigrante según diagnóstico de TEPT en el seg. 6 meses. Muestra que inició el tratamiento



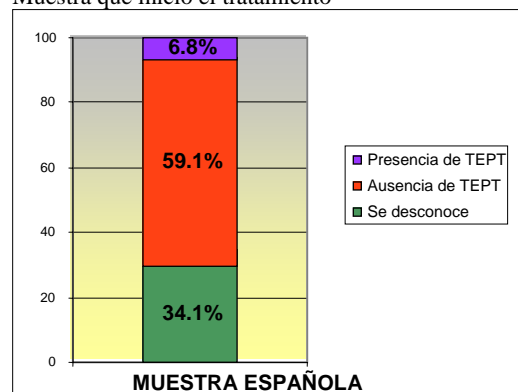
**Figura 17.256.** Distribución de la muestra mexicana según diagnóstico de TEPT en el seg. 6 meses. Muestra que inició el tratamiento



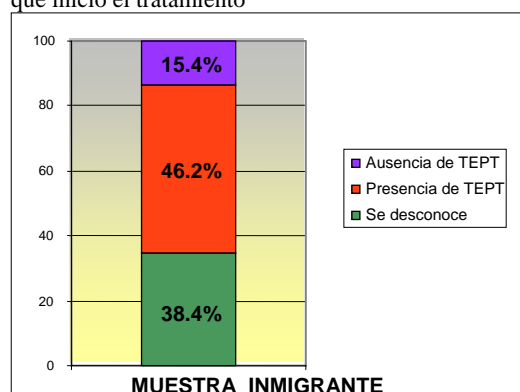
**Figura 17.257.** Distribución de la muestra total según diagnóstico de TEPT en el seg. 12 meses. Muestra que inició el tratamiento



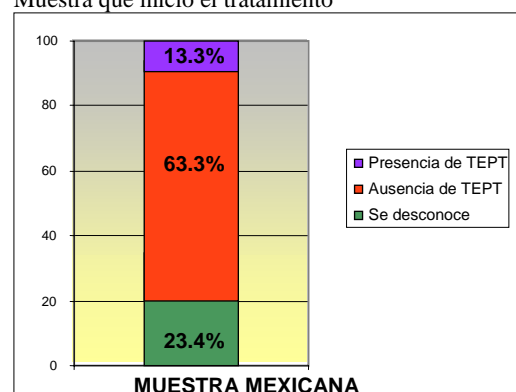
**Figura 17.258.** Distribución de la muestra española según diagnóstico de TEPT en el seg. 12 meses. Muestra que inició el tratamiento



**Figura 17.259.** Distribución de la muestra inmigrante según diagnóstico de TEPT en el seg. 12 meses. Muestra que inició el tratamiento



**Figura 17.260.** Distribución de la muestra mexicana según diagnóstico de TEPT en el seg. 12 meses. Muestra que inició el tratamiento



**Tabla 17.74.** Distribución de la muestra total y de la muestra de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas según diagnóstico de TEPT en el seguimiento al mes, 3, 6 y 12 meses. Muestra que inició el tratamiento.

		<b>TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO</b>					
EVALUACIÓN	NACIONALIDAD/ MUESTRA TOTAL	PRESENCIA		AUSENCIA		SE DESCONOCE	
		N	%	N	%	N	%
SEGUIMIENTO 1 MES	ESPAÑOLAS (N=44)	7	15.9	25	56.8	12	27.3
	INMIGRANTES (N=13)	3	23.1	7	53.8	3	23.1
	MEXICANAS (N=30)	3	10	24	80	3	10
	<b>MUESTRA TOTAL (N=87)</b>	<b>13</b>	<b>14.9</b>	<b>56</b>	<b>64.4</b>	<b>18</b>	<b>20.7</b>
SEGUIMIENTO 3 MESES	ESPAÑOLAS (N=44)	3	6.8	28	63.6	13	29.5
	INMIGRANTES (N=13)	3	23.1	6	46.2	4	30.8
	MEXICANAS (N=30)	4	13.3	19	63.3	7	23.3
	<b>MUESTRA TOTAL (N=87)</b>	<b>10</b>	<b>11.6</b>	<b>53</b>	<b>60.9</b>	<b>24</b>	<b>27.5</b>
SEGUIMIENTO 6 MESES	ESPAÑOLAS (N=44)	3	6.8	27	61.4	14	31.8
	INMIGRANTES (N=13)	3	23.1	6	46.2	4	30.8
	MEXICANAS (N=30)	5	16.7	18	60	7	23.3
	<b>MUESTRA TOTAL (N=87)</b>	<b>11</b>	<b>12.6</b>	<b>51</b>	<b>58.6</b>	<b>25</b>	<b>28.7</b>
SEGUIMIENTO 12 MESES	ESPAÑOLAS (N=44)	3	6.8	26	59.1	15	34.1
	INMIGRANTES (N=13)	2	15.4	6	46.2	5	38.4
	MEXICANAS (N=30)	4	13.3	19	63.3	7	23.4
	<b>MUESTRA TOTAL (N=87)</b>	<b>9</b>	<b>10.3</b>	<b>51</b>	<b>58.7</b>	<b>27</b>	<b>31</b>

Las diferencias que han aparecido entre el grupo de españolas, inmigrantes y mexicanas en el porcentaje de mujeres (muestra que inició el tratamiento) que se recuperan del TEPT en el seguimiento al mes, 3, 6 y 12 meses no son estadísticamente significativas, tal y como aparece en la siguiente tabla.

**Tabla 17.75.** Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) intergrupos: diagnóstico de TEPT en el seguimiento al mes, 3, 6 y 12 meses. Muestra que inició el tratamiento.

	$\chi^2$ (gl, N)	SIGNIFICACIÓN*
Diagnóstico TEPT: seguimiento al mes	5.46 (4,87)	N.S
Diagnóstico TEPT: seguimiento a 3 meses	3.17 (4,87)	N.S
Diagnóstico TEPT: seguimiento a 6 meses	3.56 (4,87)	N.S
Diagnóstico TEPT: seguimiento a 12 meses	2.5 (4,87)	N.S

\*Nivel de significación: p<0.05

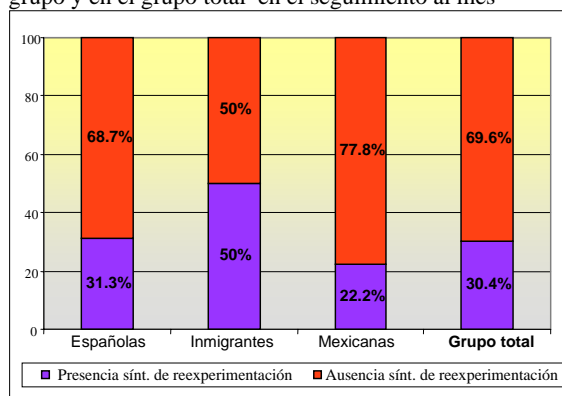
N.S. No significativo

## ■ Grupos de síntomas

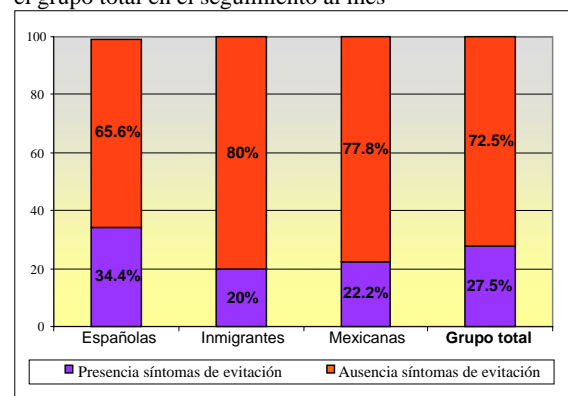
El porcentaje de mujeres del **grupo total** de tratamiento que no presenta síntomas de reexperimentación, evitación e hiperactivación en el seguimiento al mes aumenta considerablemente respecto al postratamiento y continúa incrementándose en los seguimientos posteriores. Al año de concluida la intervención, un 77% de las mujeres del **grupo total** de tratamiento no presenta síntomas de reexperimentación, un 80.3% no presenta síntomas de evitación y un 73.8% no muestra síntomas de hiperactivación. Un patrón semejante de mejoría experimentan las *mujeres españolas*, aumentando en casi un 50%, 35% y 30% el porcentaje de mujeres que no cumple criterios de reexperimentación, evitación e hiperactivación, respectivamente, en el seguimiento al mes en comparación con el postratamiento. Asimismo, este incremento se mantiene en los seguimientos realizados, llegando a un 75.9%, 86.2% y 79.3% las mujeres españolas que no cumplen criterios de reexperimentación, evitación e hiperactivación, respectivamente, al año de concluida la intervención. En cuanto al *grupo de inmigrantes*, el porcentaje de mujeres que presenta síntomas de reexperimentación, evitación e hiperactivación al postratamiento experimenta una reducción en el seguimiento al mes, que se mantiene, incluso se reduce aún más, en los seguimientos realizados. Finalmente, el porcentaje de *mujeres mexicanas* que se recupera de cada uno de los grupos sintomáticos del TEPT aumenta en el seguimiento al mes respecto al postratamiento, incrementándose ligeramente o manteniéndose en los seguimientos posteriores. No obstante, hay que señalar que en el seguimiento a 6 meses se produce una reducción del porcentaje de mujeres mexicanas que no cumple criterios de reexperimentación y evitación en comparación con los seguimientos anteriores, que coincide con una reducción del porcentaje de mujeres que se recuperan del TEPT, tal y como se ha visto anteriormente.

En las tablas (17.77, 17.78 y 17.79) aparecen los resultados comentados y las siguientes figuras los representan gráficamente.

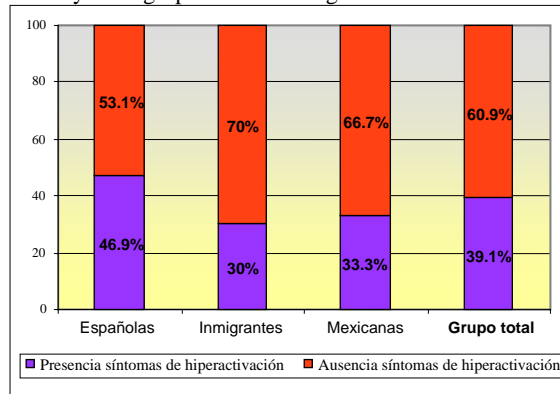
**Figura 17. 261.** Síntomas de reexperimentación en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento al mes



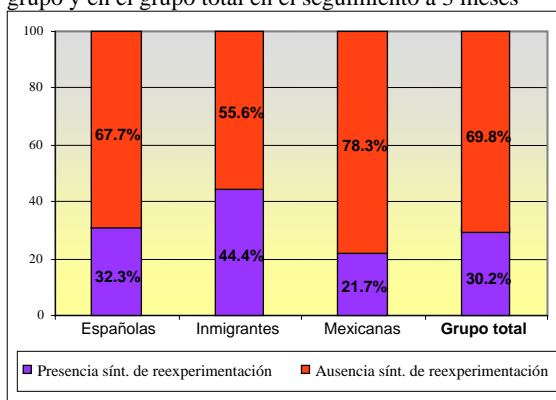
**Figura 17. 262.** Síntomas de evitación en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento al mes



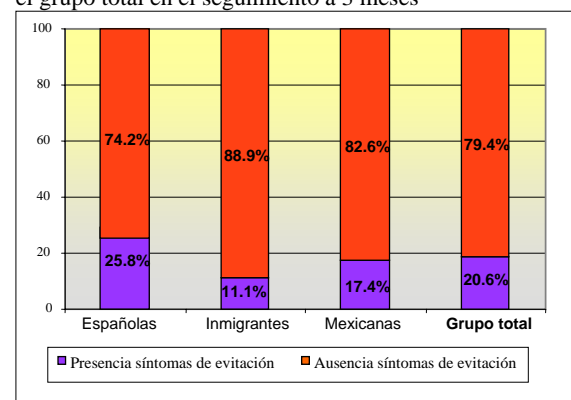
**Figura 17.263.** Síntomas de hiperactivación en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento al mes



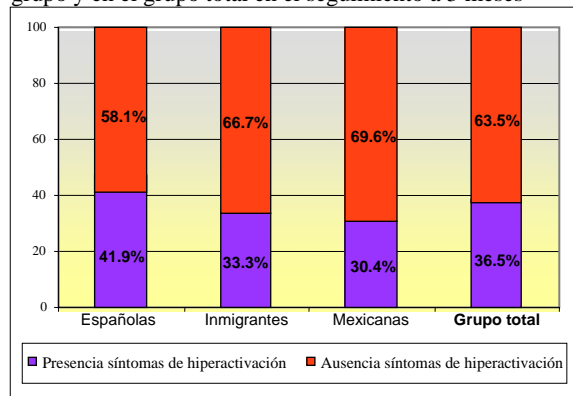
**Figura 17.264.** Síntomas de reexperimentación en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a 3 meses



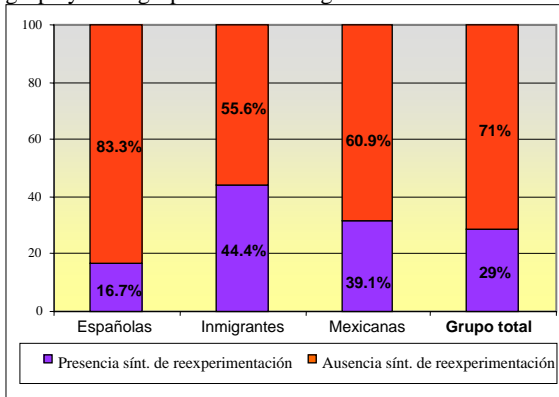
**Figura 17.265.** Síntomas de evitación en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a 3 meses



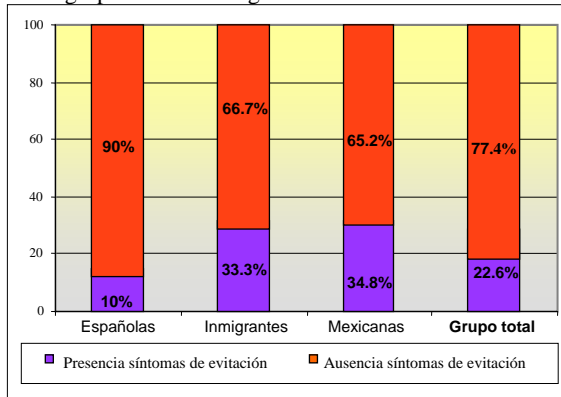
**Figura 17.266.** Síntomas de hiperactivación en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a 3 meses



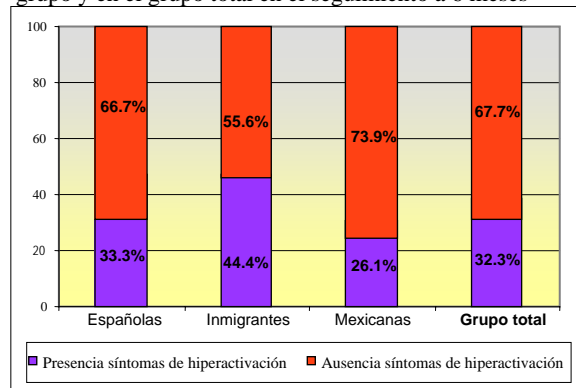
**Figura 17.267.** Síntomas de reexperimentación en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a 6 meses



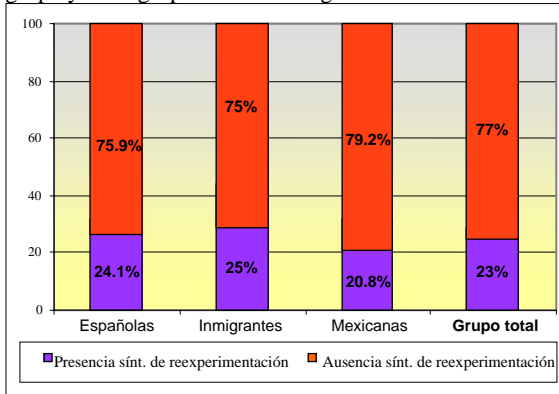
**Figura 17.268.** Síntomas de evitación en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a 6 meses



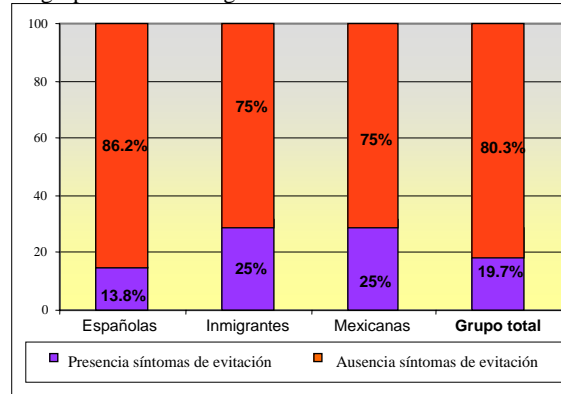
**Figura 17.269.** Síntomas de hiperactivación en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a 6 meses



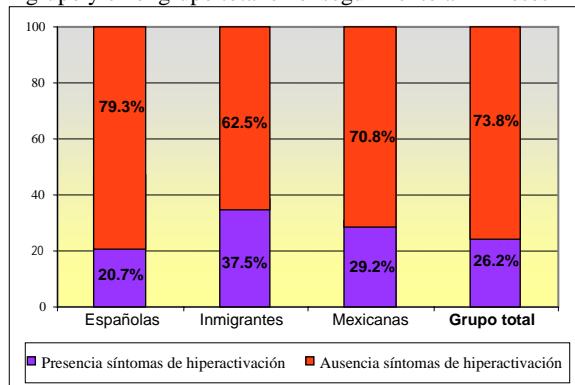
**Figura 17.270.** Síntomas de reexperimentación en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a 12 meses



**Figura 17.271.** Síntomas de evitación en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a 12 meses



**Figura 17.272.** Síntomas de hiperactivación en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a 12 meses



Las diferencias encontradas entre el grupo de españolas, inmigrantes y mexicanas en el porcentaje de mujeres que no presentan sintomatología de reexperimentación, evitación e hiperactivación en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses no son estadísticamente significativas, tal y como muestran los resultados de la siguiente tabla.

**Tabla 17.76.** Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) intergrupos: sintomatología de TEPT en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses. Muestra que completó el tratamiento.

	Reexperimentación		Evitación		Hiperactivación	
	$\chi^2$ (gl, N)	Signif.*	$\chi^2$ (gl, N)	Signif.*	$\chi^2$ (gl, N)	Signif.*
• Diagnóstico TEPT: Seguimiento al mes	2.67 (2,69)	N.S	1.41 (2,69)	N.S	1.53 (2,69)	N.S
• Diagnóstico TEPT: Seguimiento 3 meses	1.64 (2,63)	N.S	1.15 (2,63)	N.S	.79 (2,63)	N.S
• Diagnóstico TEPT: Seguimiento 6 meses	4.40 (2,62)	N.S	5.27 (2,62)	N.S	1.02 (2,62)	N.S
• Diagnóstico TEPT: Seguimiento 12 meses	.103 (2,61)	N.S	1.21 (2,61)	N.S	1.09 (2,61)	N.S

\*Nivel de significación:  $p < 0.05$

N.S. No significativo



**Tabla 17.77.** Distribución del grupo total y del grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas según diagnóstico de reexperimentación al postratamiento y seguimiento al mes, 3, 6 y 12 meses.

		<b>REEXPERIMENTACIÓN</b>			
EVALUACIÓN	NACIONALIDAD/ GRUPO TOTAL	PRESENCIA		AUSENCIA	
		N	%	N	%
POSTRATAMIENTO	ESPAÑOLAS (N=35)	23	65.7	12	34.3
	INMIGRANTES (N=10)	6	60	4	40
	MEXICANAS (N= 27)	6	22.2	21	77.8
	<b>GRUPO TOTAL (N=72)</b>	<b>35</b>	<b>48.6</b>	<b>37</b>	<b>51.4</b>
SEGUIMIENTO 1 MES	ESPAÑOLAS (N=32)	10	31.3	22	68.7
	INMIGRANTES (N=10)	5	50	5	50
	MEXICANAS (N=27)	6	22.2	21	77.8
	<b>GRUPO TOTAL (N=69)</b>	<b>21</b>	<b>30.4</b>	<b>48</b>	<b>69.6</b>
SEGUIMIENTO 3 MESES	ESPAÑOLAS (N=31)	10	32.3	21	67.7
	INMIGRANTES (N=9)	4	44.4	5	55.6
	MEXICANAS (N=23)	5	21.7	18	78.3
	<b>GRUPO TOTAL (N=63)</b>	<b>19</b>	<b>30.2</b>	<b>44</b>	<b>69.8</b>
SEGUIMIENTO 6 MESES	ESPAÑOLAS (N=30)	5	16.7	25	83.3
	INMIGRANTES (N=9)	4	44.4	5	55.6
	MEXICANAS (N=23)	9	39.1	14	60.9
	<b>GRUPO TOTAL (N=62)</b>	<b>18</b>	<b>29</b>	<b>44</b>	<b>71</b>
SEGUIMIENTO 12 MESES	ESPAÑOLAS (N=29)	7	24.1	22	75.9
	INMIGRANTES (N=8)	2	25	6	75
	MEXICANAS (N=24)	5	20.8	19	79.2
	<b>GRUPO TOTAL (N=61)</b>	<b>14</b>	<b>23</b>	<b>47</b>	<b>77</b>

**Tabla 17.78.** Distribución del grupo total y del grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas según diagnóstico de evitación al postratamiento y seguimiento al mes, 3, 6 y 12 meses.

		<b>EVITACIÓN</b>			
EVALUACIÓN	NACIONALIDAD/ GRUPO TOTAL	PRESENCIA		AUSENCIA	
		N	%	N	%
POSTRATAMIENTO	ESPAÑOLAS (N=35)	20	57.1	15	42.9
	INMIGRANTES (N=10)	4	40	6	60
	MEXICANAS (N= 27)	9	33.3	18	66.7
	<b>GRUPO TOTAL (N=72)</b>	<b>33</b>	<b>45.8</b>	<b>39</b>	<b>54.2</b>
SEGUIMIENTO 1 MES	ESPAÑOLAS (N=32)	11	34.4	21	65.6
	INMIGRANTES (N=10)	2	20	8	80
	MEXICANAS (N=27)	6	22.2	21	77.8
	<b>GRUPO TOTAL (N=69)</b>	<b>19</b>	<b>27.5</b>	<b>50</b>	<b>72.5</b>
SEGUIMIENTO 3 MESES	ESPAÑOLAS (N=31)	8	25.8	23	74.2
	INMIGRANTES (N=9)	1	11.1	8	88.9
	MEXICANAS (N=23)	4	17.4	19	82.6
	<b>GRUPO TOTAL (N=63)</b>	<b>13</b>	<b>20.6</b>	<b>50</b>	<b>79.4</b>
SEGUIMIENTO 6 MESES	ESPAÑOLAS (N=30)	3	10	27	90
	INMIGRANTES (N=9)	3	33.3	6	66.7
	MEXICANAS (N=23)	8	34.8	15	65.2
	<b>GRUPO TOTAL (N=62)</b>	<b>14</b>	<b>22.6</b>	<b>48</b>	<b>77.4</b>
SEGUIMIENTO 12 MESES	ESPAÑOLAS (N=29)	4	13.8	25	86.2
	INMIGRANTES (N=8)	2	25	6	75
	MEXICANAS (N=24)	6	25	18	75
	<b>GRUPO TOTAL (N=61)</b>	<b>12</b>	<b>19.7</b>	<b>49</b>	<b>80.3</b>

**Tabla 17.79.** Distribución del grupo total y del grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas según diagnóstico de hiperactivación al postratamiento y seguimiento al mes, 3, 6 y 12 meses.

EVALUACIÓN	NACIONALIDAD/ GRUPO TOTAL	HIPERACTIVACIÓN			
		PRESENCIA		AUSENCIA	
		N	%	N	%
POSTRATAMIENTO	ESPAÑOLAS (N=35)	22	62.9	13	37.1
	INMIGRANTES (N=10)	5	50	5	50
	MEXICANAS (N= 27)	14	51.9	13	48.1
	<b>GRUPO TOTAL (N=72)</b>	<b>40</b>	<b>56.9</b>	<b>32</b>	<b>43.1</b>
SEGUIMIENTO 1 MES	ESPAÑOLAS (N=32)	15	46.9	17	53.1
	INMIGRANTES (N=10)	3	30	7	70
	MEXICANAS (N=27)	9	33.3	18	66.7
	<b>GRUPO TOTAL (N=69)</b>	<b>27</b>	<b>39.1</b>	<b>42</b>	<b>60.9</b>
SEGUIMIENTO 3 MESES	ESPAÑOLAS (N=31)	13	41.9	18	58.1
	INMIGRANTES (N=9)	3	33.3	6	66.7
	MEXICANAS (N=23)	7	30.4	16	69.6
	<b>GRUPO TOTAL (N=63)</b>	<b>23</b>	<b>36.5</b>	<b>40</b>	<b>63.5</b>
SEGUIMIENTO 6 MESES	ESPAÑOLAS (N=30)	10	33.3	20	66.7
	INMIGRANTES (N=9)	4	44.4	5	55.6
	MEXICANAS (N=23)	6	26.1	17	73.9
	<b>GRUPO TOTAL (N=62)</b>	<b>20</b>	<b>32.3</b>	<b>42</b>	<b>67.7</b>
SEGUIMIENTO 12 MESES	ESPAÑOLAS (N=29)	6	20.7	23	79.3
	INMIGRANTES (N=8)	3	37.5	5	62.5
	MEXICANAS (N=24)	7	29.2	17	70.8
	<b>GRUPO TOTAL (N=61)</b>	<b>16</b>	<b>26.2</b>	<b>45</b>	<b>73.8</b>

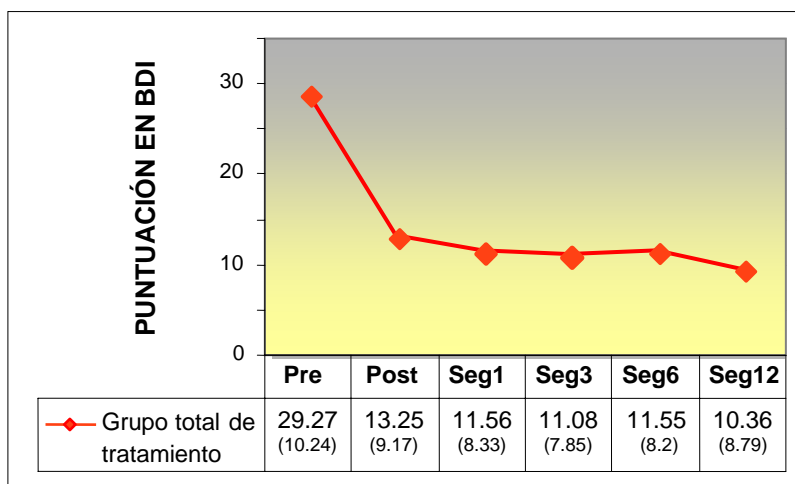
### 17.2.5.4 Sintomatología concomitante: Cambios pre- seguimientos (1, 3, 6 y 12 meses)

#### ■ Inventario de Depresión de Beck

##### • *Grupo total de tratamiento*

Los resultados de los ANOVAs revelan diferencias estadísticamente significativas entre el pretratamiento y el seguimiento al mes [ $F_{(1,68)} = 235.34, p < 0.001$ ], tres [ $F_{(1,62)} = 233.74, p < 0.001$ ], seis [ $F_{(1,61)} = 245.71, p < 0.001$ ] y doce meses [ $F_{(1,60)} = 281.55, p < 0.001$ ] en el grupo total de participantes (véase tabla 17.80), lo que indica que la reducción en la puntuación en depresión al postratamiento se mantiene en los seguimientos realizados. La siguiente figura representa gráficamente la evolución en la puntuación en el Inventario de Depresión de Beck en el grupo total de participantes.

**Figura 17.273.** Evolución en la puntuación en el BDI en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias y desviaciones típicas. Grupo total de tratamiento



**Tabla 17.80.** ANOVAs pre- seg. al mes, 3, 6 y 12 meses para el grupo total de tratamiento en la puntuación en el Inventario de Depresión de Beck.

VARIABLE	CONTRASTE	INVENTARIO DE DEPRESIÓN		
		SIGNIFICACIÓN*	TAMAÑO DEL EFECTO**	POTENCIA
Pre-seguimiento 1 mes	F (1,68) = 235.34	p < 0.001	.88	1.000
Pre-seguimiento 3 meses	F (1,62) = 233.74	p < 0.001	.89	1.000
Pre-seguimiento 6 meses	F (1,61) = 245.71	p < 0.001	.89	1.000
Pre-seguimiento 12 meses	F (1,60) = 281.55	p < 0.001	.9	1.000

\*Nivel de significación: p<0.05

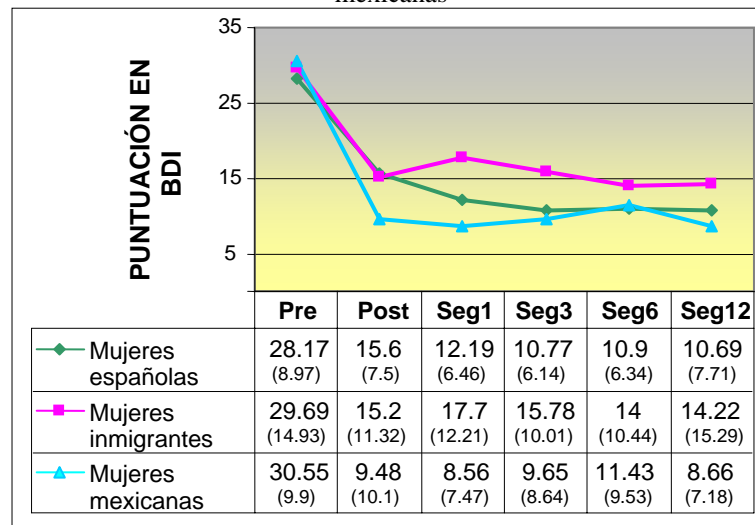
\*\*Eta: fuerza de la asociación

**• Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas**

Los resultados de los ANCOVAs (véase tabla 17.81) muestran un efecto significativo de la interacción nacionalidad\*tiempo en el seguimiento al mes [F (2,63) = 6.27, p<0.05], tres [F (2,57) = 4.72, p<0.05] y doce meses [F (2,55) = 3.69, p<0.05], que indicarían diferencias intergrupos en la reducción de la puntuación en depresión. En el seguimiento a seis meses no resultó significativo el efecto de la interacción (p>0.05).

Los ANOVAs realizados en cada grupo (véase tabla 17.82) muestran diferencias significativas entre el pretratamiento y el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses en el grupo de **mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas**. El análisis de comparaciones múltiples indica que en el seguimiento al mes, tres y doce meses, la reducción que experimenta el grupo de mujeres mexicanas es significativamente mayor a la de las mujeres inmigrantes (p<0.05). La siguiente figura representa gráficamente la puntuación en el BDI al mes, tres, seis y doce meses en el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.

**Figura 17. 274.** Evolución en la puntuación el BDI en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias marginales estimadas y desviaciones típicas. Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas



**Tabla 17.81.** ANCOVAs (nacionalidad × tiempo pre-seg. al mes, 3, 6 y 12 meses) en la puntuación en el Inventario de Depresión de Beck.

VARIABLE / FUENTE DE VARIANZA	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	TAMAÑO DEL EFECTO**	POTENCIA	
SEG 1	Nacionalidad	F (2,63) = .93	N.S	.17	.244
	Tiempo	F (1,63) = 7.63	p < 0.05	.32	.772
	Nacionalidad*tiempo	F (2,63) = 6.27	p < 0.05	.4	.882
SEG 3	Nacionalidad	F (2,57) = .15	N.S	.07	.072
	Tiempo	F (1,57) = 6.48	p < 0.05	.31	.707
	Nacionalidad*tiempo	F (2,57) = 4.72	p < 0.05	.37	.768
SEG 6	Nacionalidad	F (2,56) = .25	N.S	.09	.087
	Tiempo	F (1,56) = 7.76	p < 0.05	.34	.782
	Nacionalidad*tiempo	F (2,56) = 1.74	N.S	.24	.352
SEG 12	Nacionalidad	F (2,55) = .11	N.S	.06	.067
	Tiempo	F (1,55) = 2.68	N.S	.21	.363
	Nacionalidad*tiempo	F (2,55) = 3.69	p < 0.05	.34	.655

\*Nivel de significación: p<0.05  
N.S. No significativo

\*\*Eta: fuerza de la asociación

**Tabla 17.82.** ANOVAs pre-seg al mes, 3, 6 y 12 meses para el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en la puntuación en el Inventario de Depresión de Beck.

NACIONALIDAD	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	TAMAÑO DEL EFECTO**	POTENCIA	
SEG 1	Mujeres españolas	F (1,31) = 141.06	p < 0.001	.9	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,9) = 10.08	p < 0.05	.72	.806
	Mujeres mexicanas	F (1,26) = 165.04	p < 0.001	.92	1.000
SEG 3	Mujeres españolas	F (1,30) = 185.16	p < 0.001	.92	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,8) = 9.22	p < 0.05	.73	.758
	Mujeres mexicanas	F (1,22) = 121.74	p < 0.001	.92	1.000
SEG 6	Mujeres españolas	F (1,29) = 166.12	p < 0.001	.92	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,8) = 15.64	p < 0.05	.81	.932
	Mujeres mexicanas	F (1,22) = 102.93	p < 0.001	.9	1.000
SEG 12	Mujeres españolas	F (1,28) = 180.87	p < 0.001	.93	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,7) = 10.3	p < 0.05	.77	.786
	Mujeres mexicanas	F (1,23) = 174.36	p < 0.001	.93	1.000

\*Nivel de significación: p<0.05

\*\*Eta: fuerza de la asociación

## ■ Significación clínica

La siguiente tabla muestra la distribución del grupo total y de cada uno de los grupos de mujeres, según diagnóstico de depresión en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses.

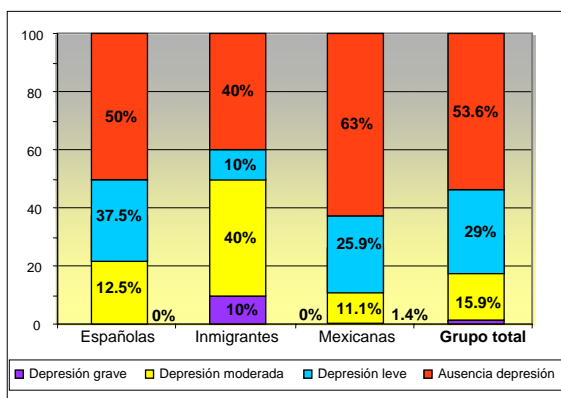
**Tabla 17.83.** Distribución de las participantes según diagnóstico de depresión en el BDI en el seguimiento al mes, 3, 6 y 12 meses en el grupo total y en cada uno de los grupos de mujeres.

EVALUACIÓN	TIPO DE GRUPO/ GRUPO TOTAL DE TTO.	CATEGORÍAS DE DEPRESIÓN SEGÚN BDI							
		AUSENCIA		LEVE		MODERADA		GRAVE	
		N	%	N	%	N	%	N	%
SEGUIMIENTO 1 MES	ESPAÑOLAS (N=32)	16	50	12	37.5	4	12.5	0	0
	INMIGRANTES (N=10)	4	40	1	10	4	40	1	10
	MEXICANAS (N=27)	17	63	7	25.9	3	11.1	0	0
	<b>GRUPO TOTAL (N=69)</b>	<b>37</b>	<b>53.6</b>	<b>20</b>	<b>29</b>	<b>11</b>	<b>15.9</b>	<b>1</b>	<b>1.4</b>
SEGUIMIENTO 3 MESES	ESPAÑOLAS (N=31)	18	58.1	10	32.2	3	9.7	0	0
	INMIGRANTES (N=9)	3	33.3	1	11.1	4	44.4	1	11.1
	MEXICANAS (N=23)	14	60.9	4	17.4	5	21.7	0	0
	<b>GRUPO TOTAL (N=63)</b>	<b>35</b>	<b>55.6</b>	<b>15</b>	<b>23.8</b>	<b>12</b>	<b>19</b>	<b>1</b>	<b>1.6</b>
SEGUIMIENTO 6 MESES	ESPAÑOLAS (N=30)	18	60	10	33.3	2	6.7	0	0
	INMIGRANTES (N=9)	5	55.6	1	11.1	2	22.2	1	11.1
	MEXICANAS (N=23)	12	52.2	6	26.1	4	17.4	1	4.3
	<b>GRUPO TOTAL (N=62)</b>	<b>35</b>	<b>56.5</b>	<b>17</b>	<b>27.4</b>	<b>8</b>	<b>12.9</b>	<b>2</b>	<b>3.2</b>
SEGUIMIENTO 12 MESES	ESPAÑOLAS (N=29)	18	62.1	9	31	1	3.4	1	3.4
	INMIGRANTES (N=8)	5	62.5	1	12.5	0	0	2	25
	MEXICANAS (N=24)	12	50	10	41.7	2	8.3	0	0
	<b>GRUPO TOTAL (N=61)</b>	<b>35</b>	<b>57.4</b>	<b>20</b>	<b>32.8</b>	<b>3</b>	<b>4.9</b>	<b>3</b>	<b>4.9</b>

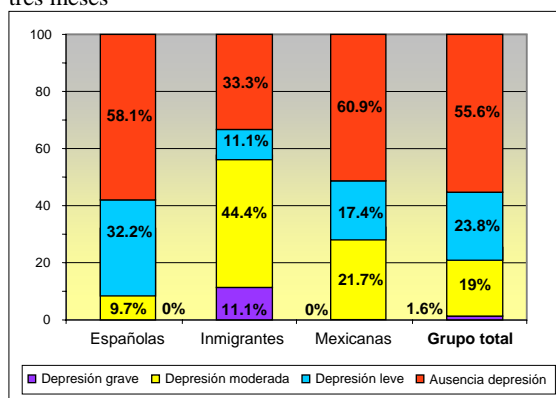
Desde el punto de vista clínico, el porcentaje de mujeres que no cumple criterios para el diagnóstico de depresión según el BDI al postratamiento, esto es, el 41.7% del grupo total, el 31.4% de las mujeres españolas, el 40% de las inmigrantes y el 55.6% de las mexicanas, no sólo se mantiene, sino que se incrementa en los seguimientos realizados. Únicamente el grupo de mexicanas experimenta un ligero descenso en el número de mujeres que no cumple criterios de depresión en el seguimiento a 3, 6 y 12 meses. Al año de concluida la intervención, el 57.4% del **grupo total**, el 62.1% de las *mujeres españolas*, el 62.5% de las *inmigrantes* y el 50% de las *mexicanas* no cumplen criterios de depresión según diagnóstico en el BDI. Únicamente un 4.9% del **total de las mujeres**, lo que supone un 3.4% de las *mujeres españolas* y un 25% de las *inmigrantes* (ninguna de las mexicanas) presentan un nivel grave de depresión según el BDI a los 12 meses de seguimiento.

Las siguientes figuras muestran de manera gráfica el diagnóstico de depresión según el BDI en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses en el grupo total de tratamiento y en el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.

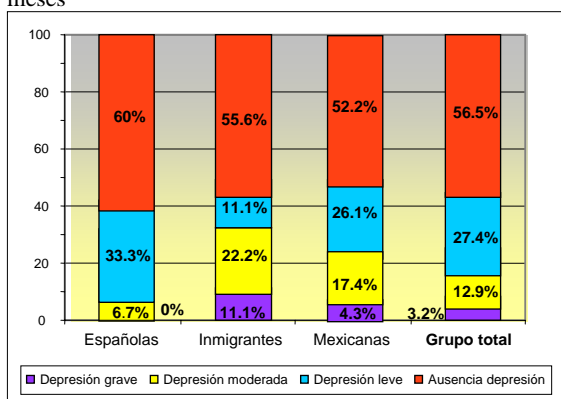
**Figura 17.275.** Diagnóstico de depresión según el BDI en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento al mes



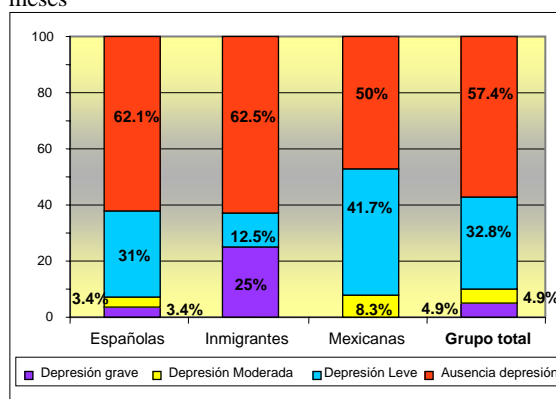
**Figura 17.276.** Diagnóstico de depresión según el BDI en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a tres meses



**Figura 17.277.** Diagnóstico de depresión según el BDI en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a seis meses



**Figura 17.278.** Diagnóstico de depresión según el BDI en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a 12 meses



El análisis de homogeneidad muestra que las diferencias que se observan entre el grupo de españolas, inmigrantes y mexicanas en el porcentaje de mujeres que mejoran y se recuperan de la depresión en el seguimiento al mes y tres meses son estadísticamente significativas. Concretamente, las diferencias resultan significativas entre el grupo de mujeres españolas e inmigrantes. En el seguimiento a seis y doce meses, las diferencias intergrupos no alcanzan la significación estadística, tal y como se aprecia en la siguiente tabla.

**Tabla 17.84.** Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) intergrupos: diagnóstico de depresión según BDI.

	$\chi^2$ (gl, N)	Signif.*
• Diagnóstico depresión: seguimiento 1 mes	13.15 (6,69)	<b>p &lt; 0.05</b>
• Diagnóstico depresión: seguimiento 3 meses	13.45 (6,63)	<b>p &lt; 0.05</b>
• Diagnóstico depresión: seguimiento 6 meses	6.07 (6,62)	N.S
• Diagnóstico depresión: seguimiento 12 meses	10.94 (6,61)	N.S

\*Nivel de significación: p < 0.05

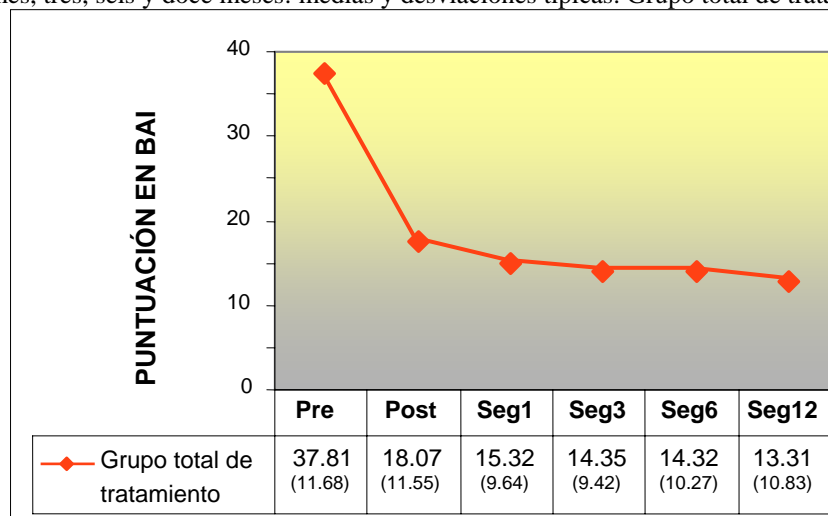
N.S. No significativo

## ■ Inventario de Ansiedad de Beck

### • *Grupo total de tratamiento*

Los resultados de los ANOVAs revelan diferencias estadísticamente significativas entre el pretratamiento y el seguimiento al mes [ $F_{(1,68)} = 382.42, p < 0.001$ ], tres [ $F_{(1,62)} = 315.92, p < 0.001$ ], seis [ $F_{(1,61)} = 299.05, p < 0.001$ ] y doce meses [ $F_{(1,60)} = 301.84, p < 0.001$ ] en el grupo total de participantes, lo que indica que la reducción en la puntuación en ansiedad al postratamiento se mantiene en los seguimientos realizados. La siguiente figura representa gráficamente la evolución en la puntuación en el Inventario de Ansiedad de Beck en el grupo total de participantes.

**Figura 17.279.** Evolución en la puntuación en el Inventario de Ansiedad de Beck en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias y desviaciones típicas. Grupo total de tratamiento



**Tabla 17.85.** ANOVAs pre- seg. al mes, 3, 6 y 12 meses para el grupo total de tratamiento en la puntuación en el Inventario de Ansiedad de Beck.

VARIABLE	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	INVENTARIO DE ANSIEDAD	
			TAMAÑO DEL EFECTO**	POTENCIA
Pre-seguimiento 1 mes	$F_{(1,68)} = 382.42$	$p < 0.001$	.92	1.000
Pre-seguimiento 3 meses	$F_{(1,62)} = 315.92$	$p < 0.001$	.91	1.000
Pre-seguimiento 6 meses	$F_{(1,61)} = 299.05$	$p < 0.001$	.91	1.000
Pre-seguimiento 12 meses	$F_{(1,60)} = 301.84$	$p < 0.001$	.92	1.000

\*Nivel de significación:  $p < 0.05$

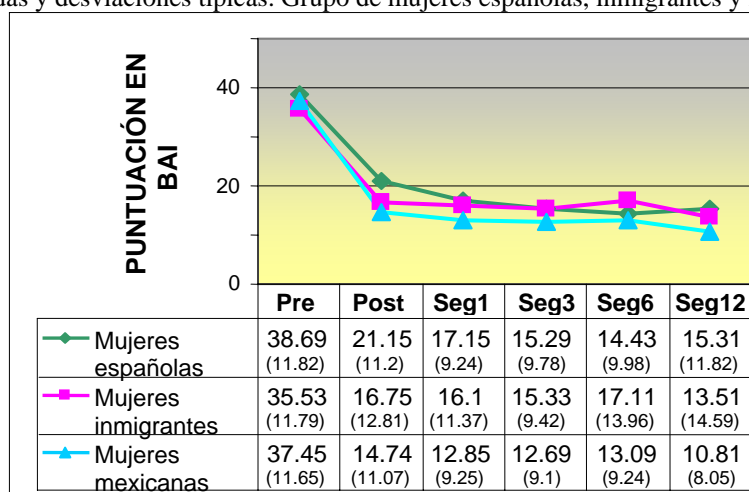
\*\*Eta: fuerza de la asociación.

### • *Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas*

Los ANOVAs realizados en cada grupo (véase tabla 17.87) revelan diferencias estadísticamente significativas entre el pretratamiento y el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses en el grupo de **mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas**, que indican que la reducción al postratamiento en la sintomatología ansiosa se mantiene en los seguimientos realizados. Los resultados de los ANCOVAs (véase tabla 17.86) muestran que no hay diferencias entre los grupos en la sintomatología de ansiedad en ninguno de los seguimientos realizados. La

siguiente figura representa la evolución en la puntuación en ansiedad en el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.

**Figura 17.280.** Evolución en la puntuación en el Inventario de Ansiedad de Beck: medias marginales estimadas y desviaciones típicas. Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas



**Tabla 17.86.** ANCOVAs (nacionalidad × tiempo pre-seg. al mes, 3, 6 y 12 meses) en la puntuación en el Inventario de Ansiedad de Beck.

VARIABLE FUENTE DE VARIANZA	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	TAMAÑO DEL EFECTO**	POTENCIA	
SEG 1	Nacionalidad	F (2,63) = .93	N.S	.17	.244
	Tiempo	F (1,63) = 7.63	p < 0.05	.32	.772
	Nacionalidad*tiempo	F (2,63) = 6.27	p < 0.05	.4	.882
SEG 3	Nacionalidad	F (2,57) = .15	N.S	.07	.072
	Tiempo	F (1,57) = 6.48	p < 0.05	.31	.707
	Nacionalidad*tiempo	F (2,57) = 4.72	p < 0.05	.37	.768
SEG 6	Nacionalidad	F (2,56) = .25	N.S	.09	.087
	Tiempo	F (1,56) = 7.76	p < 0.05	.34	.782
	Nacionalidad*tiempo	F (2,56) = 1.74	N.S	.24	.352
SEG 12	Nacionalidad	F (2,55) = .11	N.S	.06	.067
	Tiempo	F (1,55) = 2.68	N.S	.21	.363
	Nacionalidad*tiempo	F (2,55) = 3.69	p < 0.05	.34	.655

\*Nivel de significación: p<0.05  
N.S. No significativo

\*\*Eta: fuerza de la asociación

**Tabla 17.87.** ANOVAs pre-seg al mes, 3, 6 y 12 meses para el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en la puntuación en el Inventario de Ansiedad de Beck.

NACIONALIDAD	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	TAMAÑO DEL EFECTO**	POTENCIA	
SEG 1	Mujeres españolas	F (1,31) = 186.48	p < 0.001	.92	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,9) = 95.99	p < 0.001	.96	1.000
	Mujeres mexicanas	F (1,26) = 143.81	p < 0.001	.92	1.000
SEG 3	Mujeres españolas	F (1,30) = 139.73	p < 0.001	.9	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,8) = 79.08	p < 0.001	.95	1.000
	Mujeres mexicanas	F (1,22) = 135.45	p < 0.001	.92	1.000
SEG 6	Mujeres españolas	F (1,29) = 152.79	p < 0.001	.91	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,8) = 28.67	p < 0.05	.88	.996
	Mujeres mexicanas	F (1,22) = 135.12	p < 0.001	.92	1.000
SEG 12	Mujeres españolas	F (1,28) = 113.59	p < 0.001	.89	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,7) = 29.17	p < 0.05	.89	.995
	Mujeres mexicanas	F (1,23) = 199.36	p < 0.001	.94	1.000

\*Nivel de significación: p<0.05

\*\*Eta: fuerza de la asociación



## ■ Significación clínica

La siguiente tabla presenta el porcentaje de mujeres del grupo total y de cada uno de los grupos en cada uno de los niveles de ansiedad que describe el BAI.

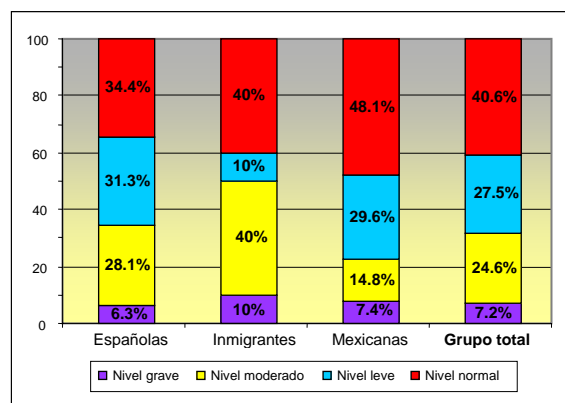
**Tabla 17.88.** Distribución de las participantes según diagnóstico de ansiedad en el BAI en el seguimiento al mes, 3, 6 y 12 meses en el grupo total y en cada uno de los grupos de mujeres.

EVALUACIÓN	TIPO DE GRUPO/ GRUPO TOTAL DE TTO.	CATEGORÍAS ANSIEDAD SEGÚN BAI							
		NORMAL		LEVE		MODERADA		GRAVE	
		N	%	N	%	N	%	N	%
SEGUIMIENTO 1 MES	ESPAÑOLAS (N=32)	11	34.4	10	31.3	9	28.1	2	6.3
	INMIGRANTES (N=10)	4	40	1	10	4	40	1	10
	MEXICANAS (N=27)	13	48.1	8	29.6	4	14.8	2	7.4
	<b>GRUPO TOTAL (N=69)</b>	<b>28</b>	<b>40.6</b>	<b>19</b>	<b>27.5</b>	<b>17</b>	<b>24.6</b>	<b>5</b>	<b>7.2</b>
SEGUIMIENTO 3 MESES	ESPAÑOLAS (N=31)	10	32.3	13	41.9	7	22.6	1	3.2
	INMIGRANTES (N=9)	3	33.3	3	33.3	3	33.3	0	0
	MEXICANAS (N=23)	14	60.9	3	13	5	21.7	1	4.3
	<b>GRUPO TOTAL (N=63)</b>	<b>27</b>	<b>42.9</b>	<b>19</b>	<b>30.2</b>	<b>15</b>	<b>23.8</b>	<b>2</b>	<b>3.2</b>
SEGUIMIENTO 6 MESES	ESPAÑOLAS (N=30)	11	36.7	13	43.3	4	13.3	2	6.7
	INMIGRANTES (N=9)	5	55.6	1	11.1	1	11.1	2	22.2
	MEXICANAS (N=23)	11	47.8	6	26.1	5	21.7	1	4.3
	<b>GRUPO TOTAL (N=62)</b>	<b>27</b>	<b>43.5</b>	<b>20</b>	<b>32.2</b>	<b>10</b>	<b>16.1</b>	<b>5</b>	<b>8.1</b>
SEGUIMIENTO 12 MESES	ESPAÑOLAS (N=29)	11	37.9	13	44.8	3	10.3	2	6.9
	INMIGRANTES (N=8)	6	75	0	0	1	12.5	1	12.5
	MEXICANAS (N=24)	12	50	8	33.3	4	16.7	0	0
	<b>GRUPO TOTAL (N=61)</b>	<b>29</b>	<b>47.5</b>	<b>21</b>	<b>34.4</b>	<b>8</b>	<b>13.1</b>	<b>3</b>	<b>4.9</b>

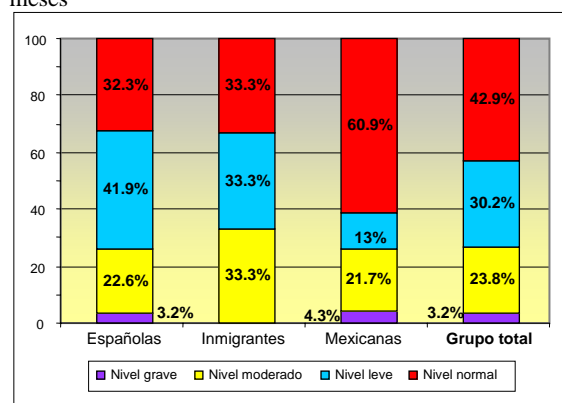
Desde un punto de vista clínico, el porcentaje de mujeres que no cumple criterios para el diagnóstico de ansiedad según el BAI al postratamiento, esto es, el 30.6% del grupo total, el 20% de las mujeres españolas, el 50% de las inmigrantes y el 37% de las mexicanas, aumenta a un 47.5% en el **grupo total** de mujeres y a un 37.9%, 75% y 50% en el grupo de *mujeres españolas*, *inmigrantes* y *mexicanas*, respectivamente, al año de concluida la intervención. Además, el 18.1% de mujeres del **grupo total** de tratamiento con un diagnóstico de ansiedad grave al postratamiento se reduce a un 4.9% en el seguimiento a los doce meses. El 22.9% de las *mujeres españolas* con un nivel grave de ansiedad en el postratamiento se reduce a un 6.9% en el seguimiento al año; en el grupo de *inmigrantes*, únicamente una mujer presenta un nivel grave de ansiedad al año de concluida la intervención; finalmente, el 14.8% de las *mujeres mexicanas* que presentaba un nivel grave de ansiedad en el postratamiento se reduce a un 0% en el seguimiento a los 12 meses.

Las siguientes figuras muestran de manera gráfica el diagnóstico de ansiedad según el BAI en el grupo total de tratamiento y en cada uno de los grupos al postratamiento y en los seguimientos realizados.

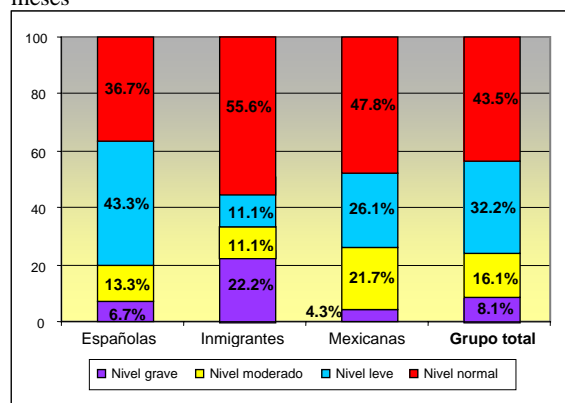
**Figura 17.281.** Diagnóstico de ansiedad según el BAI en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento al mes



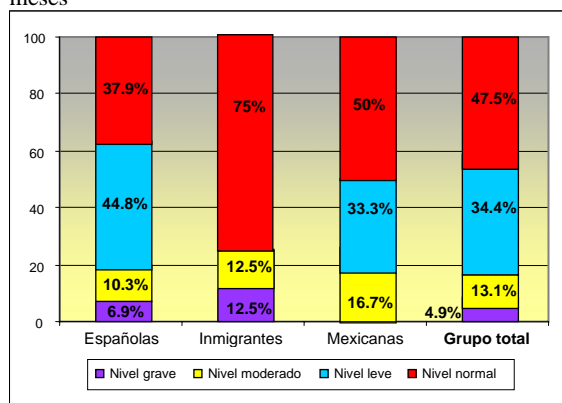
**Figura 17.282.** Diagnóstico de ansiedad según el BAI en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a tres meses



**Figura 17.283.** Diagnóstico de ansiedad según el BAI en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a 6 meses



**Figura 17.284.** Diagnóstico de ansiedad según el BAI en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a 12 meses



Las diferencias encontradas entre el grupo de españolas, inmigrantes y mexicanas en el porcentaje de mujeres que mejoran y se recuperan de la ansiedad en los seguimientos realizados no son estadísticamente significativas, tal y como se desprende de la prueba Chi-cuadrado de Pearson llevada a cabo, cuyos resultados se muestran en la siguiente tabla.

**Tabla 17.89.** Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) intergrupos: diagnóstico de ansiedad según BAI.

	$\chi^2$ (gl, N)	Signif.*
• Diagnóstico ansiedad: seguimiento 1 mes	4.32 (6,69)	N.S
• Diagnóstico ansiedad: seguimiento 3 meses	7.22 (6,63)	N.S
• Diagnóstico ansiedad: seguimiento 6 meses	6.81 (6,62)	N.S
• Diagnóstico ansiedad: seguimiento 12 meses	8.28 (6,61)	N.S

\*Nivel de significación:  $p < 0.05$  N.S. No significativo

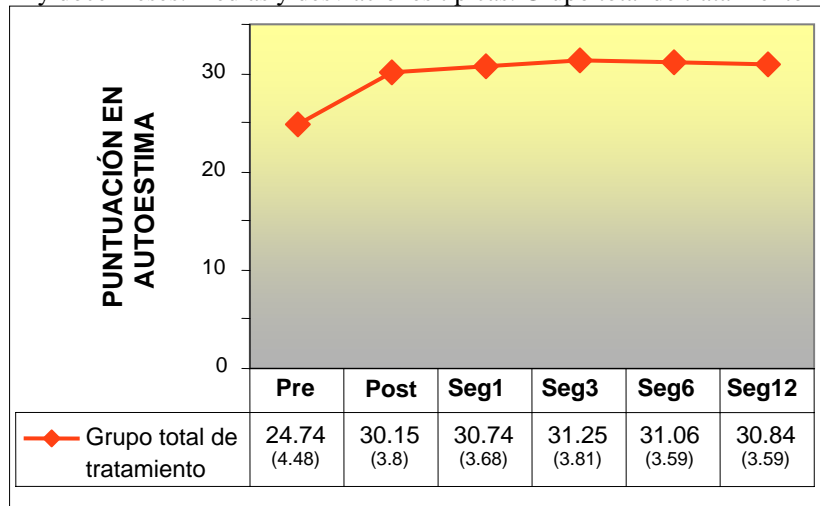
## ■ Escala de Autoestima de Rosenberg

### • Grupo total de tratamiento

Los resultados del ANOVA muestran que las diferencias en la puntuación en autoestima en el grupo total de participantes son estadísticamente significativas, tanto en el seguimiento al mes [F (1,68) = 382.42,  $p < 0.001$ ] como a los tres [F (1,62) = 315.92,  $p < 0.001$ ], seis [F (1,61) =

299.05,  $p < 0.001$ ] y doce meses [ $F_{(1,60)} = 162.58$ ,  $p < 0.001$ ]. Por lo tanto, se puede afirmar que el cambio experimentado en la puntuación en autoestima al postratamiento se mantiene en los seguimientos realizados (véase tabla 17.90). La siguiente figura representa la evolución en la puntuación en autoestima en el grupo total de participantes en el tratamiento.

**Figura 17.285.** Evolución en la puntuación en la Escala de Autoestima en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias y desviaciones típicas. Grupo total de tratamiento



**Tabla 17.90.** ANOVAs pre- seg. al mes, 3, 6 y 12 meses para el grupo total de tratamiento en la puntuación en la Escala de Autoestima.

VARIABLE	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	ESCALA DE AUTOESTIMA	
			TAMAÑO DEL EFECTO**	POTENCIA
Pre-seguimiento 1 mes	$F_{(1,68)} = 382.42$	$p < 0.001$	.92	1.000
Pre-seguimiento 3 meses	$F_{(1,62)} = 315.92$	$p < 0.001$	.91	1.000
Pre-seguimiento 6 meses	$F_{(1,61)} = 299.05$	$p < 0.001$	.83	1.000
Pre-seguimiento 12 meses	$F_{(1,60)} = 162.58$	$p < 0.001$	.85	1.000

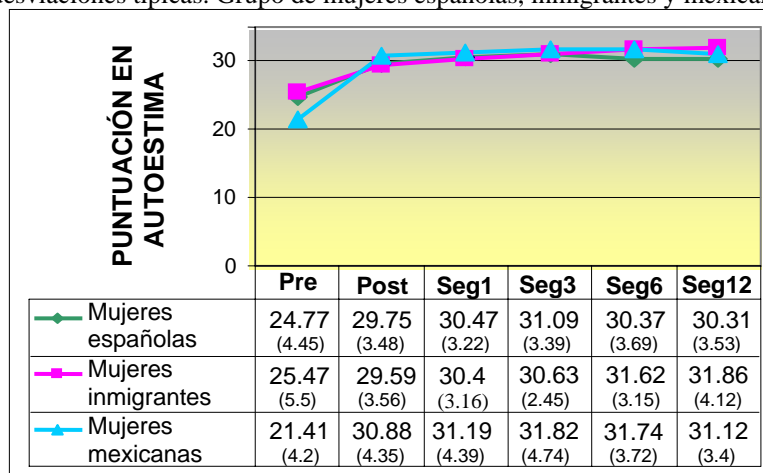
\*Nivel de significación:  $p < 0.05$

\*\*Eta: fuerza de la asociación

• *Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas*

Se han encontrado diferencias significativas entre el pretratamiento y el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses en el grupo de **mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas** (véase tabla 17.92). El efecto de la interacción nacionalidad\*tiempo no ha alcanzado la significación estadística en ninguno de los seguimientos realizados (véase tabla 17.91). Por tanto, la mejora de la autoestima al postratamiento se mantiene en los seguimientos realizados, sin que se hayan encontrado diferencias intergrupos en función de la nacionalidad de las participantes. La siguiente figura representa de manera gráfica el cambio en la puntuación en autoestima a lo largo de los seguimientos en cada grupo de mujeres.

**Figura 17.286.** Evolución en la puntuación en la Escala de Autoestima: medias marginales estimadas y desviaciones típicas. Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas



**Tabla 17.91.** ANCOVAs (nacionalidad × tiempo pre-seg. al mes, 3, 6 y 12 meses) en la puntuación en la Escala de Autoestima.

VARIABLE/ FUENTE DE VARIANZA	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	TAMAÑO DEL EFECTO**	POTENCIA	
SEG 1	Nacionalidad	F (2,63) = .09	N.S	.05	.064
	Tiempo	F (1,63) = .31	N.S	.07	.085
	Nacionalidad*tiempo	F (2,63) = 2.42	N.S	.26	.471
SEG 3	Nacionalidad	F (2,57) = .23	N.S	.08	.084
	Tiempo	F (1,57) = 3.38	N.S	.26	.440
	Nacionalidad*tiempo	F (2,57) = 2.84	N.S	.30	.536
SEG 6	Nacionalidad	F (2,56) = .25	N.S	.09	.087
	Tiempo	F (1,56) = 6.81	p < 0.05	.32	.727
	Nacionalidad*tiempo	F (2,56) = 2.12	N.S	.26	.417
SEG 12	Nacionalidad	F (2,55) = .2	N.S	.08	.81
	Tiempo	F (1,55) = 4.86	p < 0.05	.28	.582
	Nacionalidad*tiempo	F (2,55) = .89	N.S	.17	.195

\*Nivel de significación: p<0.05  
N.S. No significativo

\*\*Eta: fuerza de la asociación

**Tabla 17.92.** ANOVAs pre-seg mes, 3, 6 y 12 meses para el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en la puntuación en la Escala de Autoestima.

VARIABLE	NACIONALIDAD	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	TAMAÑO DEL EFECTO**	POTENCIA
SEG 1	Mujeres españolas	F (1,31) = 65.8	p < 0.001	.82	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,9) = 12.56	p < 0.05	.74	.856
	Mujeres mexicanas	F (1,26) = 104.59	p < 0.001	.89	1.000
SEG 3	Mujeres españolas	F (1,30) = 60.68	p < 0.001	.81	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,8) = 11.98	p < 0.05	.77	.857
	Mujeres mexicanas	F (1,22) = 65.39	p < 0.001	.86	1.000
SEG 6	Mujeres españolas	F (1,29) = 54.96	p < 0.001	.80	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,8) = 14.4	p < 0.05	.80	.912
	Mujeres mexicanas	F (1,22) = 91.48	p < 0.001	.89	1.000
SEG 12	Mujeres españolas	F (1,28) = 54.73	p < 0.001	.81	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,7) = 19.05	p < 0.05	.85	.960
	Mujeres mexicanas	F (1,23) = 100.81	p < 0.001	.90	1.000

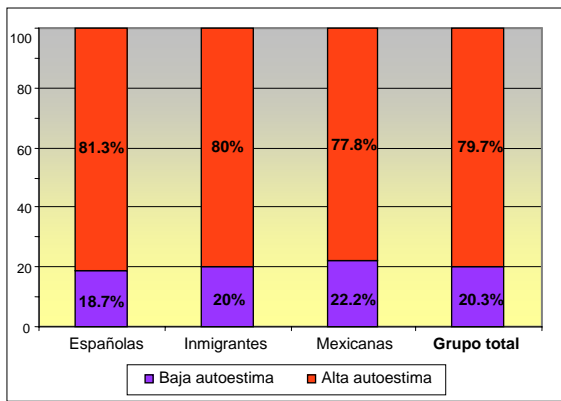
\*Nivel de significación: p<0.05

\*\*Eta: fuerza de la asociación

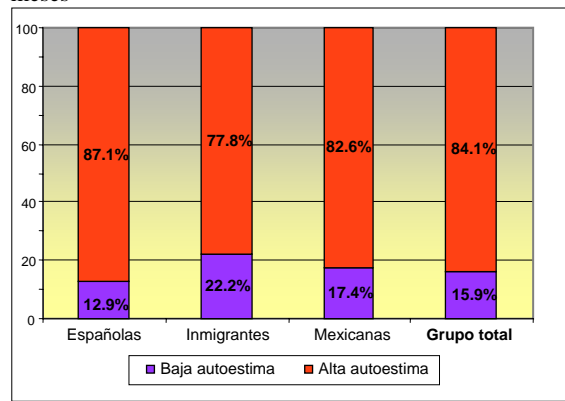
## ■ Significación clínica

Hay que destacar que la mejora que experimentan tanto las mujeres españolas, como las inmigrantes y mexicanas en el nivel de autoestima al postratamiento continúa incrementándose en los seguimientos realizados, llegado a presentar únicamente un 19.7% del **total** de las mujeres un nivel bajo de autoestima en el seguimiento a los 12 meses. Concretamente, un 79.3% de las *mujeres españolas*, un 75% de las *inmigrantes* y un 83.3% de las *mexicanas* presentan un nivel alto de autoestima al año de concluida la intervención. La siguiente tabla muestra la distribución del grupo total de tratamiento y de cada uno de los subgrupos de mujeres en función del nivel de autoestima en los seguimientos realizados. Las siguientes figuras representan gráficamente los resultados comentados.

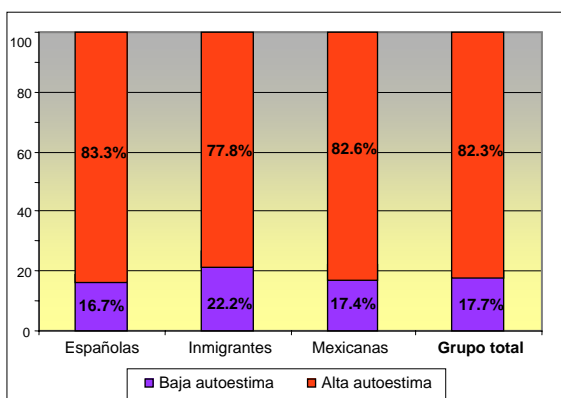
**Figura 17.287.** Diagnóstico en la Escala de Autoestima en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento al mes



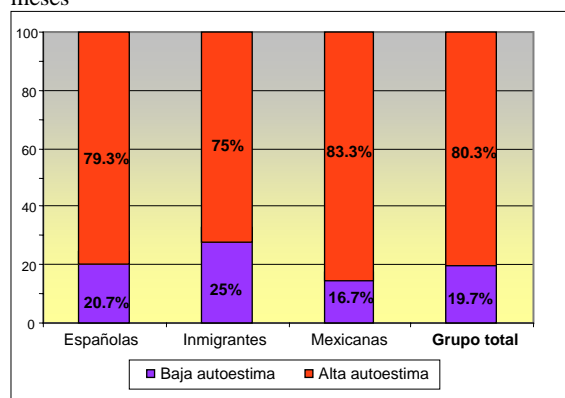
**Figura 17.288.** Diagnóstico en la Escala de Autoestima en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a 3 meses



**Figura 17.289.** Diagnóstico en la Escala de Autoestima en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a 6 meses



**Figura 17.290.** Diagnóstico en la Escala de Autoestima en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a 12 meses



**Tabla 17.93.** Distribución de las participantes según diagnóstico en la Escala de Autoestima en el seguimiento al mes, 3, 6 y 12 meses en el grupo total y en cada uno de los grupos de mujeres.

EVALUACIÓN	TIPO DE GRUPO/ GRUPO TOTAL	AUTOESTIMA BAJA		AUTOESTIMA ALTA	
		N	%	N	%
SEGUIMIENTO 1 MES	ESPAÑOLAS (N=32)	6	18.7	26	81.3
	INMIGRANTES (N=10)	2	20	8	80
	MEXICANAS (N=27)	6	22.2	21	77.8
	<b>GRUPO TOTAL (N=69)</b>	<b>14</b>	<b>20.3</b>	<b>55</b>	<b>79.7</b>
SEGUIMIENTO 3 MESES	ESPAÑOLAS (N=31)	4	12.9	27	87.1
	INMIGRANTES (N=9)	2	22.2	7	77.8
	MEXICANAS (N=23)	4	17.4	19	82.6
	<b>GRUPO TOTAL (N=63)</b>	<b>10</b>	<b>15.9</b>	<b>53</b>	<b>84.1</b>
SEGUIMIENTO 6 MESES	ESPAÑOLAS (N=30)	5	16.7	25	83.3
	INMIGRANTES (N=9)	2	22.2	7	77.8
	MEXICANAS (N=23)	4	17.4	19	82.6
	<b>GRUPO TOTAL (N=62)</b>	<b>11</b>	<b>17.7</b>	<b>51</b>	<b>82.3</b>
SEGUIMIENTO 12 MESES	ESPAÑOLAS (N=29)	6	20.7	23	79.3
	INMIGRANTES (N=8)	2	25	6	75
	MEXICANAS (N=24)	4	16.7	20	83.3
	<b>GRUPO TOTAL (N=61)</b>	<b>12</b>	<b>19.7</b>	<b>49</b>	<b>80.3</b>

Las diferencias encontradas entre el grupo de españolas, inmigrantes y mexicanas en el porcentaje de mujeres que recuperan su autoestima en los seguimientos realizados no son estadísticamente significativas, tal y como se desprende de la prueba Chi-cuadrado de Pearson llevada a cabo, cuyos resultados se muestran en la siguiente tabla.

**Tabla 17.94.** Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) intergrupos: diagnóstico en la Escala de Autoestima.

	$\chi^2$ (gl, N)	Signif*
• Diagnóstico Escala de Autoestima: seguimiento 1 mes	.11 (2,69)	N.S
• Diagnóstico Escala de Autoestima: seguimiento 3 meses	.51 (2,63)	N.S
• Diagnóstico Escala de Autoestima: seguimiento 6 meses	.149 (2,62)	N.S
• Diagnóstico Escala de Autoestima: seguimiento 12 meses	.3 (2,61)	N.S

\*Nivel de significación:  $p < 0.05$  N.S. No significativo

### ■ Tamaño del efecto y potencia estadística de los resultados en el BDI, BAI y autoestima.

Se ha encontrado un tamaño del efecto alto, así como una potencia que se aproxima o es superior a .80 en las *comparaciones intrasujeto* para el grupo total de participantes y para el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en depresión, ansiedad y autoestima en cada uno de los seguimientos. La menor potencia encontrada en los resultados de las mujeres inmigrantes podría deberse al reducido tamaño muestral de este grupo, ya que, tal y como puede contemplarse en las tablas, el tamaño del efecto es alto.

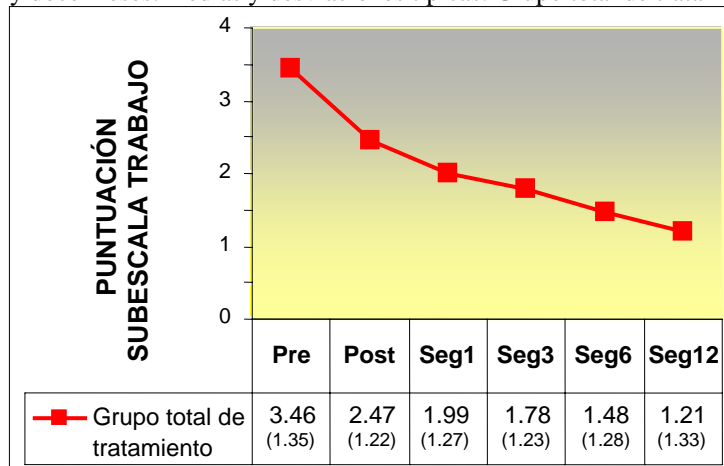
En aquellos casos en que las *comparaciones intergrupo* han resultado significativas, se ha encontrado un tamaño del efecto entre medio y alto y una potencia que se aproxima o es superior a .80. En aquellos otros casos en los que no se han encontrado diferencias entre los grupos, la potencia de los resultados ha sido baja, de la misma manera que el tamaño del efecto, que ha sido moderado en algunas medidas y pequeño en otras. Por tanto, esta ausencia de diferencias entre los grupos en algunas medidas parecería más relacionada con el tamaño del efecto bajo o medio bajo encontrado en las mismas comparaciones, más que con una falta de potencia del contraste para detectarlas.

### ■ Escala de Inadaptación

#### • *Grupo total de tratamiento*

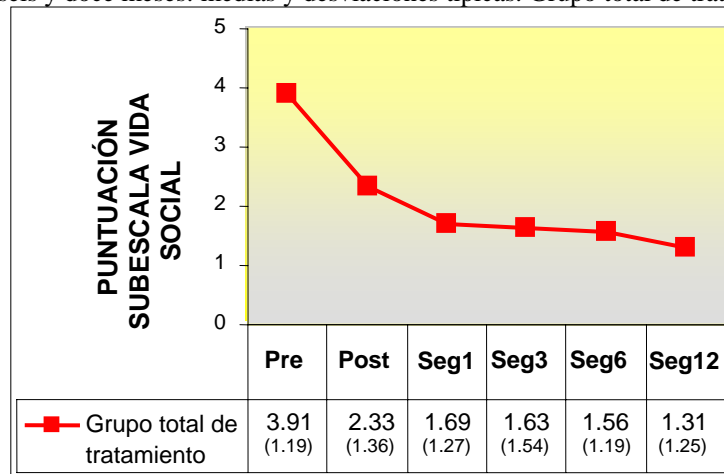
**Trabajo.** Los resultados del ANOVA (véase tabla 17.95) revelan diferencias estadísticamente significativas entre el pretratamiento y el seguimiento al mes [ $F_{(1,68)} = 56.74, p < 0.001$ ], tres [ $F_{(1,62)} = 76.4, p < 0.001$ ], seis [ $F_{(1,61)} = 95.13, p < 0.001$ ] y doce meses [ $F_{(1,60)} = 149.71, p < 0.001$ ] en el grupo total de participantes, lo que indica que la reducción en el nivel de inadaptación laboral al postratamiento se mantiene en los seguimientos realizados. La siguiente figura representa la evolución en la puntuación en la subescala de trabajo en el grupo total de tratamiento.

**Figura 17.291.** Evolución en la puntuación en la subescala de trabajo en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias y desviaciones típicas. Grupo total de tratamiento



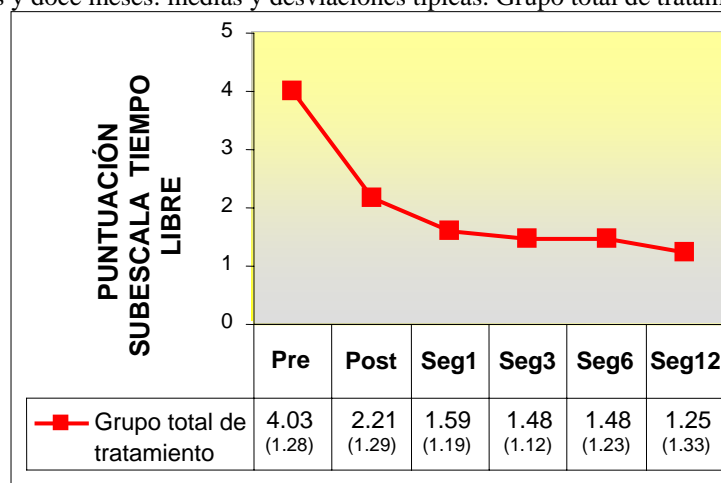
**Vida social:** Nuevamente aparecen diferencias estadísticamente significativas entre el pretratamiento y el seguimiento al mes [ $F_{(1,68)} = 191.4, p < 0.001$ ], tres [ $F_{(1,62)} = 206.42, p < 0.001$ ], seis [ $F_{(1,61)} = 255.15, p < 0.001$ ] y doce meses [ $F_{(1,60)} = 247.28, p < 0.001$ ] en el grupo total de participantes (véase tabla 17.95), que permiten afirmar que la reducción en el nivel de inadaptación social al postratamiento se mantiene en los seguimientos realizados. La siguiente figura representa la evolución en la puntuación en la subescala de vida social en el grupo total.

**Figura 17.292.** Cambios en la puntuación en la subescala de vida social en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias y desviaciones típicas. Grupo total de tratamiento



**Tiempo libre:** Aparecen diferencias significativas entre el pretratamiento y el seguimiento al mes [ $F_{(1,68)} = 229.95, p < 0.001$ ], tres [ $F_{(1,62)} = 220.75, p < 0.001$ ], seis [ $F_{(1,61)} = 199.11, p < 0.001$ ] y doce meses [ $F_{(1,60)} = 188.81, p < 0.001$ ] en el grupo total de tratamiento (véase tabla 17.95), que indicarían que la mejora en el nivel de inadaptación en la subescala de tiempo libre al postratamiento se mantiene en los seguimientos realizados. La siguiente figura muestra los cambios experimentados en el nivel de inadaptación en la subescala de tiempo libre en el grupo total de tratamiento.

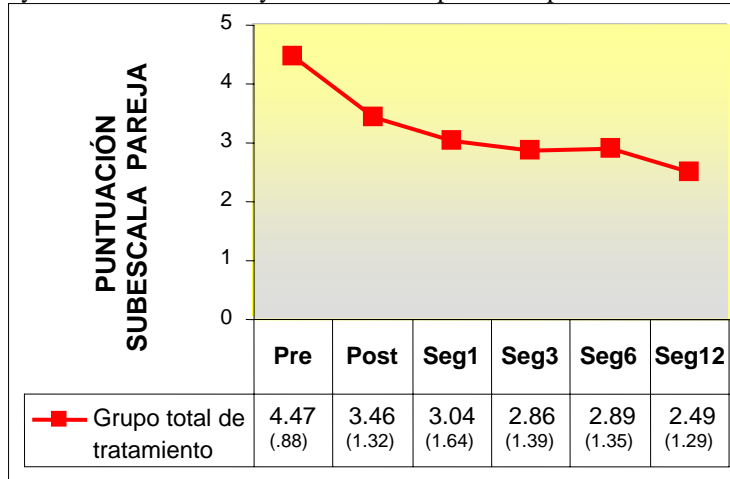
**Figura 17.293.** Cambios en la puntuación en la subescala de tiempo libre en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias y desviaciones típicas. Grupo total de tratamiento





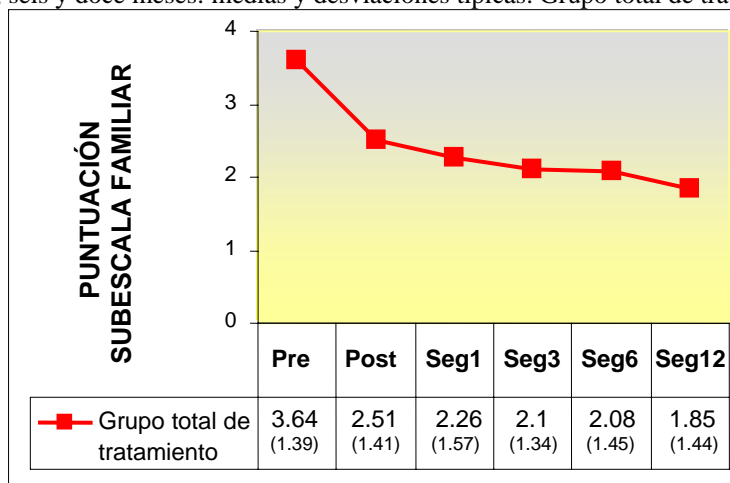
**Pareja:** Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el pre y el seguimiento al mes [ $F_{(1,68)} = 56.06, p < 0.001$ ], tres [ $F_{(1,62)} = 83.92, p < 0.001$ ], seis [ $F_{(1,61)} = 91.63, p < 0.001$ ] y doce meses [ $F_{(1,60)} = 129.79, p < 0.001$ ] en la subescala de pareja en el grupo total de tratamiento (véase tabla 17.95). Tal y como se puede observar en la siguiente gráfica, la reducción en el nivel de inadaptación en el área de pareja entre el pre y el postratamiento se mantiene, incluso, se incrementa en los seguimientos realizados.

**Figura 17.294.** Cambios en la puntuación en la subescala de pareja en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias y desviaciones típicas. Grupo total de tratamiento



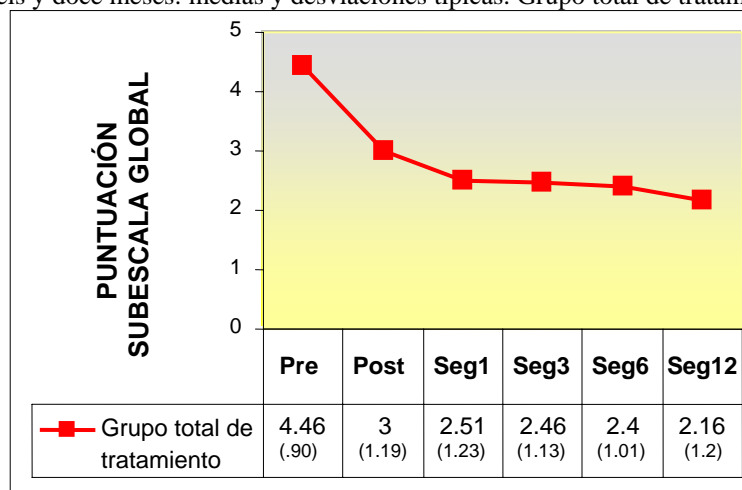
**Familia:** Nuevamente se han encontrado diferencias significativas entre el pre y el seguimiento al mes [ $F_{(1,68)} = 60.76, p < 0.001$ ], tres [ $F_{(1,62)} = 68.69, p < 0.001$ ], seis [ $F_{(1,61)} = 55.22, p < 0.001$ ] y doce meses [ $F_{(1,60)} = 96.26, p < 0.001$ ] en el grupo total de tratamiento (véase tabla 17.95), que permiten afirmar que la reducción del nivel de inadaptación en esta área al postratamiento se mantiene en los seguimientos llevados a cabo. La siguiente figura muestra de manera gráfica los resultados.

**Figura 17.295.** Cambios en la puntuación en la subescala de familia en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias y desviaciones típicas. Grupo total de tratamiento



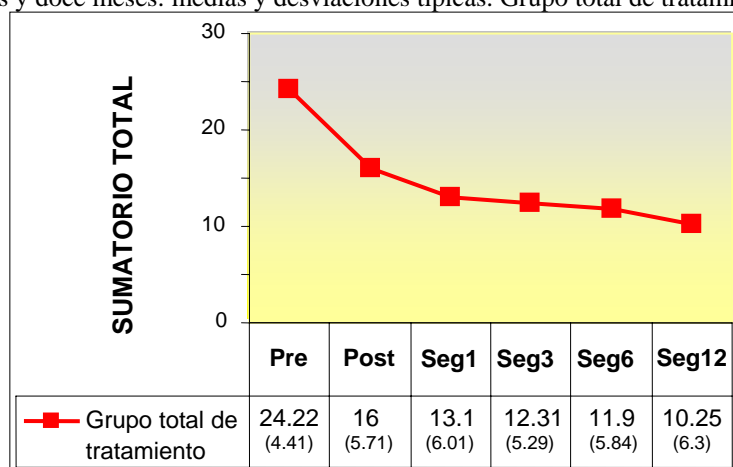
**Global:** Aparecen diferencias significativas entre el pretratamiento y el seguimiento al mes [ $F_{(1,68)} = 174.59, p < 0.001$ ], tres [ $F_{(1,62)} = 182.48, p < 0.001$ ], seis [ $F_{(1,61)} = 237.95, p < 0.001$ ] y doce meses [ $F_{(1,60)} = 213.33, p < 0.001$ ] en el grupo total de tratamiento (véase tabla 17.95), que indicarían que la mejora en el nivel de inadaptación global al postratamiento se mantiene en los seguimientos realizados. La siguiente figura muestra los cambios experimentados en el nivel de inadaptación global a lo largo del tiempo.

**Figura 17.296.** Cambios en la puntuación en la subescala global en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias y desviaciones típicas. Grupo total de tratamiento



**Sumatorio total:** Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el sumatorio total de la Escala de Inadaptación entre el pre y el seguimiento al mes [ $F_{(1,68)} = 253.46, p < 0.001$ ], tres [ $F_{(1,62)} = 306.83, p < 0.001$ ], seis [ $F_{(1,61)} = 348.6, p < 0.001$ ] y doce meses [ $F_{(1,60)} = 419.67, p < 0.001$ ] en el grupo total de tratamiento (véase tabla 17.95), que indicarían que la reducción del nivel de inadaptación total al postratamiento se mantiene en los seguimientos realizados, incluso aumenta, tal y como se puede observar en la siguiente figura.

**Figura 17.297.** Cambios en la puntuación en el sumatorio total en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias y desviaciones típicas. Grupo total de tratamiento



**Tabla 17.95.** ANOVAs pre-seg. al mes, 3, 6 y 12 meses para el grupo total de tratamiento en las subescalas de la Escala de Inadaptación.

		<b>ESCALA DE INADAPTACIÓN</b>			
	<b>VARIABLE</b>	<b>CONTRASTE</b>	<b>SIGNIFICACIÓN*</b>	<b>TAMAÑO DEL EFECTO**</b>	<b>POTENCIA</b>
<b>TRABAJO</b>	Pre-seg 1 mes	F (1,68) = 56.74	p < 0.001	.67	1.000
	Pre-seg 3 meses	F (1,62) = 76.4	p < 0.001	.74	1.000
	Pre-seg 6 meses	F (1,61) = 95.13	p < 0.001	.78	1.000
	Pre-seg 12 meses	F (1,60) = 149.71	p < 0.001	.84	1.000
<b>SOCIAL</b>	Pre-seg 1 mes	F (1,68) = 191.4	p < 0.001	.85	1.000
	Pre-seg 3 meses	F (1,62) = 206.42	p < 0.001	.87	1.000
	Pre-seg 6 meses	F (1,61) = 255.15	p < 0.001	.88	1.000
	Pre-seg 12 meses	F (1,60) = 247.28	p < 0.001	.89	1.000
<b>T. LIBRE</b>	Pre-seg 1 mes	F (1,68) = 229.95	p < 0.001	.87	1.000
	Pre-seg 3 meses	F (1,62) = 220.75	p < 0.001	.88	1.000
	Pre-seg 6 meses	F (1,61) = 199.11	p < 0.001	.87	1.000
	Pre-seg 12 meses	F (1,60) = 188.81	p < 0.001	.87	1.000
<b>PAREJA</b>	Pre-seg 1 mes	F (1,68) = 56.06	p < 0.001	.67	1.000
	Pre-seg 3 meses	F (1,62) = 83.92	p < 0.001	.75	1.000
	Pre-seg 6 meses	F (1,61) = 91.63	p < 0.001	.77	1.000
	Pre-seg 12 meses	F (1,60) = 129.79	p < 0.001	.82	1.000
<b>FAMILIA</b>	Pre-seg 1 mes	F (1,68) = 60.76	p < 0.001	.68	1.000
	Pre-seg 3 meses	F (1,62) = 68.69	p < 0.001	.72	1.000
	Pre-seg 6 meses	F (1,61) = 55.22	p < 0.001	.68	1.000
	Pre-seg 12 meses	F (1,60) = 96.26	p < 0.001	.78	1.000
<b>GLOBAL</b>	Pre-seg 1 mes	F (1,68) = 174.59	p < 0.001	.84	1.000
	Pre-seg 3 meses	F (1,62) = 182.48	p < 0.001	.86	1.000
	Pre-seg 6 meses	F (1,61) = 237.95	p < 0.001	.89	1.000
	Pre-seg 12 meses	F (1,60) = 213.33	p < 0.001	.78	1.000
<b>TOTAL</b>	Pre-seg 1 mes	F (1,68) = 253.46	p < 0.001	.88	1.000
	Pre-seg 3 meses	F (1,62) = 306.83	p < 0.001	.91	1.000
	Pre-seg 6 meses	F (1,61) = 348.60	p < 0.001	.92	1.000
	Pre-seg 12 meses	F (1,60) = 419.67	p < 0.001	.93	1.000

\*Nivel de significación: p<0.05

\*\*Eta: fuerza de la asociación

• *Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas*

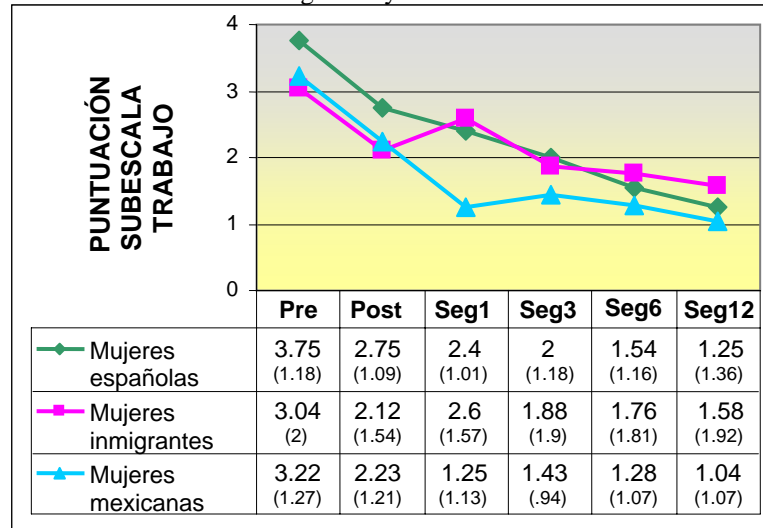
**Trabajo:** Se ha encontrado un efecto significativo de la interacción nacionalidad\*tiempo en el seguimiento al mes [F (2,63) = 3.55, p<0.05], que estaría indicando diferencias intergrupos. En el seguimiento a los tres, seis y doce meses no han aparecido diferencias estadísticamente significativas (p>0.05) entre el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas (véase tablas 17.96, 17.98, 17.100 y 17.102). El efecto de las covariables no resultó significativo.

Los resultados de los ANOVAs en cada uno de los grupos (véase tablas 17.97, 17.99, 17.101 y 17.103) muestran una mejora estadísticamente significativa en el nivel de adaptación laboral en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses en el grupo de **mujeres españolas** y **mexicanas** (p<0.001). Por el contrario, los cambios experimentados en el grupo de **mujeres inmigrantes** únicamente alcanzan la significación estadística en el seguimiento a los 12 meses.

Para aclarar las diferencias intergrupos en el seguimiento al mes se ha realizado un análisis de comparaciones múltiples *post-hoc*, que muestra que las mujeres mexicanas experimentan una reducción significativamente mayor en el nivel de inadaptación laboral en

comparación con las mujeres españolas e inmigrantes ( $p < 0.001$ ). La siguiente figura representa la evolución en la puntuación en la subescala de trabajo en el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.

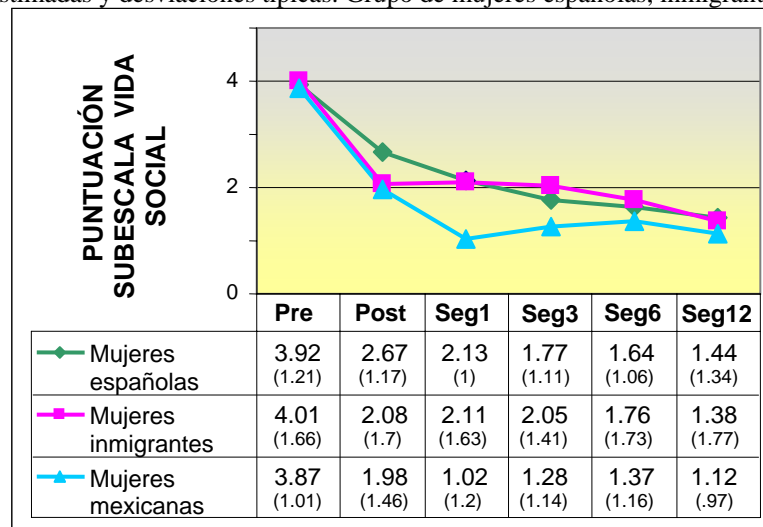
**Figura 17.298.** Cambios en la puntuación en la subescala de trabajo en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias marginales estimadas y desviaciones típicas. Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas



**Vida social:** De la misma manera que en la subescala de trabajo, únicamente surgen diferencias significativas entre los grupos de mujeres en el nivel de inadaptación social al mes de concluida la intervención [ $F_{(2,63)} = 4.32, p < 0.05$ ]. En el seguimiento a los tres, seis y doce meses las diferencias intergrupos no han resultado estadísticamente significativas ( $p > 0.05$ ).

La siguiente figura representa gráficamente la evolución en la puntuación en la subescala social en el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.

**Figura 17.299.** Cambios en la subescala social en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias marginales estimadas y desviaciones típicas. Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas

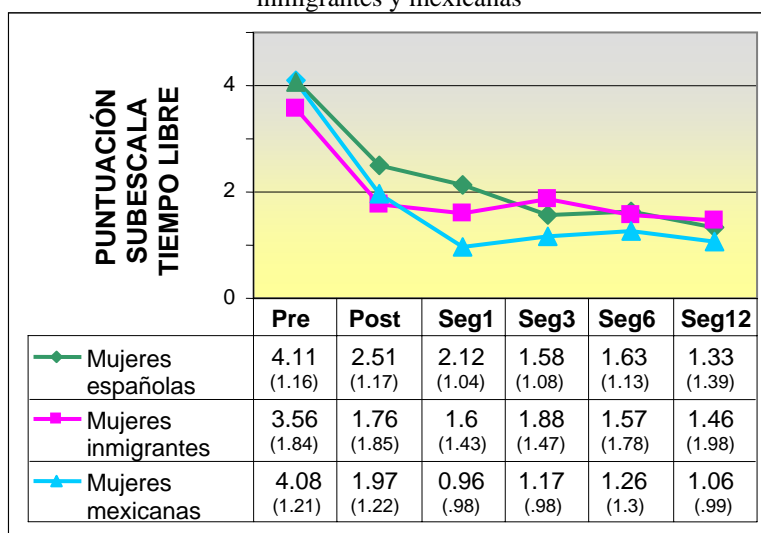


Los resultados de los ANOVAs revelan que tanto el grupo de **mujeres españolas**, como el de **inmigrantes** y **mexicanas** experimentan una mejora significativa entre el pretratamiento y el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses en el nivel de inadaptación social (véase tablas 17.97, 17.99, 17.101 y 17.103). No obstante, el análisis de comparaciones múltiples *post-hoc* muestra que al mes las mujeres mexicanas experimentan una reducción significativamente mayor en la puntuación en esta subescala en comparación con las mujeres españolas ( $p < 0.05$ ).

**Tiempo libre:** En el seguimiento al mes surgen diferencias significativas entre los grupos de mujeres [ $F_{(2,63)} = 7.69, p < 0.05$ ]. En el seguimiento a los tres, seis y doce meses las diferencias intergrupos no son estadísticamente significativas ( $p > 0.05$ ).

Los resultados de los ANOVAs muestran que tanto las **mujeres españolas** como las **inmigrantes** y **mexicanas** experimentan una reducción significativa en la puntuación en la subescala de tiempo libre entre el pretratamiento y el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses. No obstante, la mejora alcanzada por las mujeres mexicanas al mes de concluida la intervención es significativamente mayor a la de las mujeres españolas ( $p < 0.05$ ). La siguiente figura representa la evolución en la puntuación en la subescala de tiempo libre en el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.

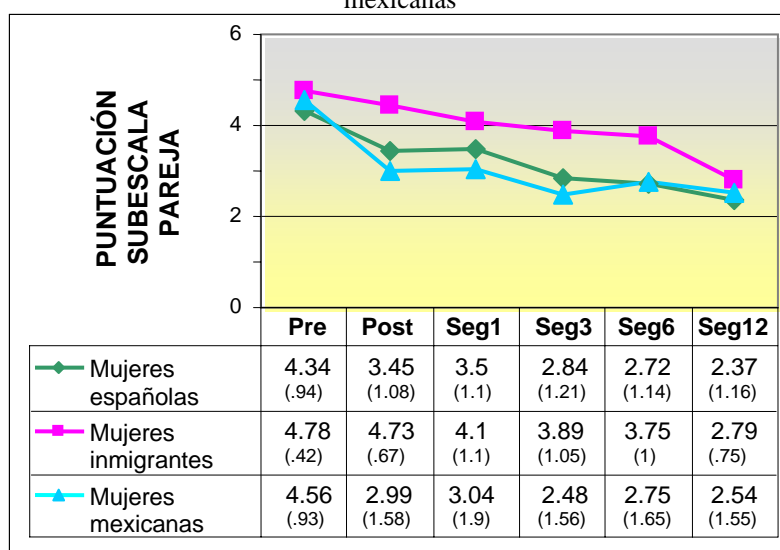
**Figura 17.300.** Cambios en la subescala de tiempo libre en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias marginales estimadas y desviaciones típicas. Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas



**Pareja:** En el seguimiento al mes vuelve a resultar significativo el efecto de la interacción nacionalidad\*tiempo [ $F_{(2,63)} = 11.39, p < 0.001$ ], que estaría indicando diferencias entre los grupos de mujeres. Tal y como ha ocurrido en los análisis anteriores, a los tres, seis y doce meses no aparecen diferencias intergrupos ( $p > 0.05$ ). La figura 17.301 representa la evolución en la puntuación en la subescala de pareja en el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.

Nuevamente, los resultados de los ANOVAs (véase tablas 17.97, 17.99, 17.101 y 17.103) muestran diferencias significativas entre el pretratamiento y el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses, tanto en el grupo de **mujeres españolas**, como en el de **mexicanas e inmigrantes** (este último grupo no experimentaba diferencias al postratamiento). La comparación intergrupos revela que en el seguimiento al mes es el grupo de mujeres mexicanas el que experimenta una reducción significativamente mayor en el nivel de inadaptación en el área de pareja en comparación con el de mujeres españolas e inmigrantes. En el seguimiento a tres, seis y doce meses no han aparecido diferencias significativas entre los grupos ( $p>0.05$ ).

**Figura 17.301.** Cambios en la subescala de pareja en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias marginales estimadas y desviaciones típicas. Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas



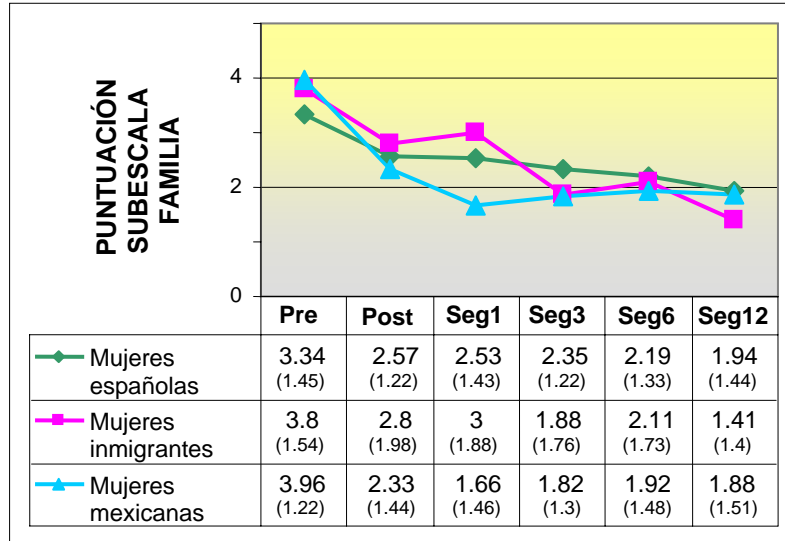
**Familia:** Los resultados de los ANCOVAs revelan un efecto significativo de la interacción nacionalidad\*tiempo en el seguimiento al mes [ $F(2,63) = 7.65, p<0.001$ ] y a tres meses [ $F(2,57) = 4.09, p<0.05$ ], que indicarían diferencias intergrupos. En el seguimiento a los seis y doce meses no se han encontrado tales diferencias en esta subescala.

Los resultados de los ANOVAs muestran que tanto las **mujeres españolas** como las **mexicanas** experimentan una reducción significativa en el nivel de inadaptación familiar en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses. Las **mujeres inmigrantes** muestran diferencias significativas respecto al pretratamiento únicamente en el seguimiento a los tres y doce meses.

Para aclarar las diferencias intergrupos en el seguimiento al mes y tres meses se ha realizado un análisis de comparaciones múltiples *post-hoc*, que muestra que al mes la reducción experimentada por las mujeres mexicanas en el nivel de inadaptación familiar es estadísticamente superior a la experimentada por las mujeres españolas e inmigrantes ( $p<0.05$ ). En el seguimiento a tres meses, las diferencias aparecen entre las mujeres mexicanas y las españolas, mostrando las primeras una reducción significativamente mayor ( $p<0.05$ ). La

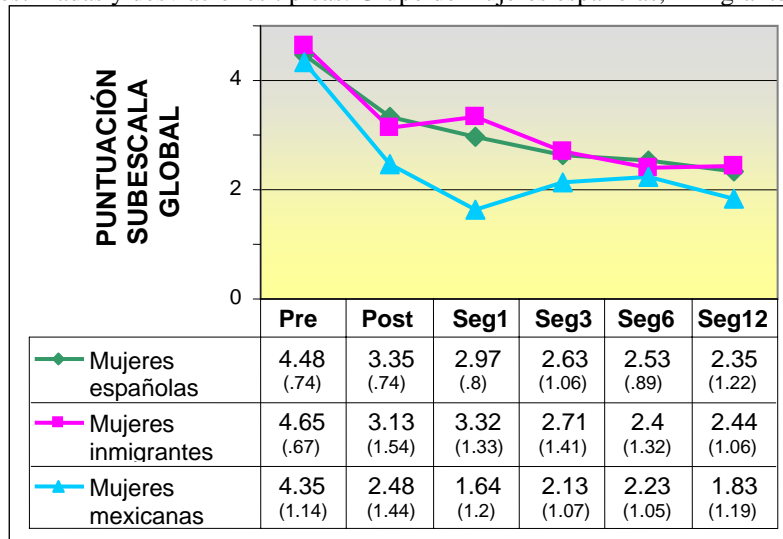
siguiente figura representa la evolución en la puntuación en la subescala de familia en el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.

**Figura 17.302.** Cambios en la subescala de pareja en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias marginales estimadas y desviaciones típicas. Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas



**Global:** Han aparecido diferencias entre los grupos en el seguimiento al mes, tal y como lo demuestra el nivel de significación encontrado en el efecto de la interacción [ $F_{(1,63)} = 9.05$ ,  $p < 0.001$ ]. En el seguimiento a los tres, seis y doce meses no han aparecido diferencias significativas entre los grupos ( $p > 0.05$ ). La siguiente figura representa la evolución en el nivel de inadaptación global en el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.

**Figura 17.303.** Cambios en la subescala global en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias marginales estimadas y desviaciones típicas. Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas



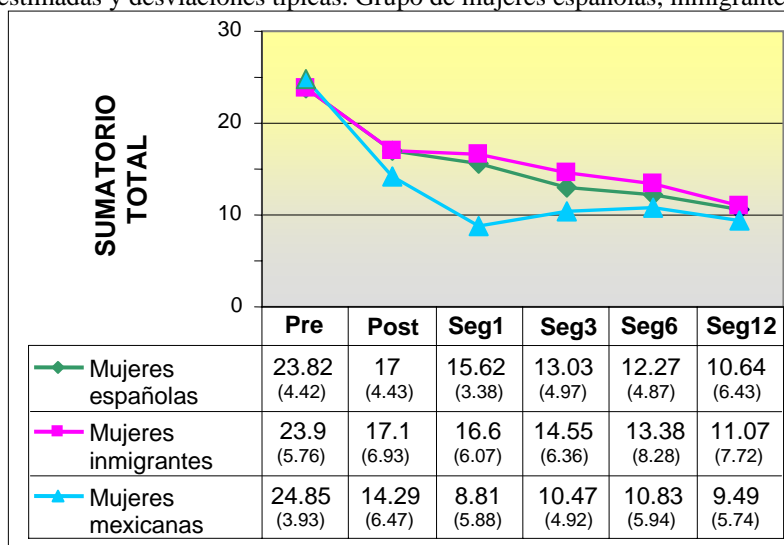
Nuevamente, tanto el grupo de **mujeres españolas**, como **inmigrantes** y **mexicanas** experimentan cambios significativos en el nivel de inadaptación global en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses (véase tablas 17.97, 17.99, 17.101 y 17.103). El análisis *post-hoc* muestra

que, tal y como ha ocurrido anteriormente, son las mujeres mexicanas en comparación con las españolas e inmigrantes las que experimentan una reducción significativamente mayor de la puntuación en la subescala global al mes de concluida la intervención ( $p < 0.001$ ).

**Sumatorio total.** Los resultados de los ANCOVAs (véase tablas 17.96, 17.98, 17.100 y 17.102) revelan un efecto significativo de la interacción nacionalidad\*tiempo en el seguimiento al mes [ $F(2,63) = 22.8, p < 0.001$ ] y a los tres meses [ $F(2,57) = 3.47, p < 0.05$ ], que señalan diferencias significativas entre los grupos. En el seguimiento a los seis y doce meses no han aparecido diferencias intergrupos ( $p > 0.05$ ).

Si bien, las **mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas** experimentan una reducción significativa en la puntuación en el sumatorio total de la Escala de Inadaptación al mes, tres, seis y doce meses de concluida la intervención, aparecen diferencias entre las mujeres mexicanas y las españolas e inmigrantes tanto en el seguimiento al mes ( $p < 0.001$ ) como a los tres meses ( $p < 0.05$ ), que indicarían una mayor reducción en el grupo de mujeres mexicanas en comparación con los otros dos grupos de mujeres. La siguiente figura representa gráficamente la evolución en la puntuación en el sumatorio total en el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas.

**Figura 17.304.** Cambios en el sumatorio total en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias marginales estimadas y desviaciones típicas. Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas





**Tabla 17.96.** ANCOVAs (nacionalidad × tiempo pre-seg. 1 mes) en las subescalas de la Escala de Inadaptación.

SEGUIMIENTO AL MES					
	VARIABLE/ FUENTE DE VARIANZA	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	TAMAÑO DEL EFECTO**	POTENCIA
<b>Trabajo</b>	Nacionalidad	F (2,63) = 4.68	p < 0.05	.36	.768
	Tiempo	F (1,63) = 1.51	N.S	.15	.226
	Nacionalidad*tiempo	F (2,63) = 3.55	p < 0.05	.33	.745
<b>V. social</b>	Nacionalidad	F (2,63) = 2.56	N.S	.2	.495
	Tiempo	F (1,63) = 4.32	p < 0.05	.25	.545
	Nacionalidad*tiempo	F (2,63) = 4.32	p < 0.05	.34	.731
<b>T. libre</b>	Nacionalidad	F (2,63) = 2.63	N.S	.27	.506
	Tiempo	F (1,63) = 3.96	p < 0.05	.28	.628
	Nacionalidad*tiempo	F (2,63) = 7.69	p < 0.05	.44	.939
<b>Pareja</b>	Nacionalidad	F (2,63) = 10.79	p < 0.05	.37	.822
	Tiempo	F (1,63) = .153	N.S	.04	.067
	Nacionalidad*tiempo	F (2,63) = 11.39	p < 0.001	.5	.991
<b>Familia</b>	Nacionalidad	F (2,63) = .75	N.S	.16	.174
	Tiempo	F (1,63) = .84	N.S	.11	.148
	Nacionalidad*tiempo	F (2,63) = 7.65	p < 0.001	.45	.938
<b>Global</b>	Nacionalidad	F (2,63) = 6.82	p < 0.05	.42	.908
	Tiempo	F (1,63) = 2.04	N.S	.17	.291
	Nacionalidad*tiempo	F (2,63) = 9.05	p < 0.001	.47	.969
<b>Total</b>	Nacionalidad	F (2,63) = 5.25	p < 0.05	.37	.816
	Tiempo	F (1,63) = 6.15	p < 0.05	.29	.686
	Nacionalidad*tiempo	F (2,63) = 22.8	p < 0.001	.64	1.000

\* Nivel de significación: p < 0.05  
N.S. No significativo

\*\*Eta: fuerza de la asociación

**Tabla 17.97.** ANOVAs pre-seg mes para el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en las subescalas de la Escala de Inadaptación.

SEGUIMIENTO AL MES					
VARIABLE	NACIONALIDAD	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	TAMAÑO DEL EFECTO**	POTENCIA
<b>Trabajo</b>	Mujeres españolas	F (1,31) = 36.62	p < 0.001	.73	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,9) = .47	N.S	.7	.095
	Mujeres mexicanas	F (1,26) = 37.81	p < 0.001	.77	1.000
<b>V. social</b>	Mujeres españolas	F (1,31) = 83.84	p < 0.001	.85	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,9) = 15.45	p < 0.05	.79	.938
	Mujeres mexicanas	F (1,26) = 125.54	p < 0.001	.91	1.000
<b>T. libre</b>	Mujeres españolas	F (1,31) = 109.93	p < 0.001	.88	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,9) = 19.22	p < 0.05	.82	.973
	Mujeres mexicanas	F (1,26) = 170.82	p < 0.001	.93	1.000
<b>Pareja</b>	Mujeres españolas	F (1,31) = 17.75	p < 0.001	.60	.983
	Mujeres inmigrantes	F (1,9) = 7.23	p < 0.05	.67	.669
	Mujeres mexicanas	F (1,26) = 49.3	p < 0.001	.80	1.000
<b>Familia</b>	Mujeres españolas	F (1,31) = 11.85	p < 0.05	.52	.915
	Mujeres inmigrantes	F (1,8) = 4.96	N.S	.59	.512
	Mujeres mexicanas	F (1,26) = 81.12	p < 0.001	.87	1.000
<b>Global</b>	Mujeres españolas	F (1,31) = 166.5	p < 0.001	.91	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,9) = 54.34	p < 0.001	.92	.965
	Mujeres mexicanas	F (1,26) = 239.77	p < 0.001	.94	1.000
<b>Total</b>	Mujeres españolas	F (1,31) = 166.55	p < 0.001	.91	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,9) = 54.43	p < 0.05	.92	1.000
	Mujeres mexicanas	F (1,26) = 239.77	p < 0.001	.94	1.000

\*Nivel de significación: p < 0.05  
N.S. No significativo

\*\*Eta: fuerza de la asociación

**Tabla 17.98.** ANCOVAs (nacionalidad × tiempo pre-seg. 3 meses) en las subescalas de la Escala de Inadaptación.

<b>SEGUIMIENTO TRES MESES</b>					
<b>VARIABLE/ FUENTE DE VARIANZA</b>		<b>CONTRASTE</b>	<b>SIGNIFICACIÓN*</b>	<b>TAMAÑO DEL EFECTO**</b>	<b>POTENCIA</b>
<b>Trabajo</b>	Nacionalidad	F (2,57) = 2.18	N.S	.26	.429
	Tiempo	F (1,57) = 2.13	N.S	.18	.301
	Nacionalidad*tiempo	F (2,57) = .94	N.S	.17	.206
<b>V. social</b>	Nacionalidad	F (2,57) = .82	N.S	.16	.184
	Tiempo	F (1,57) = 4.71	p < 0.05	.27	.570
	Nacionalidad*tiempo	F (2,57) = .87	N.S	.17	.194
<b>T. libre</b>	Nacionalidad	F (2,57) = .4	N.S	.11	.112
	Tiempo	F (1,57) = 7.4	p < 0.05	.33	.763
	Nacionalidad*tiempo	F (2,57) = 2.62	N.S	.28	.503
<b>Pareja</b>	Nacionalidad	F (2,57) = 2.88	N.S	.29	.544
	Tiempo	F (1,57) = .79	N.S	.11	.141
	Nacionalidad*tiempo	F (2,57) = 2.38	N.S	.27	.464
<b>Familia</b>	Nacionalidad	F (2,57) = .23	N.S	.08	.085
	Tiempo	F (1,57) = 5.37	p < 0.05	.29	.625
	Nacionalidad*tiempo	F (2,57) = 4.09	p < 0.05	.34	.705
<b>Global</b>	Nacionalidad	F (2,57) = .93	N.S	.17	.205
	Tiempo	F (1,57) = 6.64	p < 0.05	.32	.717
	Nacionalidad*tiempo	F (2,57) = .71	N.S	.15	.164
<b>Total</b>	Nacionalidad	F (2,57) = .76	N.S	.16	.173
	Tiempo	F (1,57) = 11.34	p < 0.001	.4	.912
	Nacionalidad*tiempo	F (2,57) = 3.47	p < 0.05	.33	.628

\*Nivel de significación: p<0.05  
N.S. No significativo

\*\*Eta: fuerza de la asociación

**Tabla 17.99.** ANOVAs pre-seg 3 meses para el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en las subescalas de la Escala de Inadaptación.

<b>SEGUIMIENTO TRES MESES</b>					
<b>VARIABLE</b>	<b>NACIONALIDAD</b>	<b>CONTRASTE</b>	<b>SIGNIFICACIÓN*</b>	<b>TAMAÑO DEL EFECTO**</b>	<b>POTENCIA</b>
<b>Trabajo</b>	Mujeres españolas	F (1,30) = 51.89	p < 0.001	.79	.1000
	Mujeres inmigrantes	F (1,8) = 1.32	N.S	.53	.174
	Mujeres mexicanas	F (1,22) = 46.49	p < 0.001	.82	1.000
<b>V. social</b>	Mujeres españolas	F (1,30) = 97.16	p < 0.001	.87	.1000
	Mujeres inmigrantes	F (1,8) = 10.55	p < 0.05	.75	.811
	Mujeres mexicanas	F (1,22) = 129.8	p < 0.001	.92	1.000
<b>T. libre</b>	Mujeres españolas	F (1,30) = 118.36	p < 0.001	.89	.1000
	Mujeres inmigrantes	F (1,8) = 28	p < 0.05	.88	.996
	Mujeres mexicanas	F (1,22) = 99	p < 0.001	.9	1.000
<b>Pareja</b>	Mujeres españolas	F (1,30) = 41.16	p < 0.001	.76	.1000
	Mujeres inmigrantes	F (1,8) = 8.25	p < 0.05	.71	.712
	Mujeres mexicanas	F (1,22) = 38.92	p < 0.001	.79	1.000
<b>Familia</b>	Mujeres españolas	F (1,30) = 18.21	p < 0.001	.61	.985
	Mujeres inmigrantes	F (1,8) = 13.6	p < 0.05	.79	.896
	Mujeres mexicanas	F (1,22) = 48.5	p < 0.001	.82	1.000
<b>Global</b>	Mujeres españolas	F (1,30) = 80.07	p < 0.001	.85	.985
	Mujeres inmigrantes	F (1,8) = 16.66	p < 0.05	.82	.945
	Mujeres mexicanas	F (1,22) = 89.13	p < 0.001	.89	1.000
<b>Total</b>	Mujeres españolas	F (1,30) = 144.35	p < 0.001	.91	.985
	Mujeres inmigrantes	F (1,8) = 18.78	p < 0.05	.83	.965
	Mujeres mexicanas	F (1,22) = 213.12	p < 0.001	.95	1.000

\* Nivel de significación: p<0.05  
N.S. No significativo

\*\*Eta: fuerza de la asociación

**Tabla 17.100.** ANCOVAs (nacionalidad × tiempo pre-seg. 6 meses) en las subescalas de la Escala de Inadaptación.

<b>SEGUIMIENTO SEIS MESES</b>					
<b>VARIABLE/ FUENTE DE VARIANZA</b>	<b>CONTRASTE</b>	<b>SIGNIFICACIÓN*</b>	<b>TAMAÑO DEL EFECTO**</b>	<b>POTENCIA</b>	
<b>Trabajo</b>	Nacionalidad	F (2,56) = .95	N.S	.18	.208
	Tiempo	F (1,56) = 1.58	N.S	.16	.236
	Nacionalidad*tiempo	F (2,56) = 1.56	N.S	.23	.319
<b>V. social</b>	Nacionalidad	F (2,56) = .31	N.S	.1	.078
	Tiempo	F (1,56) = 3.75	N.S	.25	.478
	Nacionalidad*tiempo	F (2,56) = .19	N.S	.08	.097
<b>T. libre</b>	Nacionalidad	F (2,56) = .39	N.S	.11	.111
	Tiempo	F (1,56) = 8.12	p < 0.05	.35	.800
	Nacionalidad*tiempo	F (2,56) = 1.14	N.S	.19	.241
<b>Pareja</b>	Nacionalidad	F (1,56) = 1.48	N.S	.22	.303
	Tiempo	F (1,56) = .28	N.S	.07	.081
	Nacionalidad*tiempo	F (2,56) = .84	N.S	.17	.186
<b>Familia</b>	Nacionalidad	F (2,56) = .099	N.S	.006	.064
	Tiempo	F (1,56) = 7.17	p < 0.05	.33	.749
	Nacionalidad*tiempo	F (2,56) = 1.51	N.S	.22	.310
<b>Global</b>	Nacionalidad	F (2,56) = .33	N.S	.1	.101
	Tiempo	F (1,56) = 7.68	p < 0.05	.34	.777
	Nacionalidad*tiempo	F (2,56) = .24	N.S	.09	.086
<b>Total</b>	Nacionalidad	F (2,56) = .15	N.S	.07	.072
	Tiempo	F (1,56) = 12.1	p < 0.05	.42	.928
	Nacionalidad*tiempo	F (2,56) = 1.32	N.S	.21	.275

\* Nivel de significación: p<0.05  
N.S. No significativo

\*\*Eta: fuerza de la asociación

**Tabla 17.101.** ANOVAs pre-seg 6 meses para el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en las subescalas de la Escala de Inadaptación.

<b>SEGUIMIENTO SEIS MESES</b>					
<b>VARIABLE</b>	<b>NACIONALIDAD</b>	<b>CONTRASTE</b>	<b>SIGNIFICACIÓN*</b>	<b>TAMAÑO DEL EFECTO**</b>	<b>POTENCIA</b>
<b>Trabajo</b>	Mujeres españolas	F (1,29) = 80.01	p < 0.001	.85	.1000
	Mujeres inmigrantes	F (1,8) = 1.8	N.S	.42	.220
	Mujeres mexicanas	F (1,22) = 41.25	p < 0.001	.8	1.000
<b>V. social</b>	Mujeres españolas	F (1,29) = 131.82	p < 0.001	.9	.1000
	Mujeres inmigrantes	F (1,8) = 15.36	p < 0.05	.81	.928
	Mujeres mexicanas	F (1,22) = 126.82	p < 0.001	.92	1.000
<b>T. libre</b>	Mujeres españolas	F (1,29) = 99.09	p < 0.001	.88	.1000
	Mujeres inmigrantes	F (1,8) = 20	p < 0.05	.84	.973
	Mujeres mexicanas	F (1,22) = 89.39	p < 0.001	.89	1.000
<b>Pareja</b>	Mujeres españolas	F (1,29) = 47.39	p < 0.001	.78	.1000
	Mujeres inmigrantes	F (1,8) = 12.9	p < 0.05	.78	.881
	Mujeres mexicanas	F (1,22) = 89.39	p < 0.001	.89	1.000
<b>Familia</b>	Mujeres españolas	F (1,29) = 21.52	p < 0.001	.65	.992
	Mujeres inmigrantes	F (1,8) = 1.89	N.S	.43	.229
	Mujeres mexicanas	F (1,22) = 51.48	p < 0.001	.83	1.000
<b>Global</b>	Mujeres españolas	F (1,29) = 144.07	p < 0.001	.91	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,8) = 24	p < 0.05	.86	.989
	Mujeres mexicanas	F (1,22) = 75.03	p < 0.001	.87	1.000
<b>Total</b>	Mujeres españolas	F (1,29) = 206.33	p < 0.001	.93	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,8) = 13.44	p < 0.05	.79	.893
	Mujeres mexicanas	F (1,22) = 218.70	p < 0.001	.95	1.000

\*Nivel de significación: p<0.05  
N.S. No significativo

\*\*Eta: fuerza de la asociación

**Tabla 17.102.** ANCOVAs (nacionalidad × tiempo pre-seg. 12 meses) en las subescalas de la Escala de Inadaptación.

<b>SEGUIMIENTO DOCE MESES</b>					
<b>VARIABLE/ FUENTE DE VARIANZA</b>		<b>CONTRASTE</b>	<b>SIGNIFICACIÓN*</b>	<b>TAMAÑO DEL EFECTO**</b>	<b>POTENCIA</b>
<b>Trabajo</b>	Nacionalidad	F (2,55) = .67	N.S	.15	.157
	Tiempo	F (1,55) = 3.23	N.S	.23	.424
	Nacionalidad*tiempo	F (2,55) = 1.29	N.S	.21	.268
<b>V. social</b>	Nacionalidad	F (2,55) = .44	N.S	.12	.118
	Tiempo	F (1,55) = 6.08	p < 0.05	.31	.679
	Nacionalidad*tiempo	F (2,55) = .58	N.S	.04	.058
<b>T. libre</b>	Nacionalidad	F (2,55) = .37	N.S	.11	.106
	Tiempo	F (1,55) = 9.7	p < 0.05	.38	.864
	Nacionalidad*tiempo	F (2,55) = 1.51	N.S	.22	.309
<b>Pareja</b>	Nacionalidad	F (2,55) = .524	N.S	.13	.132
	Tiempo	F (1,55) = 4.45	p < 0.05	.27	.546
	Nacionalidad*tiempo	F (2,55) = .004	N.S	.03	.051
<b>Familia</b>	Nacionalidad	F (2,55) = .228	N.S	.08	.084
	Tiempo	F (1,55) = 10.04	p < 0.05	.39	.876
	Nacionalidad*tiempo	F (2,55) = 2.06	N.S	.26	.407
<b>Global</b>	Nacionalidad	F (2,55) = .95	N.S	.18	.208
	Tiempo	F (1,55) = 5.43	p < 0.05	.3	.630
	Nacionalidad*tiempo	F (2,55) = .66	N.S	.15	.156
<b>Total</b>	Nacionalidad	F (2,55) = .108	N.S	.06	.066
	Tiempo	F (1,55) = 17.93	p < 0.001	.45	.986
	Nacionalidad*tiempo	F (2,55) = .42	N.S	.12	.115

\*Nivel de significación: p<0.05  
N.S. No significativo

\*\*Eta: fuerza de la asociación

**Tabla 17.103.** ANOVAs pre-seg 12 meses para el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en las subescalas de la Escala de Inadaptación.

<b>SEGUIMIENTO DOCE MESES</b>					
<b>VARIABLE</b>	<b>NACIONALIDAD</b>	<b>CONTRASTE</b>	<b>SIGNIFICACIÓN*</b>	<b>TAMAÑO DEL EFECTO**</b>	<b>POTENCIA</b>
<b>Trabajo</b>	Mujeres españolas	F (1,28)=100.41	p < 0.001	.88	.1000
	Mujeres inmigrantes	F (1,7) = 7.87	p < 0.05	.72	.784
	Mujeres mexicanas	F (1,23) = 52.52	p < 0.001	.83	1.000
<b>V. social</b>	Mujeres españolas	F (1,28) = 108.36	p < 0.001	.89	.1000
	Mujeres inmigrantes	F (1,7) = 14.53	p < 0.05	.82	.903
	Mujeres mexicanas	F (1,23) = 148.43	p < 0.001	.93	1.000
<b>T. libre</b>	Mujeres españolas	F (1,28) = 88.59	p < 0.001	.87	.1000
	Mujeres inmigrantes	F (1,7) = 7	p < 0.05	.7	.624
	Mujeres mexicanas	F (1,23) = 130.73	p < 0.001	.92	1.000
<b>Pareja</b>	Mujeres españolas	F (1,28) = 68.18	p < 0.001	.84	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,8) = 49	p < 0.001	.93	1.000
	Mujeres mexicanas	F (1,28) = 37.76	p < 0.001	.78	1.000
<b>Familia</b>	Mujeres españolas	F (1,28) = 25.52	p < 0.001	.69	.998
	Mujeres inmigrantes	F (1,7) = 81	p < 0.001	.95	1.000
	Mujeres mexicanas	F (1,23) = 52.57	p < 0.001	.83	1.000
<b>Global</b>	Mujeres españolas	F (1,28) = 95.47	p < 0.001	.87	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,7) = 37.33	p < 0.001	.91	.999
	Mujeres mexicanas	F (1,23) = 83.48	p < 0.001	.88	1.000
<b>Total</b>	Mujeres españolas	F (1,28) = 164.07	p < 0.001	.92	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,7) = 33.66	p < 0.05	.91	.999
	Mujeres mexicanas	F (1,23) = 257.54	p < 0.001	.96	1.000

\*Nivel de significación: p<0.05  
N.S. No significativo

\*\*Eta: fuerza de la asociación

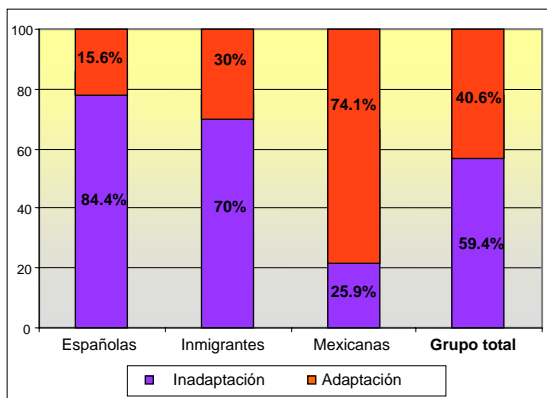
## ■ Significación clínica

En los seguimientos realizados aumenta el porcentaje de mujeres que mejora el nivel de adaptación y se recupera desde el punto de vista clínico (véase tabla 17.104). Así pues, en el seguimiento al año únicamente el 34.4% de las mujeres del **grupo total** de tratamiento se encuentra inadaptada. El análisis de cada uno de los grupos muestra que en el seguimiento a los doce meses, el 69% de las *mujeres españolas*, el 50% de las *inmigrantes* y el 66.7% de las *mexicanas* no sólo mejoran su nivel de adaptación, sino que se recuperan desde un punto de vista clínico. Las figuras 17.305, 17.306, 17.307 y 17.308 representan gráficamente los resultados comentados.

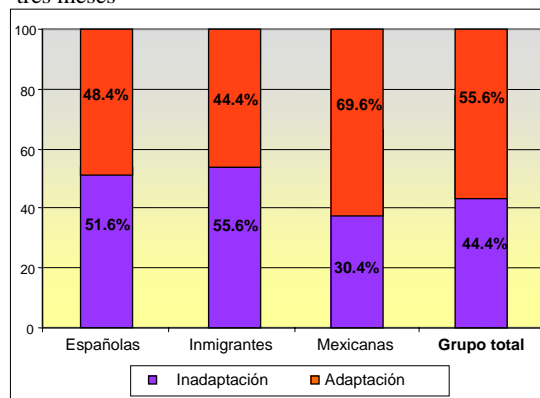
**Tabla 17.104.** Distribución de las participantes según diagnóstico en la Escala de Inadaptación en el seguimiento al mes, 3, 6 y 12 meses en el grupo total de tratamiento y en cada uno de los grupos de mujeres.

EVALUACIÓN	TIPO DE GRUPO/ GRUPO TOTAL DE TTO.	INADAPTACIÓN		ADAPTACIÓN	
		N	%	N	%
SEGUIMIENTO MES	ESPAÑOLAS (N=32)	27	84.4	5	15.6
	INMIGRANTES (N=10)	7	70	3	30
	MEXICANAS (N=27)	7	25.9	20	74.1
	<b>GRUPO TOTAL (N=69)</b>	<b>41</b>	<b>59.4</b>	<b>28</b>	<b>40.6</b>
SEGUIMIENTO 3 MESES	ESPAÑOLAS (N=31)	16	51.6	15	48.4
	INMIGRANTES (N=9)	5	55.6	4	44.4
	MEXICANAS (N=23)	7	30.4	16	69.6
	<b>GRUPO TOTAL (N=63)</b>	<b>28</b>	<b>44.4</b>	<b>35</b>	<b>55.6</b>
SEGUIMIENTO 6 MESES	ESPAÑOLAS (N=30)	13	43.3	17	56.7
	INMIGRANTES (N=9)	5	55.6	4	44.4
	MEXICANAS (N=23)	9	39.1	14	60.9
	<b>GRUPO TOTAL (N=62)</b>	<b>27</b>	<b>43.5</b>	<b>35</b>	<b>56.4</b>
SEGUIMIENTO 12 MESES	ESPAÑOLAS (N=29)	9	31	20	69
	INMIGRANTES (N=8)	4	50	4	50
	MEXICANAS (N=24)	8	33.3	16	66.7
	<b>GRUPO TOTAL (N=61)</b>	<b>21</b>	<b>34.4</b>	<b>40</b>	<b>65.6</b>

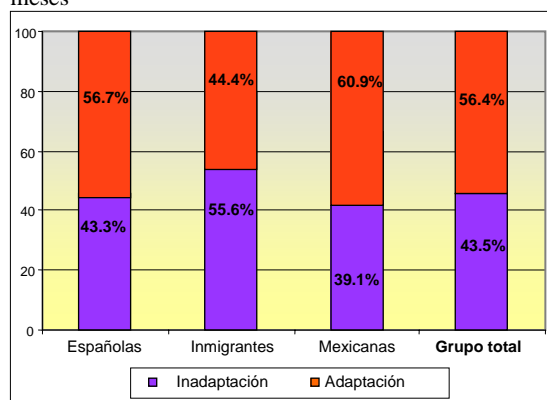
**Figura 17.305.** Diagnóstico en la Escala de Inadaptación en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento al mes



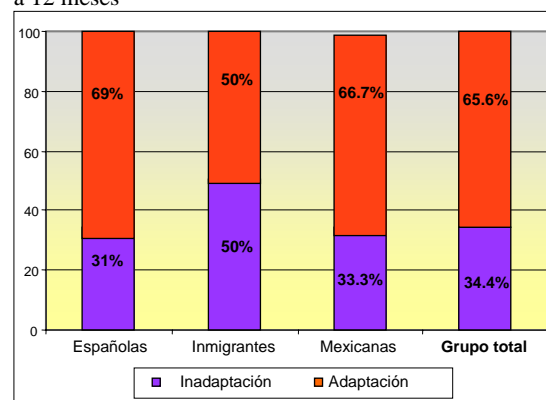
**Figura 17.306.** Diagnóstico en la Escala de Inadaptación en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a tres meses



**Figura 17.307.** Diagnóstico en la Escala de Inadaptación en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a 6 meses



**Figura 17.308.** Diagnóstico en la Escala de Inadaptación en cada grupo y en el grupo total en el seguimiento a 12 meses



Las diferencias encontradas entre el grupo de españolas, inmigrantes y mexicanas en el porcentaje de mujeres que mejora el nivel de inadaptación únicamente han resultado significativas en el seguimiento al mes. Estas diferencias muestran que en el grupo de mexicanas, un porcentaje significativamente mayor de mujeres mejora su nivel de inadaptación en comparación con el grupo de participantes inmigrantes y españolas. Los resultados de la prueba Chi cuadrado de Pearson llevada a cabo pueden consultarse en la siguiente tabla.

**Tabla 17.105.** Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) intergrupos: diagnóstico en la Escala de Inadaptación.

	$\chi^2$ (gl, N)	Signif.*
• Diagnóstico inadaptación: seguimiento un mes	21.29 (2,69)	<b>p &lt; 0.001</b>
• Diagnóstico inadaptación: seguimiento tres meses	2.92 (2,63)	N.S
• Diagnóstico inadaptación: seguimiento seis meses	.71 (2,62)	N.S
• Diagnóstico inadaptación: seguimiento doce meses	1.02 (2,61)	N.S

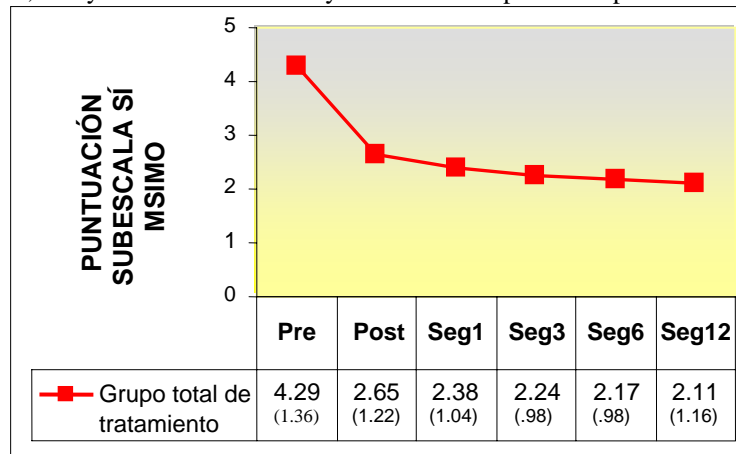
\*Nivel de significación: p<0.05  
N.S: No significativo

## ■ Inventario de Cogniciones Postraumáticas

### • Grupo total de tratamiento (Véase tabla 17.106)

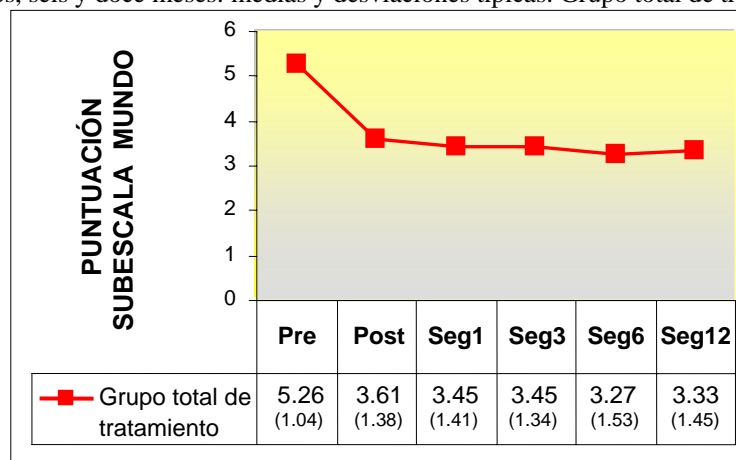
**Sí mismo.** Los resultados de los ANOVAs revelan diferencias estadísticamente significativas en la subescala de sí mismo entre el pre y el seguimiento al mes [ $F(1,68) = 174.86, p < 0.001$ ], tres meses [ $F(1,62) = 187.1, p < 0.001$ ], seis meses [ $F(1,61) = 196.44, p < 0.001$ ] y doce meses [ $F(1,60) = 226.52, p < 0.001$ ] en el grupo total de tratamiento, que indicarían que la reducción de este tipo de cogniciones al postratamiento se mantiene en los seguimientos realizados, tal y como muestra la figura 17.309.

**Figura 17.309.** Cambios en la puntuación en la subescala de sí mismo en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias y desviaciones típicas. Grupo total de tratamiento



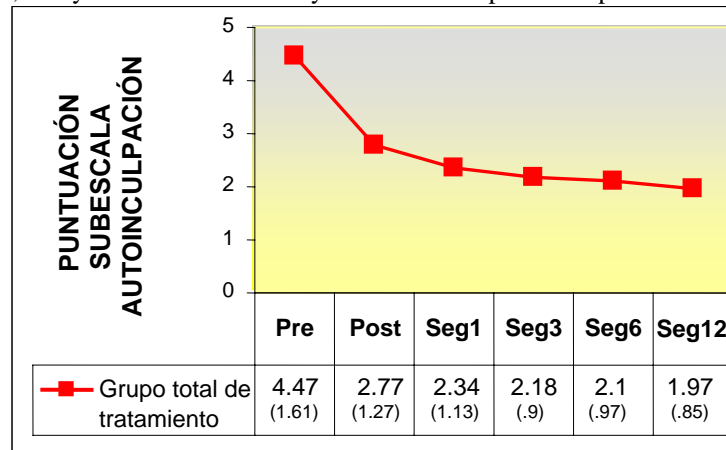
**Mundo:** Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la subescala del mundo entre el pre y el seguimiento al mes [ $F(1,68) = 112.55, p < 0.001$ ], tres [ $F(1,62) = 85.35, p < 0.001$ ], seis [ $F(1,61) = 86.07, p < 0.001$ ] y doce meses [ $F(1,60) = 105.97, p < 0.001$ ] en el grupo total de tratamiento, que indicarían que la reducción de este tipo de cogniciones al postratamiento se mantiene en los seguimientos realizados, tal y como muestra la siguiente figura.

**Figura 17.310.** Cambios en la puntuación en la subescala del mundo en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias y desviaciones típicas. Grupo total de tratamiento



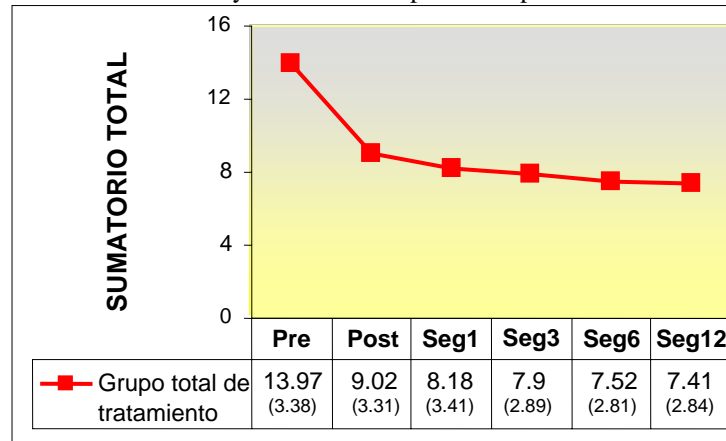
**Autoinculpación:** Los resultados de los ANOVAs (véase tabla 17.106) muestran diferencias estadísticamente significativas en la subescala de autoinculpación entre el pre y el seguimiento al mes [ $F(1,68) = 142.07, p < 0.001$ ], tres [ $F(1,62) = 150.81, p < 0.001$ ], seis [ $F(1,61) = 179.83, p < 0.001$ ] y doce meses [ $F(1,60) = 221.39, p < 0.001$ ] en el grupo total de tratamiento, que indicarían que la reducción de este tipo de cogniciones al postratamiento se mantiene en los seguimientos realizados. La siguiente figura representa gráficamente los cambios en la puntuación en la subescala de autoinculpación en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses en el grupo total de tratamiento.

**Figura 17.311.** Cambios en la puntuación en la subescala de autoinculpación en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias y desviaciones típicas. Grupo total de tratamiento



**Sumatorio total:** Al igual que en las subescalas, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el sumatorio total del Inventario de Cogniciones Postraumáticas entre el pre y el seguimiento al mes [ $F(1,68) = 213.79, p < 0.001$ ], tres [ $F(1,62) = 205.05, p < 0.001$ ], seis [ $F(1,61) = 235.44, p < 0.001$ ] y doce meses [ $F(1,60) = 362.62, p < 0.001$ ] en el grupo total de tratamiento, que indicarían que la reducción alcanzada al postratamiento se mantiene en los seguimientos realizados. La siguiente figura muestra gráficamente los cambios en el sumatorio total en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses en el grupo total de tratamiento.

**Figura 17.312.** Cambios en la puntuación en el sumatorio total en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias y desviaciones típicas. Grupo total de tratamiento





**Tabla 17.106.** ANOVAs pre- seg. al mes, 3, 6 y 12 meses para el grupo total de tratamiento en las subescalas del Inventario de Cogniciones Postraumáticas.

<b>INVENTARIO DE COGNICIONES POSTRAUMÁTICAS</b>					
	<b>VARIABLE</b>	<b>CONTRASTE</b>	<b>SIGNIFICACIÓN*</b>	<b>TAMAÑO DEL EFECTO**</b>	<b>POTENCIA</b>
<b>SÍ MISMO</b>	Pre-seg 1 mes	F (1,68) = 174.86	p < 0.001	.84	1.000
	Pre-seg 3 meses	F (1,62) = 187.1	p < 0.001	.86	1.000
	Pre-seg 6 meses	F (1,61) = 196.44	p < 0.001	.87	1.000
	Pre-seg 12 meses	F (1,60) = 226.55	p < 0.001	.88	1.000
<b>MUNDO</b>	Pre-seg 1 mes	F (1,68) = 112.55	p < 0.001	.78	1.000
	Pre-seg 3 meses	F (1,62) = 85.35	p < 0.001	.76	1.000
	Pre-seg 6 meses	F (1,61) = 86.07	p < 0.001	.76	1.000
	Pre-seg 12 meses	F (1,60) = 105.97	p < 0.001	.82	1.000
<b>AUTO INCUPLP.</b>	Pre-seg 1 mes	F (1,68) = 142.07	p < 0.001	.82	1.000
	Pre-seg 3 meses	F (1,62) = 150.81	p < 0.001	.84	1.000
	Pre-seg 6 meses	F (1,61) = 179.83	p < 0.001	.86	1.000
	Pre-seg 12 meses	F (1,60) = 221.39	p < 0.001	.88	1.000
<b>TOTAL</b>	Pre-seg 1 mes	F (1,68) = 213.79	p < 0.001	.87	1.000
	Pre-seg 3 meses	F (1,62) = 205.05	p < 0.001	.87	1.000
	Pre-seg 6 meses	F (1,61) = 235.44	p < 0.001	.89	1.000
	Pre-seg 12 meses	F (1,60) = 362.62	p < 0.001	.92	1.000

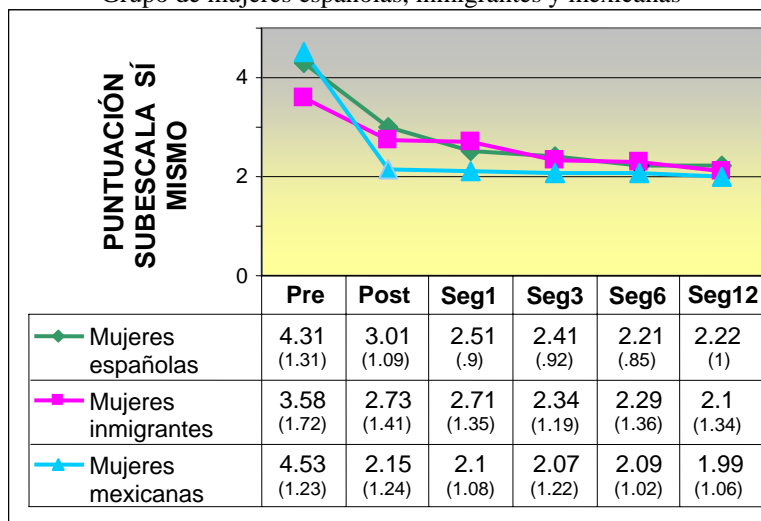
\* Nivel de significación: p<0.05

\*\* Eta: fuerza de la asociación

• *Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas*

**Sí mismo:** Los resultados de los ANCOVAs (véase tablas 17.107, 17.109, 17.111 y 17.113) revelan un efecto significativo de la interacción nacionalidad\*tiempo, tanto en el seguimiento al mes [F (2,63) = 9.46, p<0.001] como a los tres [F (2,57) = 7.32, p<0.05], seis [F (2,56) = 5.27, p<0.05] y doce meses [F (2,55) = 4.03, p<0.05], que indicarían diferencias intergrupos estadísticamente significativas en la subescala de sí mismo. La siguiente figura representa el efecto de la interacción nacionalidad\*tiempo en la subescala de sí mismo en los seguimientos realizados.

**Figura 17.313.** Efecto de la interacción nacionalidad\*tiempo en la subescala de sí mismo en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias marginales estimadas y desviaciones típicas. Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas

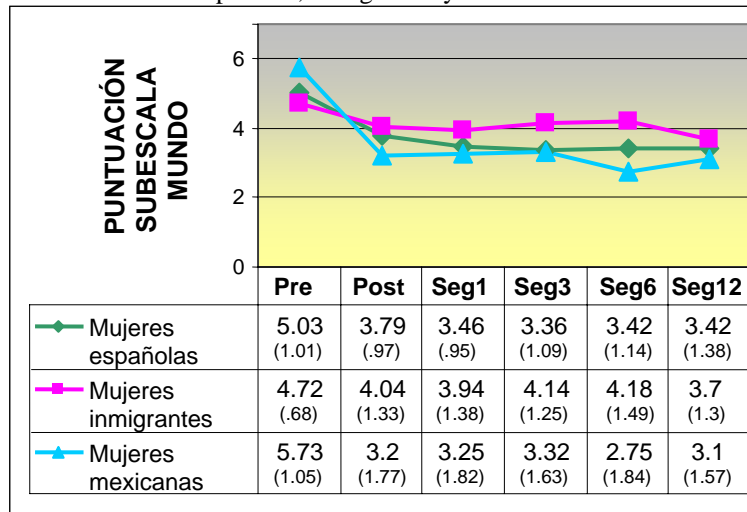


Tal y como muestran los resultados de los ANOVAs (véase tablas 17.108, 17.110, 17.112, 17.114), tanto el grupo de **mujeres españolas**, como **inmigrantes** y **mexicanas** han experimentado una reducción estadísticamente significativa en la puntuación en la subescala de sí mismo al mes, tres, seis y doce meses de concluida la intervención. Señalar que las diferencias intergrupos aparecen entre las mujeres mexicanas y las mujeres inmigrantes, siendo las primeras las que han experimentado una reducción significativamente mayor en las cogniciones sobre sí mismo al mes, tres, seis y doce meses de finalizada la intervención en comparación con las segundas.

**Mundo:** Tal y como cabría esperar, puesto que en el pretratamiento surgían diferencias significativas entre las mujeres mexicanas y las españolas e inmigrantes en esta variable, el efecto de la interacción ha resultado significativo en cada uno de los seguimientos (véase tablas 17.107, 17.109, 17.111 y 17.113).

Los ANOVAs muestran que el **grupo de mujeres españolas** y **mexicanas** han experimentado una reducción estadísticamente significativa en la puntuación en la subescala del mundo en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses. El grupo de **mujeres inmigrantes**, por el contrario, no muestra diferencias significativas entre el pretratamiento y cada uno de los seguimientos realizados. No obstante, las diferencias en las puntuaciones de los tres grupos no resultan estadísticamente significativas en ninguno de los seguimientos ( $p > 0.05$ ). Por lo tanto, si en los seguimientos no se han encontrado diferencias intergrupos cuando en el pretratamiento sí las había, cabría esperar que aparecieran diferencias en la magnitud de la reducción experimentada entre el pretratamiento y cada uno de los seguimientos. Para ello se han realizado ANOVAs de un factor, que asumen como variable dependiente la diferencia en la puntuación en esta subescala entre el pre y cada uno de los seguimientos para cada uno de los grupos y como factor la variable nacionalidad. Puesto que no se ha cumplido el supuesto de homocedasticidad (con excepción del seguimiento a 12 meses donde sí se cumple este supuesto), se ha utilizado el estadístico de Brown-Forsythe (a los doce meses se ha utilizado el estadístico F), que muestra diferencias significativas entre los grupos al mes [ $F_{(2,34)} = 5.9, p < 0.05$ ], tres [ $F_{(2,36)} = 5.38, p < 0.05$ ], seis [ $F_{(2,22)} = 7.94, p < 0.05$ ] y doce meses [ $F_{(2,58)} = 4.77, p < 0.05$ ]. Una prueba de comparaciones múltiples *post-hoc* (se ha utilizado el método *T2 de Tamhane* en el seguimiento al mes, tres y seis meses y el método DMS a los 12 meses) indica que al mes, seis y doce meses de concluida la intervención es el grupo de mujeres mexicanas el que experimenta una mayor reducción de las cogniciones negativas sobre el mundo en comparación con las mujeres españolas e inmigrantes ( $p < 0.05$ ). A los tres meses, únicamente aparecen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de mujeres mexicanas e inmigrantes ( $p < 0.05$ ), mostrando las primeras una mayor reducción. La siguiente figura representa el efecto de la interacción nacionalidad\*tiempo en la subescala del mundo en los seguimientos realizados.

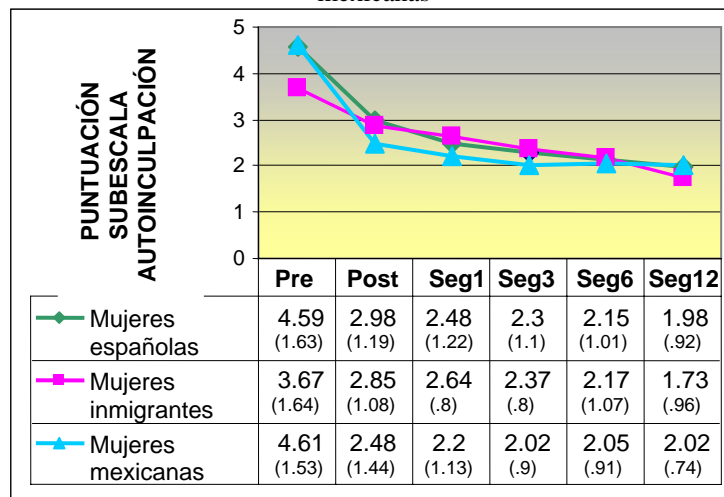
**Figura 17.314.** Efecto de la interacción nacionalidad\*tiempo en la subescala del mundo en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias marginales estimadas y desviaciones típicas. Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas



**Autoinculpación:** Los resultados de los ANCOVAs revelan un efecto significativo de la interacción nacionalidad\*tiempo en el seguimiento al mes [ $F(2,63) = 3.29, p < 0.05$ ] y tres meses [ $F(2,57) = 3.65, p < 0.05$ ], indicando diferencias intergrupos. En el seguimiento a los seis y doce meses el efecto de la interacción no resultó significativo ( $p > 0.05$ ).

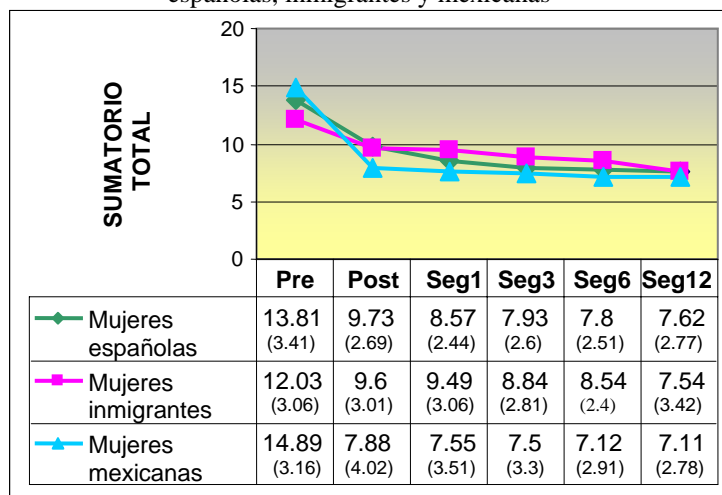
Los ANOVAs realizados para cada grupo de mujeres en cada uno de los seguimientos (véase tablas 17.108, 17.110, 17.112, 17.114) muestran una reducción estadísticamente significativa de los pensamientos de autoinculpación al mes, tres, seis y doce meses de concluida la intervención en las **mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas**. Señalar que la mayor reducción experimentada por las mujeres mexicanas respecto a las inmigrantes en el postratamiento nuevamente se da en el seguimiento al mes y tres meses ( $p < 0.05$ ). La siguiente figura representa la evolución en la puntuación en autoinculpación en los tres grupos de mujeres.

**Figura 17.315.** Cambios en la subescala de autoinculpación en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias marginales estimadas y desviaciones típicas. Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas



**Sumatorio total:** Se ha encontrado un efecto estadísticamente significativo de la interacción nacionalidad\*tiempo en el seguimiento al mes [F (2,63) = 10.48, p<0.001], tres [F (2,57) = 9.47, p<0.001], seis [F (2,56) = 12.25, p<0.001] y doce meses [F (2,55) = 8.31, p<0.05], que indica diferencias significativas intergrupos. Tal y como se ha señalado anteriormente (ver análisis de homogeneidad, apartado 17.1.6.2), en el pretratamiento el grupo de mujeres mexicanas obtenía una puntuación significativamente mayor que el grupo de mujeres inmigrantes, sin que aparecieran diferencias significativas entre las mujeres mexicanas y las españolas y éstas últimas y las inmigrantes. En el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses tanto las **mujeres españolas**, como las **inmigrantes y mexicanas** experimentan una reducción estadísticamente significativa en el sumatorio total del Inventario de Cogniciones Postraumáticas, pero no aparecen diferencias entre los grupos (p>0.05). De la misma manera que en la subescala sobre el mundo, se han realizado ANOVAs de un factor, que asumen como variable dependiente la diferencia en la puntuación en esta subescala entre el pre y cada uno de los seguimientos para cada uno de los grupos y como factor la variable nacionalidad. El estadístico F (se cumple el supuesto de homocedasticidad) muestra diferencias significativas entre los grupos al mes [F (2,66) = 11.01, p<0.001], tres [F (2,60) = 9.55, p<0.001], seis [F (2,59) = 14.07, p<0.001] y doce meses [F (2,58) = 8.94, p<0.001]. Una prueba de comparaciones múltiples *post-hoc* (se ha utilizado el método de Diferencia Mínima Significativa) indica que tanto al mes, como a los tres, seis y doce meses es el grupo de mujeres mexicanas el que experimenta una mayor reducción de la puntuación en el sumatorio total en comparación con las mujeres españolas (p<0.05) e inmigrantes (p<0.001). A su vez, las mujeres españolas experimentan una reducción significativamente mayor que las inmigrantes al mes, tres y seis meses (p<0.05), sin que se hayan encontrado diferencias significativas entre estos dos grupos al año de concluida la intervención. La siguiente figura muestra el efecto de la interacción nacionalidad\*tiempo en el sumatorio total en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses.

**Figura 17.316.** Efecto de la interacción nacionalidad\*tiempo en el sumatorio total en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses: medias marginales estimadas y desviaciones típicas. Grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas



**Tabla 17.107.** ANCOVAs (nacionalidad × tiempo pre-seg. 1 mes) en las subescalas del Inventario de Cogniciones Postraumáticas.

<b>SEGUIMIENTO AL MES</b>					
VARIABLE/ FUENTE DE	VARIANZA	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	TAMAÑO DEL EFECTO**	POTENCIA
<b>Sí mismo</b>	Nacionalidad	F (2,63) = .19	N.S	.07	.080
	Tiempo	F (1,63) = .87	N.S	.11	.151
	Nacionalidad*tiempo	F (2,63) = 9.46	p < 0.001	.48	.975
<b>Mundo</b>	Nacionalidad	F (2,63) = .19	N.S	.07	.079
	Tiempo	F (1,63) = .26	N.S	.06	.080
	Nacionalidad*tiempo	F (2,63) = 7.24	p < 0.05	.43	.925
<b>Autoinculp.</b>	Nacionalidad	F (2,63) = .36	N.S	.012	.107
	Tiempo	F (1,63) = 2.71	N.S	.2	.368
	Nacionalidad*tiempo	F (2,63) = 3.29	p < 0.05	.31	.751
<b>Total</b>	Nacionalidad	F (2,63) = .058	N.S	.002	.058
	Tiempo	F (1,63) = 2.37	N.S	.18	.329
	Nacionalidad*tiempo	F (2,63) = 10.48	p < 0.001	.5	.985

\*Nivel de significación: p<0.05  
N.S. No significativo

\*\*Eta: fuerza de la asociación

**Tabla 17.108.** ANOVAs pre-seg mes para el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en las subescalas del Inventario de Cogniciones Postraumáticas.

<b>SEGUIMIENTO AL MES</b>					
VARIABLE	NACIONALIDAD	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	TAMAÑO DEL EFECTO**	POTENCIA
<b>Sí mismo</b>	Mujeres españolas	F (1,31) = 77.95	p < 0.001	.84	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,9) = 10.87	p < 0.05	.74	.835
	Mujeres mexicanas	F (1,26) = 135.67	p < 0.001	.91	1.000
<b>Mundo</b>	Mujeres españolas	F (1,31) = 113.02	p < 0.001	.89	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,9) = 4.57	N.S	.58	.480
	Mujeres mexicanas	F (1,26) = 55.02	p < 0.001	.82	1.000
<b>Autoinculp.</b>	Mujeres españolas	F (1,31) = 61.37	p < 0.001	.81	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,9) = 10.21	p < 0.05	.72	.811
	Mujeres mexicanas	F (1,26) = 90.05	p < 0.001	.89	1.000
<b>Total</b>	Mujeres españolas	F (1,31) = 102.21	p < 0.001	.87	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,9) = 41.98	p < 0.001	.91	1.000
	Mujeres mexicanas	F (1,26) = 149.06	p < 0.001	.92	1.000

\*Nivel de significación: p<0.05  
N.S. No significativo

\*\*Eta: fuerza de la asociación

**Tabla 17.109.** ANCOVAs (nacionalidad × tiempo pre-seg. 3 meses) en las subescalas del Inventario de Cogniciones Postraumáticas.

<b>SEGUIMIENTO A 3 MESES</b>					
VARIABLE/ FUENTE DE	VARIANZA	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	TAMAÑO DEL EFECTO**	POTENCIA
<b>Sí mismo</b>	Nacionalidad	F (2,57) = .63	N.S	.14	.151
	Tiempo	F (1,57) = 3.04	N.S	.22	.403
	Nacionalidad*tiempo	F (2,57) = 7.32	p < 0.05	.45	.926
<b>Mundo</b>	Nacionalidad	F (2,57) = .28	N.S	.1	.093
	Tiempo	F (1,57) = .083	N.S	.03	.059
	Nacionalidad*tiempo	F (2,57) = 7.89	p < 0.05	.46	.944
<b>Autoinculp.</b>	Nacionalidad	F (2,57) = .60	N.S	.14	.146
	Tiempo	F (1,57) = 1.75	N.S	.17	.256
	Nacionalidad*tiempo	F (2,57) = 3.65	p < 0.05	.34	.749
<b>Total</b>	Nacionalidad	F (2,57) = .39	N.S	.11	.111
	Tiempo	F (1,57) = 2.11	N.S	.18	.298
	Nacionalidad*tiempo	F (2,57) = 9.47	p < 0.001	.49	.974

\*Nivel de significación: p<0.05  
N.S. No significativo

\*\*Eta: fuerza de la asociación

**Tabla 17.110.** ANOVAs pre-seg 3 meses para el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en las subescalas del Inventario de Cogniciones Postraumáticas.

SEGUIMIENTO A 3 MESES					
VARIABLE	NACIONALIDAD	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	TAMAÑO DEL EFECTO**	POTENCIA
<b>Sí mismo</b>	Mujeres españolas	F (1,30) = 81.56	p < 0.001	.85	.1000
	Mujeres inmigrantes	F (1,8) = 12.04	p < 0.05	.77	.859
	Mujeres mexicanas	F (1,22) = 148.89	p < 0.001	.93	1.000
<b>Mundo</b>	Mujeres españolas	F (1,30) = 91.32	p < 0.001	.86	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,8) = 2.6	N.S	.49	.296
	Mujeres mexicanas	F (1,22) = 36.11	p < 0.001	.78	1.000
<b>Autoinculp.</b>	Mujeres españolas	F (1,30) = 64.31	p < 0.001	.82	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,8) = 10.31	p < 0.05	.75	.803
	Mujeres mexicanas	F (1,22) = 106.55	p < 0.001	.91	1.000
<b>Total</b>	Mujeres españolas	F (1,30) = 108.42	p < 0.001	.88	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,8) = 22.42	p < 0.05	.85	.984
	Mujeres mexicanas	F (1,22) = 134.41	p < 0.001	.859	1.000

\*Nivel de significación: p<0.05  
N.S. No significativo

\*\*Eta: fuerza de la asociación

**Tabla 17.111.** ANCOVAs (nacionalidad × tiempo pre-seg. 6 meses) en las subescalas del Inventario de Cogniciones Postraumáticas.

SEGUIMIENTO A 6 MESES					
VARIABLE/ FUENTE DE VARIANZA		CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	TAMAÑO DEL EFECTO**	POTENCIA
<b>Sí mismo</b>	Nacionalidad	F (2,56) = .75	NS	.16	.172
	Tiempo	F (1,56) = 2.21	NS	.19	.310
	Nacionalidad*tiempo	F (2,56) = 5.27	p < 0.05	.39	.816
<b>Mundo</b>	Nacionalidad	F (2,56) = .093	NS	.05	.063
	Tiempo	F (1,56) = .46	NS	.08	.103
	Nacionalidad*tiempo	F (2,56) = 10.88	p < 0.001	.52	.988
<b>Autoinculp</b>	Nacionalidad	F (2,56) = .79	NS	.16	.179
	Tiempo	F (1,56) = 2.53	NS	.2	.347
	Nacionalidad*tiempo	F (2,56) = 2.83	NS	.30	.518
<b>Total</b>	Nacionalidad	F (2,56) = .51	NS	.13	.131
	Tiempo	F (1,56) = 3.5	NS	.24	.452
	Nacionalidad*tiempo	F (2,56) = 12.25	p < 0.001	.55	.944

\*Nivel de significación: p<0.05  
N.S. No significativo

\*\*Eta: fuerza de la asociación

**Tabla 17.112.** ANOVAs pre-seg 6 meses para el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en las subescalas del Inventario de Cogniciones Postraumáticas.

SEGUIMIENTO A 6 MESES					
VARIABLE	NACIONALIDAD	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	TAMAÑO DEL EFECTO**	POTENCIA
<b>Sí mismo</b>	Mujeres españolas	F (1,29) = 81.22	p < 0.001	.85	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,8) = 8.79	p < 0.05	.74	.721
	Mujeres mexicanas	F (1,22) = 213.09	p < 0.001	.95	1.000
<b>Mundo</b>	Mujeres españolas	F (1,29) = 83.84	p < 0.001	.85	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,8) = .36	N.S	.22	.082
	Mujeres mexicanas	F (1,22) = 54.51	p < 0.001	.84	1.000
<b>Autoinculp.</b>	Mujeres españolas	F (1,29) = 74.37	p < 0.001	.85	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,8) = 13.86	p < 0.05	.81	.889
	Mujeres mexicanas	F (1,22) = 126.76	p < 0.001	.92	1.000
<b>Total</b>	Mujeres españolas	F (1,29) = 133.48	p < 0.001	.9	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,8) = 8.71	p < 0.05	.74	.717
	Mujeres mexicanas	F (1,22) = 225.6	p < 0.001	.95	1.000

\*Nivel de significación: p<0.05  
N.S. No significativo.

\*\*Eta: fuerza de la asociación

**Tabla 17.113.** ANCOVAs (nacionalidad × tiempo pre-seg. 12 meses) en las subescalas del Inventario de Cogniciones Postraumáticas.

<b>SEGUIMIENTO A 12 MESES</b>					
VARIABLE/ FUENTE DE	VARIANZA	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	TAMAÑO DEL EFECTO**	POTENCIA
<b>Sí mismo</b>	Nacionalidad	F (2,55) = .56	N.S	.14	.139
	Tiempo	F (1,55) = 7.92	p < 0.05	.35	.79
	Nacionalidad*tiempo	F (2,55) = 4.03	p < 0.05	.35	.696
<b>Mundo</b>	Nacionalidad	F (2,55) = .53	N.S	.13	.134
	Tiempo	F (1,55) = .954	N.S	.13	.160
	Nacionalidad*tiempo	F (2,55) = 8.17	p < 0.05	.47	.950
<b>Autoinculp</b>	Nacionalidad	F (2,55) = 1	N.S	.18	.216
	Tiempo	F (1,55) = 4.09	p < 0.05	.26	.511
	Nacionalidad*tiempo	F (2,55) = .72	NS	.16	.166
<b>Total</b>	Nacionalidad	F (2,55) = .86	N.S	.17	.191
	Tiempo	F (1,55) = 9.6	p < 0.05	.38	.861
	Nacionalidad*tiempo	F (2,55) = 8.31	p < 0.05	.48	.954

\*Nivel de significación: p<0.05  
N.S. No significativo.

\*\*Eta: fuerza de la asociación

**Tabla 17.114.** ANOVAs pre-seg 12 meses para el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas en las subescalas del Inventario de Cogniciones Postraumáticas.

<b>SEGUIMIENTO A 12 MESES</b>					
VARIABLE	NACIONALIDAD	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN*	TAMAÑO DEL EFECTO**	POTENCIA
<b>Sí mismo</b>	Mujeres españolas	F (1,28) = 91.35	p < 0.001	.87	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,7) = 10.4	p < 0.05	.77	.789
	Mujeres mexicanas	F (1,23) = 203.48	p < 0.001	.94	1.000
<b>Mundo</b>	Mujeres españolas	F (1,28) = 76.96	p < 0.001	.85	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,7) = 2.63	N.S	.5	.290
	Mujeres mexicanas	F (1,23) = 56.6	p < 0.001	.84	1.000
<b>Autoinculp.</b>	Mujeres españolas	F (1,28) = 81.01	p < 0.001	.86	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,7) = 40.51	p < 0.05	.81	.889
	Mujeres mexicanas	F (1,23) = 123.38	p < 0.001	.91	1.000
<b>Total</b>	Mujeres españolas	F (1,28) = 195.97	p < 0.001	.93	1.000
	Mujeres inmigrantes	F (1,7) = 21.55	p < 0.05	.86	.976
	Mujeres mexicanas	F (1,23) = 359.46	p < 0.001	.95	1.000

\*Nivel de significación: p<0.05  
N.S. No significativo

\*\*Eta: fuerza de la asociación

### **Tamaño del efecto y potencia estadística de los resultados en la Escala de Inadaptación e Inventario de Cogniciones Postraumáticas**

Se ha encontrado un tamaño del efecto alto y una potencia que se aproxima o es superior a .80 en las *comparaciones intrasujeto* para el grupo total de participantes y para las mujeres españolas y mexicanas en cada una de las medidas de inadaptación y cogniciones postraumáticas en cada uno de los seguimientos (véase tablas 17.95 y 17.106). Asimismo, en el grupo de mujeres inmigrantes se ha encontrado una potencia adecuada y un tamaño del efecto grande en casi todas las medias; constituyen una excepción la subescala de trabajo en el seguimiento al mes, tres y seis meses, la subescala de familia en el seguimiento al mes y seis meses y la subescala del mundo en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses, en las que se ha encontrado un tamaño del efecto entre medio y alto y una potencia baja. Por tanto, la ausencia de

diferencias podría deberse a la falta de potencia estadística de los resultados, explicada por el reducido tamaño muestral de este grupo de mujeres.

El tamaño del efecto de las *comparaciones intergrupo* en las que se han encontrado diferencias significativas ha sido entre medio y alto y la potencia adecuada. En aquellos casos en los que no se han encontrado diferencias entre los grupos de mujeres, la potencia de los resultados es muy baja, pero también lo es el tamaño del efecto. Por tanto, la ausencia de diferencias estaría más relacionada con el pequeño tamaño del efecto encontrado, más que con una falta de potencia de la investigación para detectarlas.

#### **1.7.2.5.5 Características sociodemográficas y circunstancias de la violencia relacionadas con la puntuación total en la Escala de TEPT en el pre, postratamiento y seguimientos al mes, tres, seis y doce meses**

La siguiente tabla ofrece algunas diferencias en la sintomatología del TEPT en el pretratamiento, postratamiento y seguimientos, en función de ciertas características sociodemográficas y de la violencia, que sin alcanzar la significación estadística en la mayoría de los casos, merecen ser comentadas.

En el **pretratamiento**, son las mujeres que llevan *más de seis meses separadas del agresor* en comparación con las que continúan conviviendo con él o aquellas que llevan menos de seis meses separadas, las que obtienen una puntuación mayor en la escala global del TEPT. Asimismo, resultan estadísticamente significativas las diferencias entre las mujeres que habían sufrido *malos tratos en relaciones anteriores*, que presentan una puntuación mayor que las que refirieron no haber tenido una historia previa de violencia.

Al **postratamiento** resultan estadísticamente significativas las diferencias entre las mujeres que tienen *denuncias en curso* por malos tratos, que experimentan una menor reducción de la sintomatología global de TEPT y aquellas que no las tienen. Estas diferencias continúan apareciendo en los diversos seguimientos, aunque, tal y como se desprende de los resultados, no alcanzan la significación estadística. Asimismo, las mujeres con una historia previa de violencia experimentan una menor reducción de esta sintomatología que las mujeres que no refirieron haber sido maltratas anteriormente, aunque las diferencias tampoco son estadísticamente significativas.

En el **seguimiento** a los **tres, seis y doce meses** las mujeres que han experimentado una o varias *experiencias traumáticas previas* manifiestan una reducción significativamente menor en sintomatología del TEPT que aquellas para quienes la violencia doméstica ha sido su primera experiencia traumática.



**Tabla 17.115.** Puntuación en la escala global de TEPT en el pre, postratamiento y seguimientos y características sociodemográficas y de historia de la violencia doméstica más relevantes.

<b>PUNTUACIÓN EN LA ESCALA GLOBAL DEL TEPT</b>																			
		<b>PRE</b>			<b>POST</b>			<b>SEG 1</b>			<b>SEG 3</b>			<b>SEG 6</b>			<b>SEG 12</b>		
		M	DT	F (2,86)	M	DT	F (2,71)	M	DT	F (2,68)	M	DT	F (2,62)	M	DT	F (2,61)	M	DT	F (2,60)
<b>TIPO VIOLENCIA</b>																			
<b>Psicológico</b>		30	7.9		16.38	9.14		9.86	5.61		9.29	4.99		7.43	5.09		6.86	5.08	
<b>Físico y psicológico</b>		30.96	6.99	1.13	14.5	6.38	.46	12.55	6.87	1.07	11.27	6.72	1.16	11.95	6.98	1.23	9.19	6.4	1.58
<b>Físico, psicológico y sexual</b>		33.22	8.14		16.38	7.92		13.68	6.46		13.18	7.26		12.76	9.24		11.58	7.88	
<b>CONVIVENCIA CON EL AGRESOR</b>																			
<b>Convivencia con agresor</b>		30.7	8.07		16.88	5.73		13.82	6.47		11.59	5.94		12.53	6.37		10.06	5.5	
<b>1-2 meses de separación</b>		29.5	3.66	F(4,40)=	11	6.2	1.44	10.8	5.11	.78	8	3.34	.5	6	3.8	.95	6.6	2.51	.53
<b>3-6 meses de separación</b>		31.14	6.73	.108†	16	8.83		13.33	7.51		12.4	9.41		11.8	9.23		10	7.41	
<b>&gt; 6 meses de separación</b>		<b>34.15</b>	8.43		16.43	7.87		13.06	6.38		12.77	6.98		12.5	9.12		11.04	8.57	
<b>RED DE APOYO SOCIAL</b>																			
<b>SI</b>		30.73	6.51	F(1,77)=	14.71	5.82	F(1,64)=	11.97	4.26	F(1,56)=	11.38	5.59	F(1,59)=	10.9	6.71	.77	9.31	6.96	.86
<b>NO</b>		33.67	8.74	3.16†	16.79	8.81	1.42†	13.76	7.96	1.4†	12.68	7.87	.58†	12.73	9.3		11.03	7.46	
<b>DENUNCIAS EN CURSO</b>																			
<b>SI</b>		33.05	8.73		<b>19.2</b>	8.37	<b>3.96*</b>	<b>15.77</b>	7.91	3.12	<b>15.5</b>	8.34	3.20	<b>12.7</b>	9.26	1.21	<b>12.67</b>	5.93	1.22
<b>NO</b>		31.94	7.45	.29	14.91	7.16		12.27	6.05		11.43	6.47		11.71	8.04		9.79	7.38	
<b>EXPOSICIÓN A OTRAS EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS</b>																			
<b>SI</b>		31.84	7.85		16.05	8.69		14.95	7.97		<b>15.5</b>	7.58	F(1,26)=	<b>15.72</b>	8.79	F(1,27)=	<b>13.39</b>	7.45	F(1,29)=
<b>NO</b>		32.32	7.38	.68	15.71	7.19	.028	12.1	5.82	2.77	10.71	6.17	<b>5.67*†</b>	10.3	7.45	<b>5.29*†</b>	8.88	6.77	<b>4.88*†</b>
<b>VÍCTIMA DE MALOS TRATOS EN RELACIONES ANTERIORES</b>																			
<b>SI</b>		<b>34.38</b>	8.47	F(1,77)=	<b>16.31</b>	8.71	F(1,62)=	<b>13.94</b>	7.53	F(1,60)=	<b>13.34</b>	7.9	F(1,55)=	<b>12.94</b>	8.44		<b>11.13</b>	7.49	
<b>NO</b>		30.13	6.55	<b>6.77*†</b>	15.32	6.39	.29†	11.88	5.21	1.75†	10.77	5.5	2.55†	10.81	7.9	1.05	9.27	6.92	1.01

\* Nivel de significación: p<0.05

† No se cumple supuesto de homocedasticidad. Grados de libertad corregidos

También se ha realizado un análisis del porcentaje de mujeres en cada una de las categorías de las variables de la historia y circunstancias de la violencia más relevantes, que cumple criterios de TEPT y que se recupera del trastorno al postratamiento y en el seguimiento al año. Las siguientes tablas muestran los resultados.

**Tabla 17.116.** Porcentaje de mujeres en cada una de las categorías de las variables de la historia y circunstancias de la violencia que cumple criterios de TEPT y que se recupera del trastorno al postratamiento.

	POSTRATAMIENTO	
	TEPT	NO TEPT
<b>• Convivencia con agresor (N)</b>		
- Convive con el agresor (17)	29.4	70.6
- No convive con el agresor (55)	32.7	67.3
<b>• Tipo de maltrato (N)</b>		
- Físico y psicológico (22)	50	50
- Psicológico (8)	27.3	72.7
- Físico, psicológico y sexual (42)	31	69
<b>• Último episodio maltrato (N)</b>		
- En el último mes (29)	34.5	65.5
- 1-3 meses (10)	30	70
- 3-6 meses (12)	41.7	58.2
- Más de seis meses (7)	42.9	57.1
- Más de un año (14)	14.3	85.7
<b>• Apoyo social actual (N)</b>		
- Sí (34)	26.5	73.5
- No (38)	<b>36.8</b>	63.2
<b>• Maltrato anterior (N)</b>		
- Sí (35)	<b>42.9</b>	57.1
- No (37)	21.6	78.4
<b>• Otro trauma previo (N)</b>		
- Sí (20)	<b>40</b>	60
- No (52)	28.8	71.2
<b>• Denuncias en curso (N)</b>		
- Sí (15)	<b>46.7</b>	53.3
- No (57)	28.1	71.9
<b>• Duración en años de la violencia (media y D.T)</b>	16 (10.53)	13.15 (9.98)

**Tabla 17.117.** Porcentaje de mujeres en cada una de las categorías de las variables de la historia y circunstancias de la violencia que cumple criterios de TEPT y que se recupera del trastorno al año.

	SEG 12 MESES	
	TEPT	NO TEPT
<b>• Convivencia con agresor (N)</b>		
- Convive con el agresor (15)	13.3	86.7
- No convive con el agresor (46)	15.2	84.8
<b>• Tipo de maltrato (N)</b>		
- Físico y psicológico (21)	19	81
- Psicológico (7)	0	100
- Físico, psicológico y sexual (33)	15.2	84.8
<b>• Último episodio maltrato (N)</b>		
- En el último mes (23)	13	87
- 1-3 meses (10)	10	90
- 3-6 meses (9)	11.1	88.9
- Más de seis meses (6)	50	50
- Más de un año (13)	7.7	92.3
<b>• Apoyo social actual (N)</b>		
- Sí (29)	6.9	93.1
- No (32)	<b>21.9</b>	78.1
<b>• Maltrato anterior (N)</b>		
- Sí (31)	<b>25.8</b>	74.2
- No (30)	3.3	96.7
<b>• Otro trauma previo (N)</b>		
- Sí (18)	<b>38.9</b>	61.1
- No (43)	4.7	95.3
<b>• Denuncias en curso (N)</b>		
- Sí (9)	<b>46.7</b>	53.3
- No (52)	28.1	71.9

Tal y como se contempla en las tablas, un mayor porcentaje de mujeres sin una *red de apoyo social*, con una *historia de maltrato*, con *experiencias traumáticas previas* o con *denuncias en curso* cumplen criterios de TEPT al postratamiento y en el seguimiento al año, en comparación con las mujeres que refieren tener una red social de apoyo, que no han experimentado malos tratos previamente, ni han estado expuestas a otros sucesos traumáticos o que no tienen denuncias en curso. Hay que señalar que los datos relativos a los 12 meses deben ser tomados con precaución, ya que no se volvió a evaluar si las mujeres tenían una red social de apoyo, denuncias en curso o cuándo habían sido maltratadas por última vez. Por tanto, los datos relativos a estas variables siguen siendo los recogidos en la evaluación pretratamiento. Sí se evaluó si se habían o no separado del agresor; en concreto, tres mujeres lo habían hecho y

una de las participantes que refirió estar separada en la evaluación pretratamiento había decidido regresar con él. Estos resultados sí han sido incluidos en la tabla 17.117.

Asimismo, se ha llevado a cabo un análisis de las características e historia de la violencia de las mujeres que cumplen criterios de TEPT y que se recuperan desde un punto de vista clínico al postratamiento y en el seguimiento al año (véase tablas 17.118 y 17.119). Al igual que se ha visto en el análisis anterior, un porcentaje mayor de mujeres con TEPT refiere no disponer de una red social de apoyo, haber sufrido un maltrato anterior, haber experimentado un trauma previo y tener denuncias en curso en comparación con las que se recuperan del trastorno, tanto al postratamiento como en el seguimiento al año.

**Tabla 17.118.** Características e historia de la violencia de las mujeres que cumplen criterios de TEPT y que se recuperan desde un punto de vista clínico al postratamiento.

<b>POSTRATAMIENTO</b>																		
	<i>Convivencia</i>		<i>Tipo de maltrato</i>			<i>Último episodio de maltrato</i>					<i>Apoyo social</i>		<i>Maltrato anterior</i>		<i>Trauma previo</i>		<i>Denuncias en curso</i>	
	- Convive con el agresor	- No convive con el agresor	- Físico y psicológico	- Psicológico	- Físico, psicológico y sexual	- En el último mes	- 1-3 meses	- 3-6 meses	- Más de seis meses	- Más de un año	- Sí	- No	- Sí	- No	- Sí	- No	- Sí	- No
<b>TEPT (23)</b>	21.7	78.3	26.1	17.1	56.5	43.5	13	21.7	13	8.7	39.1	<b>60.9</b>	<b>65.2</b>	34.8	<b>34.8</b>	65.2	<b>46.7</b>	53.3
<b>NO TEPT (49)</b>	24.5	75.5	32.7	8.2	59.2	38.8	14.3	14.3	8.2	24.5	51	49	40.8	59.2	24.5	75.5	26.7	73.3

**Tabla 17.119.** Características e historia de la violencia de las mujeres que cumplen criterios de TEPT y que se recuperan desde un punto de vista clínico al postratamiento.

<b>SEGUIMIENTO 12 MESES</b>																		
	<i>Convivencia</i>		<i>Tipo de maltrato</i>			<i>Último episodio de maltrato</i>					<i>Apoyo social</i>		<i>Maltrato anterior</i>		<i>Trauma previo</i>		<i>Denuncias en curso</i>	
	- Convivencia con el agresor	- No convive con el agresor	- Físico y psicológico	- Psicológico	- Físico, psicológico y sexual	- En el último mes	- 1-3 meses	- 3-6 meses	- Más de seis meses	- Más de un año	- Sí	- No	- Sí	- No	- Sí	- No	- Sí	- No
<b>TEPT (9)</b>	22.2	77.8	44.4	0	55.6	33.3	11.1	11.1	33.3	11.1	22.2	<b>77.8</b>	<b>88.9</b>	11.1	<b>77.8</b>	22.2	<b>33.3</b>	66.7
<b>NO TEPT (52)</b>	25	75	32.7	13.5	53.8	38.5	17.3	15.4	5.8	23.1	51.9	48.1	44.2	55.8	21.2	78.8	23.3	76.7

No obstante, los resultados de la prueba Chi-cuadrado que se presentan en la tabla 17.120 y 17.121 muestran que únicamente resultaron estadísticamente significativas las diferencias en el porcentaje de mujeres con y sin TEPT en función de la experiencia previa de malos tratos, tanto al postratamiento como en el seguimiento al año. En esta última evaluación, resultaron también significativas las diferencias en función de la exposición a otros sucesos traumáticos.

**Tabla 17.120.** Prueba Chi cuadrado ( $\chi^2$ ) y Anova de un factor (F): porcentaje de mujeres con y sin TEPT al postratamiento.

	$\chi^2$ (GL, N)	Signif*
• Relación con el agresor	2.74 (1,72)	N.S
• Tipo de maltrato	1.44 (2,72)	N.S
• Último episodio de maltrato	3.01 (4,72)	N.S
• Apoyo social actualidad	.88 (1,72)	N.S
• Maltrato anterior	3.73 (1,72)	<b>p&lt; 0.05</b>
• Otro trauma previo	.82 (1,72)	N.S
• Denuncias en curso	2.48 (1,72)	N.S
	<b>F</b> (1,71)	<b>Signif*</b>
• Años de la violencia	1.28	N.S

\*Nivel de significación: p<0.05  
N.S. No significativo

**Tabla 17.121.** Prueba Chi cuadrado ( $\chi^2$ ) y Anova de un factor (F): porcentaje de mujeres con y sin TEPT en el seguimiento al año.

	$\chi^2$ (GL, N)	Signif*
• Relación con el agresor	.032 (1,61)	N.S
• Tipo de maltrato	1.52 (2, 61)	N.S
• Último episodio maltrato	6.77 (4, 61)	N.S
• Apoyo social	2.71 (1, 61)	N.S
• Maltrato anterior	6.12 (1,61)	<b>p&lt; 0.05</b>
• Otro trauma previo	11.82 (1,61)	<b>p&lt; 0.001</b>
• Denuncias en curso	.46 (1,61)	N.S
	<b>F</b> (1,60)	<b>Signif*</b>
• Años de la violencia	.42	N.S

\*Nivel de significación: p<0.05  
N.S. No significativo

## 17.3. CONFIRMACIÓN DE HIPÓTESIS

### 17.3.1 HIPÓTESIS I

■ **H1: Si el tratamiento resulta más eficaz que el no tratamiento, entonces:**

H11: Habrá una reducción significativamente mayor de síntomas de TEPT en el postratamiento en las mujeres asignadas al grupo de tratamiento en comparación con un grupo de no tratamiento, en las siguientes escalas:

- . Reexperimentación
- . Evitación
- . Hiperactivación
- . Escala global del TEPT

**Se confirma:**

Los síntomas de TEPT en el postratamiento son significativamente menores en el grupo de tratamiento que en el grupo de no tratamiento. Las mujeres asignadas al grupo de tratamiento experimentan una reducción significativa en la escala de reexperimentación, evitación, hiperactivación y global del TEPT al postratamiento en comparación con el grupo de no tratamiento.

H12: Habrá una reducción y/o mejora significativamente mayor de síntomas asociados al TEPT al postratamiento, en las mujeres asignadas al grupo de tratamiento en comparación con un grupo de no tratamiento, concretamente en:

- . Depresión
- . Nivel de ansiedad
- . Nivel de autoestima
- . Nivel de adaptación
- . Cogniciones postraumáticas

***Se confirma:***

Los síntomas asociados al TEPT en el postratamiento son significativamente menores en el grupo de tratamiento que en el grupo de no tratamiento. Las mujeres asignadas al grupo de tratamiento experimentan una mejora significativa en depresión, ansiedad, autoestima, nivel de adaptación y cogniciones postraumáticas al postratamiento en comparación con el grupo de no tratamiento.

H13: La reducción significativa de síntomas de TEPT en el postratamiento se mantendrá en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses en las mujeres asignadas al grupo de tratamiento, en las siguientes escalas:

- . Reexperimentación
- . Evitación
- . Hiperactivación
- . Escala global del TEPT

***Se confirma:***

La reducción en la escala de reexperimentación, evitación, hiperactivación y global del TEPT experimentada por las mujeres asignadas al grupo de tratamiento en el postratamiento se mantiene en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses.

H14: La reducción y/o mejora significativa de síntomas asociados al TEPT en el postratamiento se mantendrá en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses en las mujeres asignadas al grupo de tratamiento, concretamente en:

- . Depresión
- . Nivel de ansiedad
- . Nivel de autoestima
- . Nivel de adaptación
- . Cogniciones postraumáticas

**Se confirma:**

☑ La reducción de los síntomas asociados al TEPT experimentada por las mujeres asignadas al grupo de tratamiento en el postratamiento se mantiene en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses. Las mujeres del grupo de tratamiento mantienen la mejora experimentada al postratamiento en el nivel de depresión, ansiedad, autoestima, nivel de adaptación y cogniciones postraumáticas al mes, tres, seis y doce meses de concluida la intervención.

**17.3.2 HIPÓTESIS II**







■ H2: Se ha explorado si existen diferencias entre un grupo de mujeres de nacionalidad española, un grupo de mujeres de nacionalidad mixta (mujeres inmigrantes en España) y un grupo de mujeres de nacionalidad mexicana en:

- Las características e historia de la violencia.
- La sintomatología postraumática y sintomatología concomitante (depresión, ansiedad, autoestima, nivel de adaptación y cogniciones postraumáticas) en el pretratamiento.
- La eficacia de la intervención en el postratamiento y en los seguimientos al mes, tres, seis y doce meses.

**Características e historia de la violencia**

▪ Únicamente se han encontrado diferencias intergrupos estadísticamente significativas en las variables **red social de apoyo** en la actualidad, **dependencia económica de la víctima respecto al agresor** e **historia previa de malos tratos**. La siguiente tabla representa de manera gráfica estas diferencias.

**Tabla 17.122.** Contraste de hipótesis. Características e historia de la violencia.

RED SOCIAL DE APOYO	DEPENDENCIA ECONÓMICA DEL AGRESOR	HISTORIA PREVIA DE MALOS TRATOS
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">   <b>ESP</b>  <b>MEX</b> </div> <div style="text-align: center;">   <b>INM</b> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">   <b>ESP</b>  <b>MEX</b> </div> <div style="text-align: center;">   <b>INM</b> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">   <b>ESP</b>  <b>MEX</b> </div> <div style="text-align: center;">   <b>INM</b> </div> </div>
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span>↓ Significativamente menor</span> <span>↑ Significativamente mayor</span> <span>□ No se han encontrado diferencias</span> </div>		

- El porcentaje de mujeres españolas que refiere disponer de una *red de apoyo social* en la actualidad es significativamente mayor al de mujeres inmigrantes y mexicanas, sin que hayan aparecido diferencias significativas entre estos dos últimos grupos.

- El porcentaje de participantes *dependientes económicamente del agresor* es significativamente mayor en el grupo de mujeres españolas que en el de mujeres inmigrantes, sin que hayan aparecido diferencias entre las mujeres españolas y mexicanas y estas últimas y las inmigrantes.

- Finalmente, el porcentaje de participantes que refiere haber experimentado *malos tratos en relaciones anteriores* resulta estadísticamente mayor en el grupo de mujeres mexicanas que en el de españolas e inmigrantes, no encontrándose diferencias entre estos dos últimos grupos.

**Sintomatología postraumática y sintomatología concomitante en el pretratamiento**

▪ Únicamente se han encontrado diferencias intergrupos en el Inventario de Cogniciones Postraumáticas, en concreto, en la *subescala de cogniciones postraumáticas sobre el mundo* y en el *sumatorio total*. La siguiente tabla recoge estas diferencias.

- Las mujeres mexicanas muestran una puntuación significativamente mayor en las *cogniciones sobre el mundo* en comparación con las mujeres españolas e inmigrantes, sin que se hayan encontrado diferencias entre estos dos últimos grupos.

- Las mujeres mexicanas muestran una puntuación significativamente mayor en el *sumatorio total* del Inventario de Cogniciones Postraumáticas en comparación con las mujeres inmigrantes, sin que las mujeres mexicanas y españolas y estas últimas y las inmigrantes difieran entre sí.

**Tabla 17.123.** Contraste de hipótesis. Sintomatología postraumática y sintomatología concomitante en el pretratamiento.

COGNICIONES MUNDO			SUMATORIO TOTAL		
	ESP			ESP	
MEX		INM	MEX		INM

Significativamente menor   
 Significativamente mayor   
 No se han encontrado diferencias

**Eficacia de la intervención al postratamiento y en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses**

**Trastorno de estrés postraumático**

▪ Se han encontrado diferencias intergrupos en la puntuación en la **escala global del TEPT** y en **hiperactivación** al *postratamiento*. Concretamente, las mujeres mexicanas obtienen una puntuación significativamente menor en la escala global del TEPT y en hiperactivación en

comparación con las mujeres españolas, sin que se hayan encontrado diferencias entre las mujeres mexicanas e inmigrantes y estas últimas y las españolas. En el *seguimiento* al *mes, tres, seis y doce meses* no se han encontrado diferencias intergrupos en ninguna de las medidas del TEPT.

### ***Sintomatología concomitante***

- Se han encontrado diferencias intergrupos en la puntuación en **depresión**, en la **Escala de Inadaptación** y en el **Inventario de Cogniciones Postraumáticas** al postratamiento y en algunos de los seguimientos.

- El grupo de mujeres mexicanas obtiene una puntuación significativamente menor en **depresión** al *postratamiento* en comparación con las mujeres españolas, sin que se hayan encontrado diferencias entre las mujeres mexicanas y las inmigrantes y estas últimas y las españolas. En el *seguimiento* al *mes, tres y doce meses*, las mujeres mexicanas nuevamente obtienen una puntuación menor en comparación, esta vez, con las inmigrantes. En el *seguimiento* a los seis meses no se han encontrado diferencias intergrupos.

- En cuanto a la Escala de Inadaptación, se han encontrado diferencias intergrupos en el **sumatorio total** al *postratamiento* y en el *seguimiento al mes y tres meses*, que indican que son las mujeres mexicanas en comparación con las españolas e inmigrantes las que obtienen una puntuación significativamente menor, sin que se hayan encontrado diferencias entre las mujeres españolas e inmigrantes. Tampoco se han encontrado diferencias intergrupos en el *seguimiento* a los seis y doce meses.

- Respecto al Inventario de Cogniciones Postraumáticas, es el grupo de mujeres mexicanas el que obtiene una puntuación significativamente menor en el **sumatorio total** al *postratamiento*, en comparación con el grupo de mujeres inmigrantes, sin que se hayan encontrado diferencias significativas entre el grupo de mujeres mexicanas y españolas y entre estas últimas y las inmigrantes. Al *mes, tres, seis y doce meses* es el grupo de mujeres mexicanas el que obtiene una puntuación menor en comparación con las mujeres españolas e inmigrantes. A su vez, las mujeres españolas puntúan menos que las inmigrantes al *mes, tres y seis meses* de concluida la intervención, sin que se hayan encontrado diferencias significativas entre estos dos últimos grupos en el *seguimiento* al año. Las siguientes tablas representan claramente los resultados comentados.














































































**Tabla 17.124.** Contraste de hipótesis. Sintomatología postraumática al postratamiento y en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses.

	POSTRATAMIENTO	SEGUIMIENTO MES	SEGUIMIENTO 3 MESES	SEGUIMIENTO 6 MESES	SEGUIMIENTO AL AÑO
<b>REEXPERIMENTACIÓN</b>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"><b>ESP</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"><b>MEX</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"><b>INM</b></div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"><b>ESP</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"><b>MEX</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"><b>INM</b></div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"><b>ESP</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"><b>MEX</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"><b>INM</b></div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"><b>ESP</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"><b>MEX</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"><b>INM</b></div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"><b>ESP</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"><b>MEX</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"><b>INM</b></div> </div>
<b>EVITACIÓN</b>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"><b>ESP</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"><b>MEX</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"><b>INM</b></div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"><b>ESP</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"><b>MEX</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"><b>INM</b></div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"><b>ESP</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"><b>MEX</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"><b>INM</b></div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"><b>ESP</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"><b>MEX</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"><b>INM</b></div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"><b>ESP</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"><b>MEX</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"><b>INM</b></div> </div>
<b>HIPERACTIVACIÓN</b>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"><input style="background-image: linear-gradient(to top right, transparent 49%, #000 49% 51%, #000 51% 53%, #fff 53% 55%, #fff 55% 57%, #000 57% 59%, #000 59% 61%, #fff 61% 63%, #fff 63% 65%, #000 65% 67%, #000 67% 69%, #fff 69% 71%, #fff 71% 73%, #000 73% 75%, #000 75% 77%, #fff 77% 79%, #fff 79% 81%, #000 81% 83%, #000 83% 85%, #fff 85% 87%, #fff 87% 89%, #000 89% 91%, #000 91% 93%, #fff 93% 95%, #fff 95% 97%, #000 97% 99%, #000 99% 100%);"/></div> <div style="text-align: center;"><b>ESP</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"><b>MEX</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"><b>INM</b></div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"><b>ESP</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"><b>MEX</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"><b>INM</b></div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"><b>ESP</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"><b>MEX</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"><b>INM</b></div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"><b>ESP</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"><b>MEX</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"><b>INM</b></div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"><b>ESP</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"><b>MEX</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"><b>INM</b></div> </div>
<b>ESCALA GLOBAL</b>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"><input style="background-image: linear-gradient(to top right, transparent 49%, #000 49% 51%, #000 51% 53%, #fff 53% 55%, #fff 55% 57%, #000 57% 59%, #000 59% 61%, #fff 61% 63%, #fff 63% 65%, #000 65% 67%, #000 67% 69%, #fff 69% 71%, #fff 71% 73%, #000 73% 75%, #000 75% 77%, #fff 77% 79%, #fff 79% 81%, #000 81% 83%, #000 83% 85%, #fff 85% 87%, #fff 87% 89%, #000 89% 91%, #000 91% 93%, #fff 93% 95%, #fff 95% 97%, #000 97% 99%, #000 99% 100%);"/></div> <div style="text-align: center;"><b>ESP</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"><b>MEX</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"><b>INM</b></div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"><b>ESP</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"><b>MEX</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"><b>INM</b></div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"><b>ESP</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"><b>MEX</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"><b>INM</b></div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"><b>ESP</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"><b>MEX</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"><b>INM</b></div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"><b>ESP</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"><b>MEX</b></div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"><b>INM</b></div> </div>

↓ Significativamente menor   
 ↑ Significativamente mayor   
  No se han encontrado diferencias

Tabla 17.125. Contraste de hipótesis. Sintomatología concomitante al postratamiento y en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses.

	POSTRATAMIENTO	SEGUIMIENTO MES	SEGUIMIENTO 3 MESES	SEGUIMIENTO 6 MESES	SEGUIMIENTO AL AÑO
DEPRESIÓN	 ESP 	 ESP 	 ESP 	 ESP 	 ESP 
	MEX  INM	MEX  INM	MEX  INM	MEX  INM	MEX  INM
ANSIEDAD	 ESP 	 ESP 	 ESP 	 ESP 	 ESP 
	MEX  INM	MEX  INM	MEX  INM	MEX  INM	MEX  INM
AUTOESTIMA	 ESP 	 ESP 	 ESP 	 ESP 	 ESP 
	MEX  INM	MEX  INM	MEX  INM	MEX  INM	MEX  INM
ESCALA DE INADAPTACIÓN	 ESP 	 ESP 	 ESP 	 ESP 	 ESP 
	MEX  INM	MEX  INM	MEX  INM	MEX  INM	MEX  INM
INVENTARIO COGNICIONES POSTRAUMÁTICO	 ESP 	 ESP 	 ESP 	 ESP 	 ESP 
	MEX  INM	MEX  INM	MEX  INM	MEX  INM	MEX  INM

Asimismo, se han encontrado diferencias intergrupos en algunas de las subescalas de la escala de Inadaptación y del Inventario de Cogniciones Postraumáticas. Al tratarse de cambios más específicos, y no tan importantes como los anteriores, se ha considerado oportuno comentarlos al final.

→ Respecto a la Escala de Inadaptación:

- Las **mujeres mexicanas** experimentan una reducción mayor del *nivel de inadaptación laboral y global* en el seguimiento al mes en comparación con las **mujeres españolas** e **inmigrantes**. Ni en el postratamiento, ni en el seguimiento a los tres, seis y doce meses han aparecido diferencias intergrupos.

- En el *área de pareja*, las **mujeres mexicanas** y **españolas** muestran una mejoría significativamente mayor al postratamiento en comparación con las inmigrantes, que no experimentan cambio alguno. Al mes, las **mujeres mexicanas** muestran una reducción significativamente mayor en la puntuación en la subescala de pareja en comparación con las **españolas** e **inmigrantes**. En el seguimiento a los tres, seis y doce meses no aparecen diferencias intergrupos.

- Las **mujeres mexicanas** experimentan una reducción significativamente mayor en el *nivel de inadaptación social y tiempo libre* en el seguimiento al mes en comparación con las **españolas**, sin que se hayan encontrado diferencias entre las mujeres mexicanas e inmigrantes y las inmigrantes y españolas. Al postratamiento y en el seguimiento a los tres, seis y doce meses, las diferencias intergrupos no han resultado estadísticamente significativas.

- En el *área familiar*, la reducción experimentada por las **mujeres mexicanas** en el seguimiento al mes es estadísticamente superior a la de las **mujeres españolas** e **inmigrantes**, sin que se hayan encontrado diferencias entre estos dos últimos grupos. En el seguimiento a tres meses, las diferencias aparecen únicamente entre las **mujeres mexicanas** y las **españolas**, mostrando las primeras una reducción significativamente mayor. Al postratamiento y en el seguimiento a seis y doce meses las diferencias intergrupos no han resultado estadísticamente significativas.

→ Respecto al Inventario de Cogniciones Postraumáticas:

- En la *subescala de sí mismo* son las **mujeres mexicanas** las que experimentan una reducción significativamente mayor en comparación con las **mujeres españolas** e **inmigrantes** al postratamiento y, únicamente respecto a las **inmigrantes** en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses.

- En la *subescala del mundo* nuevamente son las **mujeres mexicanas** las que experimentan una mejoría mayor de esta clase de pensamientos en comparación con las **mujeres**

**españolas e inmigrantes** al postratamiento y en el seguimiento al mes, seis y doce meses de concluida la intervención. A los tres meses, la reducción alcanzada por las **mujeres mexicanas** únicamente difiere de aquella experimentada por las **mujeres inmigrantes**.

- En cuanto a las *cogniciones postraumáticas de autoinculpación*, las **mujeres mexicanas** experimentan una mayor reducción en este tipo de pensamiento en comparación con las **mujeres inmigrantes** al postratamiento y en el seguimiento al mes y tres meses (no así a los seis y doce meses). No se han encontrado diferencias entre las mujeres mexicanas y las españolas, ni entre estas últimas y las inmigrantes en ninguno de los seguimientos.



En esta investigación se ha diseñado y evaluado empíricamente la eficacia de un programa de intervención para víctimas de violencia doméstica, dirigido específicamente a modificar el problema que se considera más importante de todos los que desarrollan estas mujeres, esto es, el trastorno de estrés postraumático. No obstante, se ha partido del supuesto de que, dado que el TEPT es un trastorno altamente invalidante, que interfiere significativamente en el funcionamiento global de la víctima y que, de manera concomitante, afecta a su nivel de autoestima, estado de ánimo, nivel de ansiedad y a su sistema de creencias previo, el tratamiento y la remisión de la sintomatología postraumática iría acompañado de una mejoría en estas variables de adaptación y sintomatología concomitante.

A continuación, se considerarán los resultados de esta investigación atendiendo a cinco puntos básicos: las participantes, el tratamiento, la metodología de este estudio, las impresiones clínicas y personales y las líneas de investigación futuras. Hay que señalar previamente que las consideraciones que se presentan a lo largo de esta discusión respecto a los dos primeros puntos indicados, van a estar referidas, en primer lugar, a la muestra total de participantes. En segundo lugar, se van a comentar aquellas diferencias entre las mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas más destacables, que deberán ser tomadas con precaución, dado el reducido tamaño muestral, sobre todo del grupo de mujeres inmigrantes.

## 18.1. PARTICIPANTES

En este apartado se van a comentar las características de las mujeres de este estudio, teniendo en cuenta sus características sociodemográficas, la historia y circunstancias de la violencia experimentada y las características psicopatológicas, que, como consecuencia del maltrato, sufren todas ellas.

### 18.1.1 *Características sociodemográficas*

Se caracterizan por ser mujeres de mediana edad (38.5 años de media) y con hijos, siendo 1.71 el promedio del número de ellos. El 45.6% es de nacionalidad española, el 29.1% mexicana y un 25.3% son mujeres inmigrantes en nuestro país, la mayoría en situación de legalidad.

Algunos aspectos serían definitorios del perfil sociodemográfico de las participantes de este estudio, en concreto, ser mujeres separadas, con un bajo nivel económico, en situación de precariedad laboral, con un alto nivel cultural y una escasa disponibilidad de redes de apoyo social en la actualidad, que pasan a ser comentados, todos ellos y por este orden, a continuación.

Respecto al **estado civil**, llama la atención que más de la mitad de las participantes estaban divorciadas, separadas o en trámites de hacerlo y únicamente un 25% convivía con el agresor en el momento de la evaluación, porcentaje inferior al encontrado en otros estudios en los que el porcentaje de mujeres casadas se acercaba o superaba el 50% (Amor et al., 2002; Echeburúa et al., 1996; Rincón, 2003).

El alto porcentaje de mujeres que ha decidido separarse resulta más llamativo si se tiene en cuenta que la mitad de ellas (47.6%) refiere pertenecer a un nivel socioeconómico medio-bajo y carece, además, de un trabajo extradoméstico en el momento de la evaluación. En relación al **nivel laboral**, señalar que únicamente un 50.4% de las participantes trabaja, bien en el servicio doméstico o en otras profesiones no cualificadas, que son mal remuneradas en la mayoría de los casos. Por tanto, el pequeño porcentaje de mujeres con un trabajo asalariado y la precariedad de los empleos que desempeña la mayoría de ellas, hablarían de la difícil situación a la que se enfrentan las participantes de este estudio, que como ya se ha señalado, tienen además hijos a su cargo. Asimismo, el hecho de que estas mujeres hayan optado por la separación, a pesar de las dificultades que acarrea esta decisión, estaría indicando la gravedad de la violencia a la que han estado sometidas.

En este punto merecen especial atención las diferencias entre los grupos. Por un lado, el porcentaje de participantes españolas sin un trabajo extradoméstico es superior al de inmigrantes y mexicanas, lo que podría estar relacionado con un mayor porcentaje de mujeres en este grupo que está casada o convive con el agresor (31.8%, frente a un 23.1% de las inmigrantes y un 20% de las mexicanas). Una posible explicación al respecto podría ser que el desempeño de una actividad laboral, al garantizar la independencia económica, favorecería la decisión de estas mujeres de separarse del agresor. También se podría pensar que en aquellos casos en los que la víctima continúa casada o conviviendo con el maltratador, éste le impida trabajar. Como es sabido, la violencia cursa con el progresivo aislamiento de la víctima en el hogar, que ve como se le priva del derecho a realizar muchas de sus actividades cotidianas, principalmente la actividad laboral, por ser fuente indiscutible de autonomía para cualquier persona. Esta explicación es apoyada por el relativamente alto porcentaje de amas de casa en este grupo de mujeres (25%).

Asimismo, es muy probable que las mujeres separadas del agresor tengan grandes dificultades para insertarse en el mundo laboral, alejadas de él durante el largo periodo de convivencia con el maltratador. A esta misma situación de aislamiento y control son sometidas las víctimas inmigrantes y mexicanas, pero quizá las circunstancias socioeconómicas que afectan a cada una de estas poblaciones ayuden a entender las diferencias. Por un lado, las mujeres inmigrantes, al cuidado en solitario de sus hijos, con obligaciones económicas en su país de origen (muchas de ellas tienen más hijos o padres dependientes a los que cubrir sus

necesidades), tienen mayor urgencia por trabajar, por lo que es frecuente que se incorporen a trabajos no cualificados, principalmente como empleadas de hogar. Sin olvidar el alto porcentaje en situación de desempleo (38.5%), que son, en su mayoría, mujeres que están tramitando su legalidad o todavía en situación de ilegalidad en nuestro país. Asimismo, las víctimas mexicanas, separadas la mayoría de maltratador, con más de dos hijos a su cuidado, de quienes el padre, a menudo, no se responsabiliza y en una sociedad donde el trabajo escasea, se ven obligadas a dedicarse a negocios de venta, que frecuentemente emprenden por iniciativa propia.

Es importante señalar que, si bien es el **nivel socioeconómico** medio-bajo el que mejor caracteriza a las mujeres de este estudio, no se pueden desprender conclusiones acerca del perfil socioeconómico de las víctimas de violencia doméstica en general. Sí se puede pensar que la sobrerrepresentación del nivel socioeconómico medio-bajo en la muestra de este estudio estaría relacionada con el hecho de que se ha trabajado con mujeres que habían solicitado ayuda en instituciones públicas, a las que con mayor frecuencia acuden estas capas de la sociedad. Probablemente, las mujeres con este problema y más recursos económicos acuden en busca de ayuda a otros centros.

En relación al **nivel cultural**, destacar la elevada formación de las mujeres de este estudio. En concreto, un 53.4% de la muestra ha realizado estudios secundarios, bien de bachillerato o algún tipo de formación profesional y un 17.5% ha terminado estudios universitarios, porcentajes que son superiores a los encontrados en otras investigaciones llevadas a cabo en nuestro país (Amor et al., 2002; Arinero y Crespo, 2004; Fontanil et al., 2002; Rincón et al., 2004). Estos resultados ayudan, sin duda, a rechazar la hipótesis, cada vez menos aceptada, de que son las mujeres con un bajo nivel educativo las que más se verían afectadas por este tipo de violencia. También es de destacar que, aunque su nivel cultural es elevado, su cualificación laboral, como se ha visto, es baja. Probablemente, la falta de recursos económicos que caracteriza a estas mujeres y la necesidad de una independencia, en este sentido, les obliguen a aceptar cualquier tipo de trabajo.

Por último, resaltar que casi la mitad de las mujeres evaluadas (48.5%) manifiesta no disponer de una **red social de apoyo en la actualidad**, lo que sería un fiel reflejo, bien de la situación de aislamiento a la que se han visto sometidas durante tanto tiempo y que perdura a pesar de estar separadas del agresor, o bien de la necesidad de abandonar su ambiente habitual para intentar escapar y no ser detectada por el agresor. En este punto vuelven a surgir entre los grupos diferencias que merecen ser comentadas. En el grupo de mujeres españolas, casi un 70% refiere disponer de una red social de apoyo en el momento de la evaluación, lo que es congruente con los resultados de los estudios llevados a cabo con muestras españolas (Amor et al., 2002; Arinero y Crespo, 2004; Rincón et al., 2004). Sin embargo, el porcentaje de mujeres inmigrantes que cuenta con apoyo a nivel social es mucho menor. Sin duda, la migración es una



situación de cambio vital que supone para estas mujeres una importante pérdida de la red de apoyo en el país de origen y que les exige un sobreesfuerzo en su readaptación a todas las áreas de la vida en general y al área social en particular. Prueba de ello es que la mayoría (80.8%) lleva más de dos años viviendo en nuestro país y casi un 85% afirma no disponer de una red de apoyo social. Por un lado, la readaptación de estas mujeres a una nueva sociedad resulta, si cabe, más complicada por la dificultad de legalizar su permanencia en nuestro país. Recordar que casi un 31% de ellas o está tramitando su situación o es ilegal en nuestro país, pudiendo la falta de papeles en regla un factor que contribuye al aislamiento de estas mujeres. Por otro lado, casi el 50% de las participantes inmigrantes de este estudio trabaja en el servicio doméstico, lo que les obliga a vivir como internas en la casa en la que prestan sus servicios. Sin duda, la escasez de oportunidades para establecer contactos sociales estaría contribuyendo a esta falta de redes de apoyo en esta población. Finalmente, el porcentaje de mujeres mexicanas que refiere no contar con apoyo en el momento de la evaluación, si bien no es tan alto como en el caso de las inmigrantes, sí lo es comparación con las españolas. En una sociedad todavía muy tradicional como es la mexicana y como ha venido siéndolo la española (aunque esta última ha experimentado importantes cambios en los últimos años), con una importante presión religiosa, que defiende el vínculo conyugal para toda la vida, que penaliza socialmente la ruptura del matrimonio y en la que prevalecen creencias como que “la mujer debe aguantarlo todo y autosacrificarse a favor del bienestar y la unidad familiar”, la decisión de separarse y/o divorciarse de la pareja, a menudo, estigmatiza a las víctimas y las aísla a nivel social. Así bien, en México es frecuente que las mujeres maltratadas que hacen pública su decisión de separarse para escapar de la violencia reciban mensajes de su entorno social y familiar más cercano, que desaprueben esta decisión y que les recuerden su obligación de aguantar la violencia y cumplir con sus deberes de esposa y madre, desalentando a las víctimas a dar el paso.

Para concluir este apartado es conveniente señalar que el apoyo social se ha mostrado la variable más relevante para predecir el desarrollo del TEPT (Brewin et al., 2000).

En definitiva, este recorrido por las distintas características sociodemográficas de las participantes en el estudio deja al descubierto el contexto tan desfavorable al que, a menudo, deben enfrentarse estas mujeres -falta de apoyo social, bajo nivel económico, dificultad de acceso al mundo laboral y excesivas cargas- y que va a dificultar su readaptación a la nueva situación.

### 18.1.2 Características e historia de la violencia doméstica

El análisis de las características de la violencia, en concreto, el maltrato físico sufrido por la mayoría de las participantes, la cronicidad, la instauración temprana en la relación de pareja y la alta frecuencia de la violencia, así como la ausencia de una red de apoyo social y/o familiar durante todo este tiempo, serían indicadores de la dramática situación vivida por estas mujeres y por muchos de sus hijos a lo largo de estos años. Asimismo, las denuncias interpuestas por las víctimas, las salidas del hogar, los antecedentes de violencia y las experiencias previas de malos tratos serían otros aspectos importantes, que pasan a ser comentados en los siguientes párrafos.

En primer lugar, se va a hacer alusión a la **situación de la víctima respecto al agresor**. Un dato significativo es que, a pesar de los numerosos obstáculos que encuentran las mujeres maltratadas para acabar con la relación, la mayoría de las participantes de este estudio no convivía con el agresor (74.8%) en el momento de la evaluación. No obstante, un 35.9% de ellas continuaba dependiendo económicamente de él. De los tres grupos de mujeres, son las españolas (31.8%), frente a las inmigrantes y mexicanas (23.1% y 20%, respectivamente) las que con mayor frecuencia continúan conviviendo con el agresor y/o dependiendo económicamente de él (52.3%, frente a un 15.4% de las inmigrantes y un 30% de las mexicanas), lo que estaría relacionado con un mayor porcentaje de mujeres en este grupo sin un trabajo extradoméstico, tal y como se ha señalado anteriormente.

En cuanto al **tipo de violencia**, destacar que un 90.3% de las mujeres (un 84.1% de las españolas, un 92.3% de las inmigrantes y un 96.7% de las mexicanas) afirmó haber sido víctima de violencia física, porcentaje superior al encontrado en estudios anteriores (Amor et al., 2002; Rincón et al., 2004). Además, más de la mitad de ellas (en concreto, el 45.5% de las españolas, el 77% de las inmigrantes y el 70% de las mexicanas) habían sido forzadas sexualmente por el agresor. El carácter vejatorio y humillante de la violencia sexual, como se sabe, parece aumentar la probabilidad de desarrollo del TEPT y correlacionar positivamente con la gravedad del mismo (Amor et al., 2002; Bennice, Resick, Mechanic y Astin, 2003).

El porcentaje de mujeres españolas forzadas sexualmente por su pareja es bastante alto si se compara con el encontrado en otras investigaciones realizadas en nuestro país. En el estudio de Amor et al. (2002) un 37% de las participantes habían recibido violencia sexual; en el estudio de Fontanil et al. (2002) un 40% y en los estudios previos llevados a cabo por el equipo de investigación de la autora de este trabajo, únicamente un 12.8% de las mujeres habían sido víctimas de este tipo de agresiones (Rincón et al., 2004). La violencia sexual es más difícil de identificar y es, a menudo, minimizada por las víctimas que creen que, aún sin desearlo, es un deber u obligación acceder a tener relaciones sexuales con su pareja, con independencia del

comportamiento de ésta, incluso de un maltrato intenso. Por tanto, llama la atención, no sólo el alto porcentaje de participantes en este estudio que ha sido víctima de violencia sexual, sino también el alto porcentaje de ellas que tiene conciencia de haber recibido este tipo de vejaciones.

Las tres características fundamentales de la historia de malos tratos son la prolongada duración de la violencia, su aparición desde los primeros momentos de la relación (noviazgo, convivencia o nacimiento del primer hijo) y la alta frecuencia con la que han ocurrido los episodios violentos.

La **duración** media del maltrato en las participantes del estudio ha sido de 13 años, duración similar a la encontrada en otros trabajos (Amor et al., 2002), y superior a la hallada en un estudio previo llevado a cabo por el equipo de investigación al que pertenece la autora de este estudio (Rincón, 2003), en el que la duración media de la violencia había sido, aunque con mucha variabilidad, de 7.5 años. Asimismo, habría que destacar que casi una cuarta parte de las mujeres había sido expuesta a este tipo de violencia durante más de 20 años. Esta larga duración, sin duda, pone de relieve la cronicidad de los problemas de las víctimas, entre ellos el TEPT.

El maltrato fue de **instauración temprana** en todos los casos; así pues, en el 55.4% de la muestra la violencia comenzó en el noviazgo, en un 21.4% en el primer año de convivencia, en un 8.7% en los meses de gestación del primer hijo y en el 10.7% restante inmediatamente después del nacimiento del primer hijo. A partir de este momento, el maltrato se instauró como un patrón de comportamiento habitual y aceptado en la relación de pareja de estas mujeres. Así lo reflejaría la alta **frecuencia de la violencia**, en concreto, el 71.8% de las participantes refirió que las agresiones tenían lugar diariamente. La aceptación de la violencia como una conducta habitual en la relación de pareja podría ser uno de los factores explicativos de la decisión tardía de estas mujeres de separarse del maltratador, que se traduce en la larga duración de la historia de maltrato, tal y como se ha señalado anteriormente. Con todo, es de destacar que, a pesar de la existencia de maltrato ya durante el noviazgo, se haya continuado con la relación. ¿Qué razón puede tener una persona para formalizar su relación con una pareja que la maltrata?. Probablemente, los factores cognitivos tengan un gran peso en un principio. Creencias como que las agresiones no volverán a suceder o que ella ha tenido la culpa y si se comporta bien no la tendrá que maltratar tengan un papel fundamental en la decisión de no romper la relación que acaba de comenzar. En el caso de una relación ya formalizada, otros factores más importantes podrían ser la falta de recursos económicos y de apoyo social. Resultaría interesante establecer una hipótesis, esto es, si las mujeres maltratadas pertenecientes a una clase social más alta, aunque, como se sabe, experimentan porcentajes similares de maltrato, decidirían separarse antes del agresor. Esta hipótesis no puede ser esclarecida en este estudio, ya que en él no están representadas las víctimas de violencia doméstica pertenecientes a un nivel económico alto.

Además, el aislamiento y la falta de **redes de apoyo durante la experiencia de malos tratos** son factores que favorecen que las víctimas continúen con la relación violenta. En este estudio, el 85.4% y el 77.7% de las participantes refirieron no haber contado con apoyo social ni familiar, respectivamente, durante todos los años en los que habían sido víctimas de maltrato. La situación de aislamiento que viven estas mujeres, a las que, de manera progresiva, se les va acotando el contacto con familiares y amigos, unida a la actitud silenciosa que frecuentemente adoptan por el miedo y la vergüenza a desvelar su condición de víctimas, explicarían esta escasa disponibilidad de una red de apoyo a lo largo del maltrato. Pero tal y como se ha señalado anteriormente, esta situación de aislamiento a veces perdura una vez finalizada la relación. En el caso de las mujeres españolas, en el que la mitad de ellas llevaba más de tres meses separada del agresor, parece que esta situación de aislamiento se habría revertido, siendo el grupo donde aparece el mayor porcentaje de mujeres que en el momento de la evaluación refirió disponer de una red de apoyo social. Por el contrario, las mujeres inmigrantes y mexicanas, a pesar de no convivir en su mayoría con el agresor, continuaban sin disponer de este tipo de ayuda.

Otro indicador que reitera la gravedad de los malos tratos sería el hecho de que para la totalidad de las participantes la situación de violencia había supuesto una importante amenaza para su integridad física, lo que había llevado a un 61.2% de ellas a **denunciar la situación** de malos tratos y a un 65% a **salir del hogar** de manera más o menos esporádica, o incluso a acudir a una casa de acogida. El porcentaje de participantes españolas que había denunciado su condición de víctima (66%) es similar al encontrado en estudios recientes de este equipo de investigación y superior al encontrado en estudios más antiguos realizados en nuestro país (Amor et al., 2002), lo que apoyaría la idea de que son cada vez más las mujeres maltratadas que denuncian las agresiones. Asimismo, y a pesar de las barreras sociales y legales que en México encuentran las víctimas de este tipo de violencia, destaca que un porcentaje significativo de mujeres (50%) había denunciado el maltrato. Finalmente, señalar que son las participantes inmigrantes las que más habían denunciado la violencia. Quizá, el elevado nivel cultural de las mujeres inmigrantes de este estudio ha favorecido que estén mejor informadas y decidan hacer uso de sus derechos como víctimas. Asimismo, que casi el 70% tuviera papeles en regla. Por el contrario, la situación de ilegalidad no ayuda a que estas mujeres denuncien la violencia, ya que supondría mostrar a los cuerpos y fuerzas de seguridad su situación irregular.

Por otro lado, la **violencia** había sido **extendida a los hijos** en más del 65% de los casos, bien como testigos (36.3%) o como víctimas directas de ella (29.8%). En el grupo de mujeres mexicanas, el maltrato afectó al 80% de los hijos, reconociendo el 20% de las participantes haber sido ellas mismas las causantes de la violencia. En los otros dos grupos, únicamente una mujer española reconoció haber maltratado a sus hijos. Sin ninguna intención de justificar este tipo de comportamiento, cabe señalar que en todos los casos se trataba de mujeres

con una elevada sintomatología de TEPT, que debían hacerse cargo, sin ningún tipo de apoyo, de la crianza de sus hijos y con escasas habilidades de resolución de conflictos.

Si bien, el ser víctima de maltrato por parte de uno de los progenitores provoca graves consecuencias en la salud mental de los hijos, el sólo hecho de presenciar la violencia doméstica también puede ser considerado como una forma de victimización, con consecuencias igual de devastadoras, que requieren necesariamente una atención especializada. Así pues, es frecuente que los hijos que han experimentado este tipo de violencia presenten importantes alteraciones emocionales y graves trastornos de conducta. Muestra de ello es que casi el 8% de las mujeres de este estudio reconoció estar siendo víctima de malos tratos a manos de su propio hijo en la actualidad. Esto nos acerca al tema de la transmisión intergeneracional de los malos tratos y, más en concreto, al modelo de aprendizaje social de Bandura (1977), que plantea que los niños aprenden, a través del condicionamiento conductual directo y por imitación, aquellas conductas que observan o que son reforzadas. En este sentido, los hijos de las mujeres maltratadas crecerían en un hogar en el que las agresiones del padre constituyen un patrón de comportamiento no sólo aceptado, sino también, considerado como eficaz en la resolución de conflictos. Por tanto, si no se puede afirmar que todos los niños que son testigos de violencia en su familia de origen se van a convertir en maltratadores en la edad adulta, sí se puede afirmar, tal y como lo hacen algunos autores (Black et al., 1999; O'Leary, 2005; Riggs, Caufield y Street, 2000; Walker, 2006) que la exposición durante la infancia a la violencia doméstica constituye un factor de riesgo para la perpetración de malos tratos contra la pareja en la edad adulta. Por supuesto, en este contexto la violencia se aprende y se asume como una forma de afrontar las situaciones problemáticas.

Desde la perspectiva de los **antecedentes familiares**, un 40.8% de las participantes refirió haber sido testigo de violencia en su familia de origen. En este punto merecen especial atención las diferencias entre los grupos. Así pues, en la muestra de mujeres españolas, únicamente un 22.7% había sido expuesta, como testigo, a violencia doméstica en su familia de origen, resultados que son congruentes con los encontrados en los estudios ya revisados (Amor et al., 2002; Echeburúa et al., 1997a; Rincón, 2003) y que no apoyarían la idea de que la mayoría de las mujeres maltratadas tienen antecedentes de este tipo de violencia en su familia de origen. Este porcentaje es algo superior en el grupo de mujeres inmigrantes (46.2%), pero sobre todo lo es en el grupo de mujeres mexicanas. La mayoría de ellas (63.3%) refirió haber sido testigo de los malos tratos perpetrados por su padre contra su madre.

Pero, además de ser testigo de este tipo de violencia (que como se ha señalado, es una forma de victimización), el 70% de las mujeres mexicanas había sido **víctima de violencia en relaciones anteriores**, siendo en un 60% de los casos ejercida por uno o ambos progenitores. Llama mucho la atención que un 36.7% de las mujeres mexicanas refiriera que había sido su

propia madre la causante del maltrato. Asimismo, para un porcentaje elevado de las mujeres inmigrantes y españolas (alrededor del 38%), el maltrato a manos de su pareja o ex pareja no era la primera experiencia de violencia, siendo los padres o una pareja anterior los agentes más frecuentes de este tipo de agresiones en el pasado. De esto se deduce que muchas de las mujeres de este estudio habían estado expuestas durante gran parte de su vida a un alto nivel de estrés derivado de situaciones de violencia, lo que podría explicar parcialmente la gravedad de la sintomatología que presentan.

Finalmente, es preciso resaltar, tal y como ha quedado en evidencia con los resultados, el elevado nivel de violencia en el seno de las familias mexicanas de este estudio, violencia que es ejercida no sólo contra la mujer, sino también contra los hijos, y no sólo a manos del varón, sino también de la mujer. La familia destaca como uno de los focos principales de aprendizaje y transmisión del maltrato, bien porque es la forma de interacción que se transmite, bien porque es el tipo de conductas de afrontamiento que se aprenden para manejar situaciones de conflicto familiar. Esta situación tan preocupante, insta a la urgente puesta en marcha de programas de información y sobre todo de prevención, con el objeto de impedir la perpetuación de estos patrones de interacción dentro del núcleo familiar.

### **18.1.3. Características psicopatológicas**

Dado que era el principal criterio de inclusión en este estudio, todas las participantes padecían **trastorno de estrés postraumático crónico**, según criterios DSM-IV-TR (APA, 2000), como consecuencia de la exposición prolongada a la violencia doméstica. Desde una perspectiva dimensional, es importante resaltar el alto grado de intensidad con que se manifiesta el TEPT antes de la intervención psicológica en la muestra total de mujeres, probablemente debido a la gravedad, intensidad y cronicidad de la violencia experimentada. Así lo reflejan las elevadas puntuaciones obtenidas por las participantes en el estudio, tanto a nivel global (media = 31.75), como en los principales grupos de síntomas, a saber: reexperimentación (media = 8.74), evitación (media = 12.8) e hiperactivación (media = 12.27), que se sitúan muy por encima de los puntos de corte establecidos en la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (15 para la escala global y 5, 6 y 4 para las subescalas de reexperimentación, evitación e hiperactivación, respectivamente). Asimismo, son muy superiores a las puntuaciones encontradas en otros estudios (Amor et al., 2002; Echeburúa et al., 1996, 1997a; Rincón et al., 2004). El nivel de intensidad del TEPT experimentado por las mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas es alto, sobre todo en este último grupo de mujeres, aunque las diferencias no alcanzan la significación estadística.

Un análisis más preciso de la sintomatología de TEPT en la muestra total de participantes permitiría diseñar un perfil diferencial de este cuadro clínico cuando es la violencia

doméstica el acontecimiento traumático. Los resultados revelan que, en conjunto, los síntomas de hiperactivación son los que con mayor frecuencia manifiestan las mujeres de este estudio. En concreto, casi un 75% de ellas manifestaba síntomas de aumento de la activación. Teniendo en cuenta cada síntoma por separado, serían los recuerdos intrusivos, el malestar psicológico ante estímulos que recuerdan el suceso traumático, la evitación cognitiva y emocional de todo aquello asociado al trauma, la apatía, el embotamiento afectivo, la sensación de futuro desolador y la dificultad de concentración los más frecuentes, manifestándose en más del 80% de las participantes. Los síntomas de evitación son los menos frecuentes, especialmente la evitación conductual de los estímulos asociados al trauma y la amnesia eventual. De la misma manera, los sueños intrusivos y los *flashback* no suelen presentarse en este tipo de víctimas, lo que es congruente con otros estudios llevados a cabo en nuestro país (Echeburúa et al., 1998; Rincón et al., 2004).

De manera lógica parece acertado pensar que fueran los síntomas de evitación, sobre todo la evitación conductual, los menos frecuentes y, por el contrario, los de hiperactivación y reexperimentación los que mejor caractericen el TEPT en este tipo de víctimas, tal y como se desprende de los resultados de esta investigación. Dado que la ocurrencia de los episodios de violencia se limita normalmente al propio hogar de la víctima, la única conducta de evitación que cabría esperar sería el abandono definitivo del domicilio. No obstante, esta decisión es tomada tras muchos años de permanencia en la relación violenta. Además, en muchos casos, sobre todo cuando hay denuncias por violencia e hijos menores o dependientes económicamente, es la víctima la que continúa viviendo en el domicilio conyugal y el agresor el que lo abandona. Por tanto, la evitación de lugares que rememoran el suceso, esto es, el hogar de la víctima resulta paradójico. Por otro lado, la imposibilidad en estas mujeres de predecir y controlar la ocurrencia de los episodios violentos, su percepción de vulnerabilidad, así como la ruptura de su marco de seguridad previo, que supone el hogar como el lugar supuestamente más tranquilo para la víctima, podrían explicar el estado permanente de hiperactivación e hipervigilancia que manifiestan estas mujeres, que estaría funcionando como una respuesta de alarma ante el temor y la posibilidad de sufrir una nueva agresión. Esta misma situación de vulnerabilidad es vivida no sólo por las mujeres que conviven con el agresor, sino también por las que han decidido separarse, que, como se ha señalado, es casi el 75% del total de las participantes de este estudio. En este sentido, a pesar de que casi un 50% de ellas llevaba más de seis meses separada del agresor, un 42.7% refirió haber sido víctima de malos tratos en el último mes y casi un 30% en los últimos seis meses. Esto vendría a confirmar la idea de que la separación del agresor no garantiza el cese de la violencia (Labrador y Alonso, 2005; Llorente, 2001), incluso aunque la víctima tenga una orden de alejamiento (Logan, Shannon y Walker, 2005). Por tanto, es esperable que estas mujeres, que han estado expuestas de manera constante,

intermitente e impredecible al maltrato, que han optado por la difícil y única salida para acabar con la violencia, esto es, abandonar al agresor y que, aún así, continúan experimentando nuevas agresiones, sigan manifestando un alto nivel de hiperactivación, en particular, y una grave sintomatología postraumática, en general. Finalmente, la exposición prolongada y repetida a los episodios agresivos explicaría la frecuente presencia de recuerdos intrusivos relacionados con el maltrato. Para estas mujeres muchas situaciones del hogar estarían funcionando como estímulos condicionados, que dispararían recuerdos relacionados con la violencia.

En estas circunstancias y a pesar de estar separadas del agresor, muchas víctimas experimentan cómo su sintomatología no mejora y sienten la necesidad de tomar medidas más drásticas, como cambiar de domicilio para evitar que todo lo que hay dentro de él les recuerde el maltrato y para que el agresor no sepa su ubicación y no pueda seguir agredirlas.

Además de los síntomas de hiperactivación y reexperimentación, son muy frecuentes en las participantes del estudio los síntomas de embotamiento emocional, sobre todo la apatía, la restricción de la vida afectiva y la sensación de futuro desolador, que son manifestados por aproximadamente un 80% de ellas. La marcada disminución del interés por llevar a cabo actividades que antes resultaban gratificantes en víctimas de violencia doméstica ha sido encontrada en otros estudios ya mencionados (Echeburúa et al., 1998; Rincón et al., 2004). No así, la restricción de la vida afectiva (Echeburúa et al., 1998) o la sensación de futuro desolador (Rincón et al., 2004). No obstante, nuevamente parece lógico pensar que, dado que el acontecimiento traumático es perpetrado por la persona con la que la víctima está o ha estado unida por una relación de afectividad y con la que tiene o tenía un proyecto de vida en común, la violencia suponga para ella una ruptura de su esquema previo sobre la pareja y sobre su proyecto de vida futuro, construido en buena medida en torno a la relación de pareja. Por tanto, es esperable que todo esto afecte a su capacidad para implicarse emocionalmente y, más aún, para volverse a enamorar o plantearse un futuro que implique nuevamente convivir en pareja o tener más hijos.

En definitiva, de esta investigación se desprende que el perfil del TEPT en víctimas de violencia doméstica se caracteriza principalmente por síntomas de hiperactivación, reexperimentación y embotamiento afectivo. Sin embargo, la actual conceptualización de los síntomas del TEPT que ofrece el sistema de clasificación del APA no puede recoger de manera fiel este perfil, ya que no contempla el embotamiento afectivo como un criterio diagnóstico diferente, sino que aparece incluido dentro del criterio de evitación. Por tanto, estos datos parecen apoyar las voces que defienden la existencia de cuatro dimensiones y no tres en el TEPT, frente a la propuesta del APA (Amur y Liberzon, 2001; Asmundson et al., 2000; Buckley et al., 1998; King et al., 1998; Taylor et al., 1998).



Apenas se han encontrado diferencias en la sintomatología del TEPT entre el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas. Se podría señalar que en el grupo de mujeres españolas y mexicanas son los síntomas de hiperactivación los más frecuentes, mientras que en el de inmigrantes lo son los síntomas de reexperimentación. La menor presencia de síntomas de hiperactivación en las mujeres inmigrantes podría ser debida, probablemente, al alejamiento del contexto en el que estaban siendo maltratadas y del agente perpetrador de las agresiones. Recordar que un 30% de las mujeres había salido de su país para escapar del agresor. Las diferencias más marcadas aparecen en la dificultad para conciliar el sueño y en los problemas de concentración. En relación a los síntomas menos frecuentes, no parece haber diferencias en función de la nacionalidad de las participantes, apareciendo los sueños desagradables y repetitivos sobre el maltrato, la presencia de *flashbacks* y la amnesia como los síntomas menos frecuentes.

Por tanto, parece que la experiencia de violencia provoca una sintomatología postraumática similar en los tres grupos de mujeres, independientemente de su nacionalidad.

Asimismo, el análisis de la sintomatología de TEPT en función de ciertas características relevantes de la violencia arroja algunas diferencias, que sin llegar a resultar estadísticamente significativas, merecen ser comentadas. Así pues, las mujeres que han sido maltratadas física y psicológicamente y, además, obligadas a establecer relaciones sexuales, presentan mayor gravedad del TEPT que aquéllas que han recibido malos tratos físicos y psicológicos o únicamente psicológicos. Por tanto, este hallazgo viene a confirmar lo que otros autores defienden, esto es, que el carácter vejatorio y humillante de la violencia sexual parece correlacionar positivamente con la gravedad del TEPT (Amor et al., 2002; Bennice et al., 2003; Dutton et al., 2005). Por otro lado, las mujeres que llevan más de seis meses separadas del agresor presentan mayor gravedad del TEPT que aquéllas que conviven con él o que llevan menos de seis meses separadas. Por el contrario, en el estudio de Amor et al. (2002) eran las mujeres maltratadas que se habían separado hacía más de seis meses las que mostraban una menor gravedad de la sintomatología postraumática. Una posible explicación a los resultados encontrados en esta investigación podría ser que estas mujeres continuaran siendo víctimas de nuevos episodios violentos, de la misma manera que las que viven con el agresor o las que se acaban de separar, ya que, como se sabe, la separación no garantiza el cese de la violencia. Pero, ¿por qué mayor gravedad del TEPT en las mujeres separadas hace más de seis meses?. Se podría entender siguiendo la línea de lo que señala Lorente (2001), esto es, que el agresor, al percibir que la víctima no regresa con él, a menudo aumenta el control sobre ella, acosándola, amenazándola o sometiéndola a vejaciones, aunque no de manera tan frecuente por una cuestión de oportunidad, sí de forma mucho más grave, tanto por las lesiones que producen estas agresiones como por las consecuencias psicológicas que conlleva para la víctima el comprobar

que ni separándose del agresor consigue salir del infierno que venía viviendo. De hecho, del total de participantes separadas del agresor hacía más de seis meses, un 67.5% había sido maltratada en el último medio año. La percepción de la mujer de que ni con la separación pone fin a su maltrato, llevaría a incrementar su pesimismo e, inclusive, su vigilancia, al comprobar que puede ser víctima de nuevos, impredecibles y más graves episodios violentos. Pero, si esto no es solución, ¿qué posibilidades le quedan?.

Otras de las diferencias surgen al analizar la sintomatología en función del apoyo social. Como se ha encontrado en otros estudios (Amor et al., 2002), las mujeres sin una red de apoyo presentan mayor gravedad del TEPT que aquellas que refieren disponer de ella. También, las mujeres con denuncias en curso, que tienen que presentarse a juicios en los que frecuentemente se enfrentan a un agresor que manifiesta conductas indiferentes, desafiantes o, incluso, burlescas, presentan mayor gravedad del TEPT. Finalmente, el haber sido víctima de malos tratos en relaciones anteriores parece estar relacionado con una mayor gravedad del TEPT. Tal y como señalan Messman-Moore, Long y Siegfried (2000) el haber vivido malos tratos en la familia de origen, siendo éste el escenario principal de las agresiones previas sufridas por las participantes del estudio, está relacionado con una mayor gravedad del TEPT.

En cuanto al resto de las **variables psicopatológicas**, en general, todas las participantes, independientemente de su nacionalidad, presentaban un nivel muy elevado de síntomas psicopatológicos en el momento de la evaluación. La gravedad de la violencia, por un lado, y el efecto tan devastador y deteriorante del TEPT, que afecta y desorganiza la totalidad de la vida de la persona, por el otro, explicarían la intensidad de la sintomatología asociada manifestada por las participantes de este estudio. En concreto, el 50% de las participantes presentaba diagnóstico de depresión grave antes de la intervención, siendo las manifestaciones conductuales de este cuadro clínico, a saber, la apatía, la pérdida de interés en actividades gratificantes, la dificultad para conciliar el sueño etc., las más graves en este tipo de víctimas. Asimismo, la puntuación media en el Inventario de Depresión de Beck es muy superior al punto de corte establecido en el instrumento. Son las mujeres españolas las que obtienen una puntuación menor en comparación con las inmigrantes y mexicanas, pero en comparación con los estudios llevados a cabo con mujeres maltratadas con TEPT resulta similar (Rincón, 2003) o superior (Echeburúa et al., 1996; Kubany et al., 2004). Las mujeres mexicanas, al igual que en el TEPT, son las que obtienen la mayor puntuación en depresión.

La gran mayoría de las participantes presentaba, además, un nivel grave de ansiedad. También, una baja autoestima, lo que no permite afirmar que las víctimas de violencia doméstica sean mujeres con una baja autoestima, pero sí que la experiencia de malos tratos deteriora significativamente, tal y como cabría esperar, la autoestima de estas mujeres. Señalar que es en el grupo de mujeres inmigrantes donde aparece el mayor porcentaje de mujeres con

una alta autoestima. Quizá la valentía de estas mujeres para salir de su país de origen y enfrentarse con hijos a una nueva realidad, a la que no le faltan dificultades y para lo que no cuentan con apoyo, explique que su autoestima, a pesar de estar deteriorada, no lo esté tanto como en el caso de las mujeres españolas y mexicanas.

Aisladas del mundo laboral, sin el derecho a decidir qué hacer durante su tiempo libre, teniendo prohibidos los contactos con familiares y amigos y sufriendo un grave malestar psicológico, es esperable que estas mujeres presenten, además, un deterioro significativo en el nivel de adaptación a las diferentes áreas de la vida cotidiana, tal y como queda reflejado en esta investigación.

Respecto a las cogniciones postraumáticas, son los pensamientos negativos acerca del mundo los que con mayor frecuencia presentan las mujeres de este estudio. Principalmente, aquellos que califican al mundo como un lugar peligroso y amenazante, en el que no se puede predecir quién puede provocar daño, cogniciones que estarían justificadas a la luz de la violencia vivida, y por el hecho de ser perpetrada por la persona más cercana y, supuestamente, de mayor confianza. En el caso de las mujeres mexicanas era esperable encontrar una puntuación mayor a la de las mujeres españolas e inmigrantes. Se puede afirmar que muchas de las mujeres mexicanas no han experimentado una realidad sin violencia; vivieron una infancia marcada por el maltrato, un 30% fue agredida sexualmente en algún momento de su juventud y al llegar a la edad adulta, su pareja no deja de agredirlas. Por tanto, sobran razones a estas mujeres para pensar, en el mejor de los casos, que el mundo es peligroso y que cualquier persona puede hacerles daño. En el mejor de los casos, porque en ocasiones las mujeres se responsabilizan a sí mismas de estas atrocidades.

En el grupo de mujeres inmigrantes es donde aparecen las puntuaciones más bajas en el Inventario de Cogniciones Postraumáticas, sobre todo en la subescala de autoinculpación y en la de sí mismo. El bajo nivel de cogniciones postraumáticas sobre sí mismo es congruente con una mejor puntuación en autoestima y viene a confirmar la idea de que estas mujeres, por el hecho de haber sido capaces de emigrar de su país e intentar adaptarse a un nuevo entorno, tengan una visión de sí mismas menos deteriorada. Las puntuaciones más bajas en la subescala de autoinculpación indicarían que estas mujeres no han aceptado que ellas son las culpables de la violencia a la que han estado sometidas, ni las responsables del comportamiento violento del agresor.

Finalmente, comentar que ninguna de las participantes presentaba abuso de alcohol y drogas en el momento de la evaluación, siendo la presencia de este tipo de problemas uno de los criterios de exclusión de este estudio. Por tanto, ninguna de las participantes fue excluida de la investigación por este motivo.

La descripción psicopatológica de las participantes de este estudio confirma el carácter altamente invalidante del trastorno de estrés postraumático, que afecta al nivel de autoestima, de ansiedad, al estado de ánimo y al sistema de creencias previo, provocando un deterioro significativo del funcionamiento global de estas víctimas. Parece lógico pensar, por tanto, que estas mujeres, que presentan un alto nivel de inadaptación en el desempeño de las actividades cotidianas como consecuencia del TEPT, tengan muchas dificultades para poder “normalizar” su vida y poder hacer frente a los problemas o retos cotidianos con una mínima eficacia. En consecuencia, resulta fundamental abordar el TEPT desde el principio y de forma específica, ya que sólo superado éste, la persona tendrá la capacidad y los recursos para poder hacer frente a los retos de la vida cotidiana y desarrollar una nueva adaptación a su medio.

## 18.2. TRATAMIENTO

En cuanto al segundo núcleo de discusión, esto es, la eficacia del tratamiento, resaltar que es este el punto central del trabajo que se presenta, ya que lo que se ha pretendido ha sido evaluar la eficacia de un programa de intervención para mujeres víctimas de violencia doméstica, ajustado específicamente a las características psicopatológicas que presentan, esto es, al trastorno de estrés postraumático.

### 18.2.1 *Participación en el tratamiento*

En primer lugar, cabe destacar como un indicador de éxito en la eficacia de la intervención, la alta **adherencia al tratamiento** de las mujeres de este estudio. Así pues, únicamente trece mujeres abandonaron el tratamiento tras las tres primeras sesiones (14.8%), siete de ellas eran españolas, tres inmigrantes y otras tres mexicanas. Es una tasa de abandono baja si se compara con la encontrada en otros estudios anteriores (Kubany et al., 2004; Rincón, 2003), en los que la tasa de abandono se situaba alrededor de un 25%. Asimismo, los estudios llevados a cabo con inmigrantes indican que esta población abandona el tratamiento en un porcentaje especialmente elevado. Achotegui (2002) señala que en la intervención con inmigrantes no está garantizada la continuidad del tratamiento, ya que viven a menudo situaciones muy inestables a nivel de legalidad, trabajo, vivienda, etc., que dificultan su asistencia. Por tanto, teniendo en cuenta, por un lado, lo encontrado en otros estudios y, por otro, lo difícil que resulta la formación de grupos con este tipo de población, cabría resaltar la alta adherencia al tratamiento de las participantes de estudio como un primer indicador de la eficacia del programa.

El abandono del tratamiento fue justificado en la mayoría de los casos por razones “de fuerza mayor”, que fueron puestas en conocimiento de la terapeuta. Concretamente, seis mujeres abandonaron el grupo al no poder compatibilizar su horario con el del trabajo. Una incapacidad

y la necesidad de cuidar a un hijo enfermo en el horario de grupo fueron otras de las razones aludidas por las mujeres. Si bien la intervención en formato grupal tiene ventajas frente al formato individual, que serán abordadas más adelante, puede presentar también algunas desventajas, como el tener que ajustar el horario del tratamiento a la disponibilidad de la mayoría de las participantes, con el inconveniente de que algunas no puedan asistir, o les surjan imprevistos a lo largo de la intervención que les obliguen a abandonarla. También en algunos casos, el tener que soportar un tiempo de espera para iniciar el tratamiento hasta que se haya formado el grupo. Cuando el número de participantes es excesivamente reducido, puede suceder, además, que el abandono de alguna de ellas impida la continuidad del grupo y obligue a derivar, en el caso de que quede una única participante, a terapia individual, como ha ocurrido en este trabajo.

El análisis de la muestra que abandona el tratamiento arroja resultados interesantes. Concretamente, la mayoría de estas mujeres refiere pertenecer a un nivel socioeconómico bajo y estar en situación de desempleo en el momento de la evaluación. Por un lado, se podría pensar que las mujeres paradas van a tener una mayor disponibilidad horaria para asistir al grupo en comparación con las que trabajan, pero, por otro, es esperable que sean las que más probabilidad tengan de abandono, ya que, dada su precariedad económica, necesitan aprovechar cualquier oportunidad laboral que les surja y que podría impedir su continuidad en la terapia. Hay que resaltar, además, que estas mujeres obtienen puntuaciones de TEPT, depresión, ansiedad y cogniciones postraumáticas menores en comparación con las mujeres que no abandonan. Es posible también que el “menor malestar” que presentan estas mujeres esté relacionado con su abandono.

En cuanto a la **asistencia a las sesiones** se refiere, destacar que más del 80% del total de las participantes asistió a siete o más sesiones de tratamiento. Teniendo en cuenta la difícil situación que atraviesan estas mujeres, la asistencia regular es, sin duda, otro claro indicador del éxito de la intervención. No hay que olvidar que la participación en el tratamiento suele coincidir con un momento especialmente difícil para las víctimas, ya que muchas de ellas se acaban de separar o están en trámites de separación, lo que les obliga a dedicar mucho tiempo y esfuerzo a rehacer su vida, buscar trabajo, desarrollar nuevas redes de apoyo social, cuidar a los hijos en solitario, acudir a abogados y juicios para tramitar la separación, etc. Sin embargo, la dificultad del momento por el que atraviesan y la gran cantidad de obligaciones a las que diariamente deben enfrentarse, no han impedido que las participantes de este estudio asistieran con regularidad al tratamiento. Aún más complicada es, si cabe, la situación de las mujeres inmigrantes, que como se ha señalado, se enfrentan a una exigente situación de cambio vital y de readaptación a una nueva realidad social, haciendo esperable que estas circunstancias pudieran interferir en su adherencia al tratamiento. De hecho, este aspecto fue una de las posibles

dificultades que fueron previstas antes de la implantación del programa en esta población. Achotegui (2002) señala que las personas de otras culturas, como es el caso de las mujeres inmigrantes y mexicanas de este estudio, no están acostumbradas a dedicar un tiempo a tratar sus asuntos personales, y es frecuente que acudan a tratamiento pensando que se tratará de una única sesión y no de un proceso de varias sesiones, como es la intervención que aquí se presenta. Por tanto, éste podría ser un factor que dificulte el desarrollo del programa, aunque sea breve, en poblaciones de otras culturas.

Finalmente, hay que señalar como un indicador importante de participación en el programa, que la mayoría de las mujeres llevara a cabo más del 65% de las **tareas asignadas para casa**, y únicamente una mujer cumpliera menos del 50% de ellas. Considerando, por un lado, el elevado número de tareas asignadas a lo largo de las sesiones, concretamente quince, y por otro, nuevamente la difícil situación que atraviesan estas mujeres, el hecho de que la mayoría de ellas cumpliera con un alto porcentaje de las mismas es reflejo de su motivación y de su compromiso con el programa de intervención. No obstante, puesto que solamente un 14% de las mujeres realizó la totalidad de las tareas, procede plantearse la idoneidad de incluir un número tan elevado en un programa de intervención breve, como es el que aquí se presenta. En este sentido, se podría contemplar en futuras investigaciones la reducción del número de tareas para casa, aunque, por otro lado, resulta muy complicado, ya que éstas corresponden a las técnicas trabajadas en sesión y que constituyen, además, los componentes fundamentales del tratamiento del TEPT. Por lo tanto, más que reducir el número de tareas, parece necesario realizar un trabajo previo de motivación de las participantes y convencimiento del carácter fundamental de las tareas para casa, con el objeto de que sean llevadas a cabo a lo largo de la intervención.

### 18.2.2 Eficacia de la intervención

A la luz de los **resultados de la intervención** se puede concluir que el tratamiento ha sido más eficaz en la reducción de la sintomatología de estrés postraumático y sintomatología concomitante al TEPT que la ausencia de tratamiento. En concreto, las participantes del grupo de tratamiento han experimentado una mejora significativa en reexperimentación, evitación, e hiperactivación, así como en depresión, ansiedad, autoestima, inadaptación a la vida cotidiana y cogniciones postraumáticas. Por el contrario, en el grupo de no tratamiento no se han encontrado diferencias en ninguna medida de TEPT, ni en las variables asociadas, lo que permite concluir que la mejoría al postratamiento encontrada en el grupo de tratamiento se debe a la intervención llevada a cabo y no al mero paso del tiempo.

De manera más detallada y en relación al *trastorno de estrés postraumático*, principal objetivo de la intervención, los resultados muestran diferencias significativas al postratamiento

en el grupo total de participantes, tanto en la escala global como en cada una de las subescalas de la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT. Pero lo que es más importante, esta mejoría se mantiene en los seguimientos al mes y a los tres, seis y doce meses de concluida la intervención, incluso se incrementa a lo largo del tiempo. Concretamente, en la escala global del TEPT las puntuaciones se reducen de 33.33 en el pretratamiento a 15.7 al postratamiento y a 10.21 en el seguimiento al año; en la subescala de reexperimentación, de 8.91 en el pretratamiento a 4.05 al postratamiento y a 2.44 al año; en evitación, de 13.42 a 6.38 al postratamiento y a 4.43 al año; y en hiperactivación, de 10.75 a 5.42 al postratamiento y a 3.31 en el seguimiento al año.

También aparece una reducción estadísticamente significativa en cada una de las medidas del TEPT en el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas al postratamiento y en cada uno de los seguimientos realizados.

En cuanto a la *sintomatología concomitante* se han encontrado diferencias significativas entre el pretratamiento y el postratamiento en todas las medidas, esto es, en depresión, ansiedad, autoestima, inadaptación a la vida cotidiana y cogniciones postraumáticas en la muestra total de participantes, diferencias que se acentúan en los seguimientos realizados. Concretamente, en depresión las puntuaciones se reducen de 29.27 en el pretratamiento a 13.25 al postratamiento y a 10.36 en el seguimiento al año y en ansiedad de 37.81 a 18.07 al postratamiento y a 13.31 al año. En autoestima las puntuaciones mejoran notablemente: de 24.74 en el pretratamiento a 30.15 al postratamiento y a 30.84 al año de concluida la intervención. En el sumatorio total de la Escala de Inadaptación las puntuaciones se reducen de 24.22 en el pretratamiento a 16 al postratamiento y a 10.25 en el seguimiento al año y en el del Inventario de Cogniciones Postraumáticas de 13.97 a 9.02 al postratamiento y a 7.41 al año.

Asimismo, se ha encontrado una mejoría estadísticamente significativa en la sintomatología concomitante al TEPT en el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas al postratamiento y en cada uno de los seguimientos realizados. No obstante, el grupo de mujeres inmigrantes, si bien muestra diferencias significativas en todas las subescalas de inadaptación a los doce meses de concluida la intervención, no lo hace en algunas de las subescalas al postratamiento y en algunos de los seguimientos. En concreto, las mujeres inmigrantes no experimentan mejoría alguna en el área de pareja entre el pre y el postratamiento, pero sí en los seguimientos al mes, tres, seis y doce meses. La mejoría en el área familiar únicamente alcanza la significación a los tres y doce meses de concluida la intervención, no apareciendo mejoría al postratamiento, ni en el seguimiento al mes y seis meses. En cuanto al área laboral, únicamente aparecen diferencias significativas al postratamiento y en el seguimiento a los 12 meses, no así en los seguimientos al mes, tres y seis meses. Quizá, el reducido tamaño muestral de este grupo de mujeres podría estar relacionado con el hecho de que las diferencias encontradas en algunas medidas entre los distintos momentos de evaluación no

hayan alcanzado la significación estadística. Pero dejando a un lado las limitaciones de orden metodológico, bien se podría pensar que el esfuerzo de readaptación a un nuevo entorno social que exige la condición de inmigrante pudiera estar relacionado con estos resultados. No obstante, en el seguimiento al año el grupo de inmigrantes experimenta una mejora significativa en todas las medidas de adaptación. Teniendo en cuenta las dificultades a las que se enfrenta esta población, podría ser esperable una mayor lentitud en el proceso de recuperación de su nivel de adaptación, tal y como se ha encontrado en esta investigación.

El análisis de los resultados desde el punto de vista de la *significación clínica*, no viene sino a confirmar la eficacia de la intervención. Teniendo en cuenta que el tratamiento del TEPT era el objetivo primordial de esta investigación, debe destacarse en primer lugar que un 68.1% de las participantes que finalizaron el tratamiento se recupera del trastorno al postratamiento y un 85.2% lo hace en el seguimiento a los doce meses. En el grupo de mujeres españolas, 16 participantes (45.7%) continúan cumpliendo criterios de TEPT al postratamiento, pero únicamente 3 (10.3%) lo hacen en el seguimiento a los doce meses. En el grupo de mujeres inmigrantes, un 70% se recupera al postratamiento y las tres mujeres que continúan cumpliendo criterios para el diagnóstico de TEPT tras la intervención se reducen a dos en el seguimiento al año. En el grupo de mujeres mexicanas, únicamente 4 mujeres siguen teniendo TEPT al postratamiento y en el seguimiento a los doce meses de concluida la terapia. Del total de las participantes que completaron el tratamiento, 9 (14 menos que al postratamiento) siguen presentando criterios de TEPT al año de concluida la intervención, frente a las 52 que se recuperan desde el punto de vista clínico.

Asimismo se han producido reducciones clínicamente significativas en cada uno de los grupos de síntomas del TEPT. En concreto, en el total de participantes que completaron el tratamiento, únicamente un 23%, un 19.7% y un 26.2% mostraban síntomas de reexperimentación, evitación e hiperactivación, respectivamente en el seguimiento a los doce meses. En el grupo de mujeres españolas, un 24.1%, 13.8% y 20.7% mantenían síntomas de reexperimentación, evitación e hiperactivación, respectivamente en el seguimiento a los doce meses. En el grupo de inmigrantes los síntomas de reexperimentación, evitación e hiperactivación permanecían en un 25%, 25% y 37.5%, respectivamente, y en el de mexicanas en un 20.8%, 25% y 29.2% de las participantes. Si bien se ha visto que a lo largo del tiempo la mejoría alcanzada al postratamiento experimenta un progresivo incremento, es esperable que esta sintomatología “residual” que continúa presente en el seguimiento a los doce meses vaya remitiendo a largo plazo.

La buena práctica clínica dicta que el mejor tratamiento es aquel del que cabe esperar que mejore tanto el TEPT como los síntomas comórbidos (Foa, Keane y Friedman, 2000). En este sentido, hay que resaltar de esta investigación el cambio clínico que provoca la intervención



en todas las variables concomitantes consideradas, esto es, depresión, ansiedad, autoestima y nivel de inadaptación. En concreto y respecto a la sintomatología depresiva, del 100% de mujeres con depresión al pretratamiento, más de un 40% se recupera al postratamiento y casi un 60% en el seguimiento al año. Es esperable que estas mujeres vayan recuperando progresivamente las actividades gratificantes que, a causa del maltrato, se han visto obligadas a abandonar y que sea éste un factor relacionado con la mejoría alcanzada en el estado de ánimo. En relación a la sintomatología ansiosa, el 100% de las participantes presentaba ansiedad en el pretratamiento según el BAI, siendo al postratamiento un 30.6% y al año casi un 50% las mujeres que no presentan ansiedad. Asimismo, el 25% de las participantes con una alta autoestima en el pretratamiento asciende a un 71% al postratamiento y a un 80% a los doce meses de concluida la intervención. Finalmente, el 100% de las mujeres que se encontraba inadaptada en el pretratamiento se reduce a un 73.6% al postratamiento y a un 34.4% en el seguimiento al año. Estos resultados evidencian nuevamente la mejoría paulatina que experimenta la sintomatología en el tiempo, sobre todo el nivel de adaptación. Esto hace suponer que más a largo plazo la sintomatología que manifiestan estas mujeres en el seguimiento a los doce meses continúe reduciéndose hasta alcanzar niveles de funcionamiento “normales”. Obviamente, conforme logren normalizar su vida, esto es, incorporarse al mundo laboral, construir una red social, implicarse en actividades de ocio, incluso, establecer una nueva relación sentimental, van a mejorar cada vez más. Se podría pensar que en la recuperación de estas víctimas habría un determinado “punto de llegada” que con la intervención psicológica se debe alcanzar. Este punto sería aquél en el que ellas se sientan lo suficientemente bien como para poder “comenzar a caminar solas” en una nueva vida. A partir de ahí, estas mujeres van a lograr su recuperación total de manera paulatina, a medida que vayan construyendo su nueva realidad.

Por otro lado, la mejora en la sintomatología asociada confirma la hipótesis del efecto determinante que tiene el cambio en el TEPT en la mejora de otras áreas y, también de que la sintomatología concomitante parece depender de forma muy estrecha de este problema. Aliviado este problema todo lo demás se modifica de forma más o menos rápida.

Los cambios clínicos experimentados en cada uno de los grupos de participantes apuntan en la misma dirección. Del 100% de las mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas que presentan depresión según el BDI en el pretratamiento, un 31.4% y 62.1% de las españolas se recuperan en el postratamiento y seguimiento al año, respectivamente; un 40% de las inmigrantes lo hace en el postratamiento y un 62.5% en el seguimiento al año; por último, un 55.6% de las mexicanas se recupera en el postratamiento y un 50% al año. Ninguna mujer mexicana, solamente una española, pero un 25% de las inmigrantes presentan un diagnóstico de depresión grave en el seguimiento a los 12 meses. Se podría pensar que las pérdidas que

comporta la migración, al implicar el alejamiento de amigos, familiares, etc., y la escasez de tiempo del que disponen estas mujeres para el desempeño de actividades gratificantes podrían estar relacionadas con el relativo alto porcentaje de participantes inmigrantes con depresión grave encontrado en este estudio.

En relación a la sintomatología de ansiedad, del 100% de las mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas que presentan ansiedad según el BAI en el pretratamiento, un 20% de las españolas se recupera en el postratamiento y un 38% en el seguimiento al año; un 50% de las inmigrantes lo hace al postratamiento y un 75% al año, y un 37% de las mexicanas se recupera al postratamiento y un 50% al año de concluida la intervención. Únicamente dos mujeres españolas y una inmigrante presentan un nivel grave de ansiedad al año de haber concluido la intervención.

En cuanto al nivel de autoestima, el 25.7% de las mujeres españolas con un nivel alto de autoestima en el pretratamiento aumenta a un 68.6% en el postratamiento y a un 79.3% en el seguimiento al año; el 40% de las inmigrantes a un 70% y 75% en el postratamiento y seguimiento al año, respectivamente, y el 18.5% de las mexicanas a casi un 75% en el postratamiento y a un 83.3% en el seguimiento al año.

Por último, del 100% de las mujeres españolas y mexicanas que se encuentran inadaptadas en el pretratamiento, un 17.1% y 69% de las mujeres españolas y un 37% y 66.7% de las mexicanas logran estarlo en el postratamiento y en el seguimiento a los doce meses, respectivamente. En el grupo de mujeres inmigrantes, un 30% se encuentra adaptada en el postratamiento y únicamente un 50% al año, lo que es congruente con los resultados anteriormente descritos respecto a este grupo de participantes y con la idea que se viene defendiendo en cuanto a la mayor dificultad de adaptación de estas mujeres por su condición de inmigrante.

Si bien es indiscutible que la intervención se ha mostrado eficaz para la reducción del TEPT, es necesario hacer referencia a aquellas mujeres que no se han beneficiado tan claramente del tratamiento. Recordar que al año nueve mujeres continúan cumpliendo criterios de TEPT. Así pues, parece que el haber sufrido maltrato físico está relacionado con una menor reducción de la sintomatología del TEPT al año de concluida la terapia. De otra manera, las mujeres de este estudio que habían sido víctimas de maltrato psicológico exclusivamente experimentaron una mayor reducción de su sintomatología al cabo de un año. No obstante, estas diferencias no alcanzan la significación estadística, por lo que las afirmaciones que se pueden desprender de estos hallazgos no son del todo concluyentes. Asimismo, las mujeres que conviven con el agresor experimentan una menor reducción de la sintomatología, lo que resulta lógico, ya que tienen mayor probabilidad de ser agredidas que las que están separadas, sin olvidar que estas últimas también están en riesgo. Asimismo, las que refieren no disponer de una red social de

apoyo o las que tienen denuncias y juicios pendientes, aunque nuevamente estos resultados no son significativos desde un punto de vista estadístico. Sí que resultan estadísticamente significativas las diferencias en la reducción de la sintomatología del TEPT entre las mujeres que han experimentado otros traumas además del maltrato y aquellas para quienes la violencia doméstica ha sido su única experiencia en este sentido, presentando las primeras una mayor gravedad de la sintomatología al cabo de un año.

El análisis de las diferencias en la historia y circunstancias del maltrato entre el porcentaje de mujeres que se recuperan del TEPT y las que continúan cumpliendo criterios para su diagnóstico al postratamiento y en el seguimiento al año, permite obtener conclusiones semejantes. Así pues, un mayor porcentaje de mujeres sin una red de apoyo social, con una historia de maltrato anterior o con denuncias en curso cumple criterios de TEPT al postratamiento, en comparación con las mujeres que refieren disponer de un apoyo a nivel social, que no han experimentado malos tratos en relaciones previas o que no tienen denuncias en curso. La experiencia previa de malos tratos parece ser el factor con un mayor poder explicativo de estas diferencias. En el seguimiento al año, las diferencias más marcadas entre las mujeres con y sin TEPT aparecen entre las que refieren haber sido víctimas de un maltrato anterior y las que no y aquellas que han vivido otras experiencias traumáticas y las que no las han vivido. En concreto, más de un 25% de las mujeres que han sido maltratadas anteriormente, frente a un 3.3% de las que no lo han sido, y casi un 40% de las mujeres que han estado expuestas a otros traumas frente a un 4.7% de las que no lo han estado cumplen criterios para el diagnóstico de TEPT en el seguimiento al año. De otra manera, casi un 90% de las mujeres que siguen teniendo TEPT a los 12 meses de concluida la intervención han sido maltratadas anteriormente y un 77.8% han estado expuestas a otros acontecimientos traumáticos. Mercy et al. (2003) señalan que el impacto de los episodios traumáticos en la salud mental es acumulativo y predispone a las mujeres que han experimentado otros sucesos estresantes para el desarrollo del trastorno de estrés postraumático cuando son víctimas de violencia doméstica. En este sentido, las participantes de este estudio que habían sufrido otras experiencias traumáticas no presentan una mayor gravedad del TEPT al postratamiento, pero sí en el seguimiento a los tres, seis y doce meses, lo que podría hacer pensar que la exposición a otros sucesos traumáticos interfiere en la eficacia de la intervención y en la necesidad de programas de intervención más prolongados para este tipo de víctimas, que incluyan un trabajo específico con los otros traumas.

En definitiva, a partir de los resultados estadísticos y clínicos sobre la eficacia de la intervención encontrados en este estudio, se puede afirmar:

1. Que se ha desarrollado un programa de intervención breve y específico para mujeres víctimas de violencia doméstica, eficaz para eliminar el TEPT y modificar asimismo la

sintomatología concomitante (depresión, ansiedad, autoestima, niveles de inadaptación a la vida cotidiana y cogniciones postraumáticas).

2. Que las mejoras conseguidas en el postratamiento se han consolidado, e incluso incrementado, en los seguimientos al mes, tres, seis y doce meses, señalando que las mujeres continúan mejorando, lo que es lógico esperar de un programa de aprendizaje. Esto parece poner de relieve que se ha producido un cambio importante en las habilidades de afrontamiento de estas mujeres, que favorece la movilización de conductas más eficaces que mejoran la respuesta a las demandas del medio.

3. Que el programa de tratamiento, centrado en modificar el TEPT, ha producido un cambio clínico y estadísticamente significativo en éste y en todos los demás índices psicopatológicos concomitantes.

4. El carácter altamente invalidante del TEPT, que desorganiza prácticamente todas las áreas de la vida. Así pues, la mejora de la sintomatología postraumática parece ir asociada a una mejora en variables de adaptación y sintomatología concomitante.

5. Que la eficacia de la intervención en mujeres inmigrantes y mexicanas, a pesar de tratarse de otra realidad cultural y social, ha resultado similar a la encontrada en España, justificando, en consecuencia, la posibilidad de generalizar programas de tratamientos a otros países.

6. Que factores como la experiencia previa de malos tratos o la exposición a otros acontecimientos traumáticos podrían interferir en la eficacia de la intervención y, en este sentido, obliga a pensar en la necesidad de programas de tratamiento más prolongados en el tiempo para este tipo de víctimas.

### ***18.2.3 Comparación de la eficacia de la intervención entre el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas***

Resulta interesante en este punto resaltar nuevamente aquellos aspectos diferenciales de la violencia sufrida por las mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas, que indicarían que la realidad vivida por cada una de ellas es algo diferente. En primer lugar, las diferencias en apoyo social, al ser considerado éste, un factor muy relevante por su implicación en el desarrollo del TEPT (Brewin et al., 2000). Como se ha señalado anteriormente, la disponibilidad de una red de apoyo social en las mujeres inmigrantes y mexicanas era significativamente menor a la de las mujeres españolas. En segundo lugar, la exposición, en el caso de las mujeres mexicanas, a violencia en su familia de origen y en relaciones anteriores (un 70% de ellas había experimentado un maltrato anterior frente a un 36% de las españolas y un 38% de las inmigrantes). Por tanto, las mujeres mexicanas han estado expuestas a una historia mucho más prolongada de violencia; violencia que comenzó en la infancia y que se prolonga, en muchos

casos, hasta la actualidad. En tercer y último lugar, el mayor número de mujeres españolas dependientes económicamente del agresor en comparación con las inmigrantes y mexicanas, sobre todo con las primeras, pudiéndose ser considerada esta dependencia de la víctima hacia quien la agrede como una oportunidad para este último de continuar haciéndolo.

Es importante tener en cuenta estos aspectos a la hora de comparar la eficacia de la intervención en los tres grupos de mujeres, que también arroja diferencias a destacar. Al postratamiento, las mujeres mexicanas experimentan en comparación con las españolas una mayor reducción en hiperactivación y en la puntuación en la escala global del TEPT, sin que estas diferencias continúen apareciendo en los seguimientos posteriores. Si bien las mujeres españolas experimentan una reducción significativa de la sintomatología de hiperactivación, el hecho de que un porcentaje mayor de ellas continúe conviviendo con el agresor (un 31.8% frente a un 20% de las mexicanas) podría explicar estas diferencias. Como se ha señalado, la exposición constante a nuevas e impredecibles agresiones explicaría el estado permanente de hipervigilancia e hiperactivación que muestran las víctimas de violencia doméstica. Si la víctima continúa en convivencia con el agresor, la posibilidad de ser maltratada es mayor y, en consecuencia, es esperable que el estado de activación también lo sea. Prueba de ello es que en el grupo de mujeres españolas casi un 70% había sido víctima de malos tratos en los últimos tres meses, frente al 50% de las mexicanas o el 38.5% de las inmigrantes. Por tanto, estos hallazgos vienen a confirmar la idea de que el cese de la violencia es fundamental para la recuperación de estas mujeres. Por el contrario, la exposición a nuevos episodios de agresión, bien porque la víctima continúe conviviendo con él, bien porque, a pesar de la separación, él la siga maltratando, supondría una fuente considerable de inseguridad para estas mujeres y una importante interferencia en su recuperación.

Hay que señalar también que aunque no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de mujeres en la mejora del nivel de ansiedad y autoestima ni al postratamiento, ni en los seguimientos realizados, sí se han encontrado diferencias en depresión, en cada una de las subescalas de la Escala de Inadaptación y del Inventario de Cogniciones Postraumáticas, diferencias que apuntan casi siempre a una mayor reducción en el grupo de mujeres mexicanas. A continuación, se comentan con mayor detalle estas diferencias.

Respecto a la sintomatología depresiva, son las mujeres mexicanas en comparación con las españolas las que experimentan una mayor reducción de la puntuación en el BDI al postratamiento, y en comparación a las inmigrantes en el seguimiento al mes, tres y doce meses. Tal y como se ha señalado anteriormente, en el pretratamiento no se encontraron diferencias entre los tres grupos de mujeres en la gravedad de la sintomatología depresiva, por lo que las diferencias en las puntuaciones tras la intervención señalan que las mujeres mexicanas logran

una mayor mejoría de su estado de ánimo en comparación con las españolas al postratamiento y a las inmigrantes en los seguimientos (con la única excepción del seguimiento a seis meses).

Las diferencias en la Escala de Inadaptación señalan que son las mujeres mexicanas en comparación con las españolas e inmigrantes las que experimentan una mayor reducción en el sumatorio total del nivel de inadaptación al postratamiento y en el seguimiento al mes y tres meses. A los seis y doce meses las diferencias intergrupos desaparecen. Los resultados en el resto de las áreas a las que hace referencia este autoinforme apuntan en la misma dirección. Así pues, son las mujeres mexicanas las que experimentan una reducción significativamente mayor en el nivel de inadaptación laboral, de pareja y global al mes de concluida la intervención. En cuanto al área familiar, son nuevamente estas mujeres las que alcanzan una mejoría mayor en comparación a las inmigrantes en el seguimiento al mes y a las españolas al mes y tres meses. Finalmente, los resultados señalan que son las mujeres mexicanas las que logran una mayor reducción en comparación a las españolas en la puntuación en la subescala de vida social y tiempo libre en el seguimiento al mes.

En el Inventario de Cogniciones Postraumáticas también han aparecido diferencias significativas entre los grupos. Así pues, las mujeres mexicanas experimentan al postratamiento una mayor reducción de las cogniciones postraumáticas sobre sí mismas en relación a las españolas e inmigrantes y respecto a estas últimas también en los seguimientos realizados. De la misma manera, las mexicanas alcanzan una mayor reducción de las cogniciones sobre el mundo en comparación con los otros dos grupos de mujeres al postratamiento y en el seguimiento al mes, seis y doce meses, apareciendo a los tres meses las diferencias solamente entre las mexicanas y las inmigrantes. Nuevamente, aparecen diferencias entre estos dos últimos grupos en las cogniciones de autopunición, experimentando las mexicanas una reducción mayor al postratamiento, al mes y a los tres meses de seguimiento. Asimismo, en el sumatorio total las mexicanas alcanzan una reducción mayor al postratamiento en comparación con las inmigrantes y también con las españolas en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses. A su vez, las mujeres españolas puntúan menos que las inmigrantes al mes, tres y seis meses de haber concluido la intervención, sin que se hayan encontrado diferencias significativas entre estos dos últimos grupos al cabo de un año.

A modo de síntesis, en aquellas variables en las que aparecen diferencias entre los grupos, tales diferencias apuntan normalmente a una mayor mejoría en las mujeres mexicanas que en las españolas e inmigrantes. Pero, ¿por qué mejoran más estas mujeres con una historia tan larga de violencia y sin una red de apoyo social en muchos casos?. Una posible explicación podría ser que por primera vez se encuentran en un contexto de ayuda profesional, junto con mujeres en su misma situación, un contexto que las desculpabiliza, que no las juzga, que las apoya, les ayuda a valorarse y les recuerda su derecho a vivir dignamente. Posiblemente, el

trabajo grupal en un contexto terapéutico profesional haya sido un motor fundamental en la rápida mejoría experimentada por las mujeres mexicanas. Es posible que estas mujeres estuvieran también muy motivadas para el tratamiento. Prueba de ello es que el 90% asistió, como mínimo, a siete sesiones.

No obstante, estas diferencias entre los grupos resultan poco significativas, y más teniendo en cuenta que son menos marcadas en el seguimiento a largo plazo. Por lo tanto, parece que la eficacia del tratamiento ha sido similar en los tres grupos de mujeres, independientemente de su nacionalidad. Estos hallazgos vendrían a confirmar la importancia de los procesos automáticos en el desarrollo del TEPT, tal y como señalan Brewin et al. (1996), y a defender lo que era esperable, esto es, que un programa de tratamiento que ha resultado eficaz en una muestra de mujeres españolas (Rincón, 2003) pudiera ser generalizable a las víctimas de maltrato doméstico de otros países, a pesar de posibles diferencias culturales. Por otro lado, siguiendo a Brewin et al. (2001), que señalan que el apoyo social es un factor decisivo en el desarrollo del TEPT, habría que destacar que la intervención evaluada en este estudio se ha mostrado igualmente eficaz en el tratamiento de este trastorno en mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas, a pesar de las diferencias entre los tres grupos de participantes en cuanto a su disponibilidad de una red de apoyo social.

#### **18.2.4 Valoración cualitativa de las participantes: Satisfacción con el tratamiento, componentes del programa y cambio percibido**

Por último, la valoración que hacen las participantes de su grado de *satisfacción con el tratamiento* permite obtener conclusiones muy positivas sobre la eficacia del mismo. La evaluación cuantitativa, a través del Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento, señala que las participantes están muy satisfechas con el programa de intervención recibido (se obtiene una puntuación media de 29.79 sobre una puntuación máxima de 32 puntos), sin que se hayan encontrado diferencias significativas entre el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas. Este alto grado de satisfacción significa, entre otras cosas, que las mujeres consideran que el tratamiento ha cumplido sus expectativas, que lo aprendido les ha ayudado a hacer frente más eficazmente a sus problemas, que volverían a participar en el programa o que se lo recomendarían a otra persona en sus mismas circunstancias. Esta valoración tan positiva del tratamiento recibido resulta especialmente importante, si se tiene en cuenta que la participación en el mismo exige un importante esfuerzo a estas mujeres, no sólo porque tengan que acudir a las sesiones en un momento especialmente complicado para ellas, o porque tengan que compaginar las tareas encomendadas con sus numerosas obligaciones, sino porque a lo largo de la intervención se trabajan muchos aspectos que les resultan dolorosos a nivel emocional. Sobre todo, la exposición a la grabación de voz de su propio relato de maltrato, que se lleva a cabo al final del tratamiento, y que resulta ciertamente aversivo.

Respecto a los *componentes del programa*, la mayoría de las participantes refirió que había sido la respiración la técnica que más le había ayudado para mejorar el sueño, el nivel de concentración y el nivel de activación en general. Dado el alto nivel de ansiedad que sufren estas víctimas, parece claro que la respiración les va a resultar de gran utilidad, al tratarse de una técnica de desactivación fácil de aprender y que produce efectos beneficiosos rápidamente. Por lo tanto, resulta fundamental que este tipo de víctimas sea entrenado en el control de la respiración desde el inicio del tratamiento y a lo largo del mismo, y que sea una de las tareas para casa semana tras semana. Es más, parece muy importante que el primer objetivo de la intervención, una vez explicado el problema, sea mejorar el estado de activación que sufren estas mujeres. Sólo si las participantes son capaces de reducir su nivel de activación, será posible la aplicación del resto de las técnicas y que éstas resulten eficaces.

En segundo lugar, la mayoría de las mujeres refirió que el haberse sentido comprendida y haber podido desahogarse con mujeres en su misma situación había sido un elemento de gran ayuda. No cabe duda del incuestionable valor de los tratamientos en formato grupal, tanto desde el punto de vista profesional como desde el punto de vista de las propias participantes. La posibilidad que otorga el trabajo en grupo de aprender y poner en práctica estrategias de afrontamiento, y también de comenzar a construir una red social de apoyo son aspectos fundamentales que no contempla una intervención individual.

En tercer lugar, las participantes destacaron las técnicas para la mejora de la autoestima como uno de los componentes del programa mejor valorados. La experiencia de malos tratos, sin duda, había deteriorado significativamente la autoestima de estas mujeres. Es lógico que estas víctimas, condenadas a una situación de maltrato, en la que durante muchos años han escuchado como único discurso los continuos ataques dirigidos por el agresor hacia ellas y privadas del contacto con otras personas que pudieran corregir su cada vez más deteriorada autoimagen, necesiten un trabajo específico que les ayude a rescatar sus aspectos positivos. En este sentido, la autoestima es otro de los componentes fundamentales del programa que debe ser trabajado desde el comienzo de las sesiones y otra de las posibilidades terapéuticas que ofrece el grupo, ya que unas mujeres pueden ayudar a las otras a autovalorarse y a corregir esta imagen tan negativa de sí mismas. Tras la intervención, las participantes han logrado una mejora significativa en esta área, lo que les permite afrontar su situación desde otra perspectiva bien distinta; es una situación difícil, pero ahora perciben tener mayor capacidad para superarla.

Respecto a la técnica de exposición, dado su carácter aversivo, ninguna mujer la valoró como un componente del programa que le hubiera ayudado. Sin embargo, desde el punto de vista técnico es un componente fundamental, probablemente el más importante para la superación del TEPT. Esto hace pensar que debería dedicarse más tiempo a explicar y a hacer ver a las mujeres la importancia de la técnica y los efectos tan positivos que tiene, de forma que relativicen los



momentos desagradables que puede conllevar. Quizá algún aspecto más activo, como el registro de los síntomas de reexperimentación, pueda servir como prueba de realidad para constatar la eficacia de la exposición. Por otro lado, la aplicación de la exposición al final del tratamiento parece fundamental, puesto que hasta que no se hayan reducido los niveles de activación fisiológicos y los pensamientos irracionales relacionados con el maltrato, no tiene mucho sentido exponer a estas mujeres a una situación que les produce tanto malestar con escasas posibilidades de éxito.

Finalmente, en cuanto a la *evaluación* que de su *propia evolución* realizan las participantes, los resultados muestran que, en general, perciben un cambio progresivo y positivo en el modo en que se sienten a lo largo del tratamiento, que no arroja diferencias significativas entre el grupo de mujeres españolas, inmigrantes y mexicanas. Así pues, en la última sesión un 37.5% de las participantes considera sentirse mucho mejor y el 40.3% bastante mejor, de lo que se desprende que la mayoría, prácticamente el 80%, considera haber mejorado sustancialmente con la intervención. Si se tiene en cuenta que tan importante o más es el juicio que realicen las mujeres de su propia mejoría como el que se desprende de los instrumentos de evaluación, la percepción de cambio tan positiva que tienen las participantes al finalizar el tratamiento confirma una vez más el éxito de la intervención.

### 18.3 METODOLOGÍA

Si bien esta investigación presenta limitaciones metodológicas, también supera algunas de las dificultades que suelen ser comunes a las investigaciones llevadas a cabo con muestras clínicas.

Dos de las grandes limitaciones de las investigaciones con muestras clínicas son el reducido tamaño muestral de los estudios y la ausencia de un grupo control con el que comparar los resultados del grupo experimental. En este sentido, la participación de mujeres en esta investigación, en concreto 103 víctimas de violencia doméstica con diagnóstico de TEPT, es superior a la encontrada en otros estudios previos, pudiéndose considerar uno de los puntos fuertes de este trabajo y, más aún, teniendo en cuenta que se trata de una muestra clínica. Aunque resulte paradójico, si se tiene en cuenta el gran número de mujeres que se ven afectadas por este problema, la gravedad de la sintomatología que presentan y la urgente necesidad de recibir una atención especializada, el acceso a este tipo de población no resulta fácil. Como se ha señalado en más de una ocasión, son muchas las obligaciones que recaen diariamente sobre estas mujeres, tales como encontrar trabajo, cuidar a los hijos, procesos judiciales, etc., por lo que es frecuente que, a pesar de ser conscientes de su deteriorada salud psicológica, el cumplir con todas ellas sea una prioridad para estas víctimas y no el recibir la atención especializada que tanto necesitan.

Asimismo, también dificulta el contacto con este tipo de víctimas el hecho de que estén intentado ocultarse o no ser identificadas, para evitar nuevamente al agresor.

No obstante, puede considerarse una limitación el hecho de no haber contado con una muestra más numerosa en cada uno de los grupos, lo que habría aumentado la potencia de la investigación. En este sentido, el tamaño muestral del grupo de mujeres inmigrantes resulta demasiado reducido, lo que interfiere en la solidez de las conclusiones sobre este tipo de población. La captación de participantes inmigrantes resulta más complicada, ya que su situación de ilegalidad les paraliza a menudo a la hora de denunciar la violencia (en este estudio casi el 70% se encontraba legal en nuestro país y eran, en comparación con las españolas y mexicanas, las que más habían denunciado el maltrato). Es frecuente que estas víctimas oculten su experiencia de malos tratos y, además de no denunciar, rechacen una ayuda especializada para las consecuencias que a nivel psicológico pudieran estar presentando. Aparte, como ya se ha señalado, muchas de estas mujeres trabajan como internas en el servicio doméstico, y disfrutan únicamente de un día libre a la semana. Por tanto, la escasa disponibilidad de tiempo para acudir a grupo, y más aún, la dificultad para poder coordinar el horario de todas las participantes, complica en exceso la formación de grupos de tratamiento en esta población. En ese sentido, parece importante señalar que los grupos con inmigrantes de este estudio tuvieron que ser llevados a cabo los sábados y domingos.

Otra de las grandes dificultades metodológicas de los estudios llevados a cabo con muestras clínicas, en general, y de los estudios con este tipo de víctimas, en particular, es la imposibilidad de utilizar un grupo control, ya que exigiría privar a estas mujeres de una ayuda psicológica de la que están muy necesitadas. Así pues, por razones éticas no se contempló en esta investigación incluir un grupo control. Una alternativa viable son los grupos en lista de espera que permiten controlar el efecto de la recuperación espontánea y el de las expectativas de tratamiento. Este tipo de grupos suponen, una vez realizada la evaluación pretratamiento, un aplazamiento del inicio del programa de intervención durante un periodo similar al de la duración del mismo, tras el cual se aplica una segunda evaluación pretratamiento. Desde un punto de vista ético, el aplazamiento del tratamiento puede contemplarse únicamente cuando sea solicitado por la participante o ante la imposibilidad de formar un grupo de terapia. Dado que todas las mujeres (excepto una) pudieron recibir atención psicológica de manera inmediata, en esta investigación no se pudo trabajar con un grupo en lista de espera. No obstante, puesto que la mayoría de las mujeres que rechazaron el tratamiento lo hicieron por razones de “fuerza mayor”, que fueron personalmente comunicadas a la autora de este trabajo, se consideró oportuno solicitar a estas participantes llevar a cabo, transcurridos dos meses desde la primera, una segunda evaluación pretratamiento. Si bien, no se trata de un grupo control independiente, como dicta el rigor metodológico, el disponer de un grupo de no tratamiento ha permitido controlar el efecto de

la recuperación espontánea y comparar la eficacia de la intervención frente a la ausencia de tratamiento.

Además, esta investigación incluye el seguimiento de las participantes hasta un año después de finalizada la intervención, lo que permite estudiar los cambios en la sintomatología a lo largo del tiempo. Muchas de las investigaciones ofrecen únicamente resultados al mes, tres y seis meses, y son escasas las que llevan a cabo un seguimiento a largo plazo. No obstante, el poder contactar con las participantes al cabo de un año no está exento de dificultades. Es frecuente que estas mujeres cambien de número de teléfono, incluso de lugar de residencia, por lo que en ocasiones resulta imposible mantener el contacto con ellas.

Respecto a las limitaciones de este estudio, habría que señalar la falta de asignación aleatoria de las participantes a los grupos de tratamiento, que interfiere en la validez interna de la investigación. Para paliar esta limitación se ha analizado previamente la homogeneidad de los grupos en las características sociodemográficas, en las circunstancias e historia del maltrato y en las variables dependientes que pudieran afectar de alguna manera a la eficacia de la intervención. No obstante, este análisis no garantiza la homogeneidad de los grupos en otras variables que no se han tenido en cuenta, por lo que la relación causa efecto entre las variables independientes y dependientes de este estudio debe ser tomada con cautela.

También constituye una limitación la aplicación de instrumentos de evaluación, únicamente validados con muestras norteamericanas o españolas, a otras poblaciones. Por otro lado, la complejidad de algunos cuestionarios como el PTCI y la falta de familiaridad y entrenamiento en este tipo de tareas, ha provocado en muchas ocasiones dificultades de comprensión en el grupo de mujeres inmigrantes y mexicanas, que podrían haber interferido en la fiabilidad de las respuestas.

Finalmente, el haber aplicado la intervención únicamente a mujeres maltratadas que piden ayuda en servicios gratuitos, principalmente de los ayuntamientos o del gobierno en el caso de las mujeres mexicanas, podría considerarse una limitación de este estudio. Tal y como se ha señalado, el nivel socioeconómico medio bajo parece ser el estrato que mejor representa a la totalidad de participantes de este estudio, lo que estaría relacionado con el hecho de que hayan acudido a pedir ayuda a este tipo de centros. Por tanto, los resultados de esta investigación no se pueden generalizar a toda la población de mujeres maltratadas, como por ejemplo, a aquellas que acuden a servicios privados por este problema.

## **18.4 IMPRESIONES PERSONALES/ CLÍNICAS**

A continuación, se comentan aquellas impresiones personales derivadas de este trabajo, que no necesariamente están basadas en los resultados estadísticos, pero que pueden resultar interesantes de cara al desarrollo de programas de tratamiento en el futuro.

En primer lugar, hay que resaltar lo que por todos es sabido, esto es, la grave repercusión que la violencia doméstica, cualquiera que sea la modalidad en la que es ejercida, tiene sobre la salud mental de quienes la sufren. Pero más allá de esto, resulta interesante cómo la exposición crónica a este tipo de violencia provoca consecuencias psicológicas similares en mujeres provenientes de distintos contextos culturales. En concreto, todas las víctimas de este estudio habían desarrollado un TEPT que, aunque con diferencias en su intensidad, era semejante en su manifestación. Estos resultados vendrían a confirmar lo que algunos autores como Brewin et al. (1996) defienden, esto es, que una parte muy importante de los procesos que subyacen al desarrollo del TEPT tienen que ver con el procesamiento automático de la información; por tanto, una vez que se dan las condiciones para que éste se desarrolle, su aparición y mantenimiento sería bastante similar, con independencia de las características culturales de cada persona o ambiente. En este sentido, se ha podido comprobar en este estudio que todas las participantes, expuestas de manera crónica a violencia doméstica, presentaban una sintomatología postraumática similar, a pesar del diferente contexto cultural del que provenían. Estos hallazgos, por tanto, vendrían a defender la importancia de diseñar un programa de intervención estandarizado y específico, que pueda ser aplicado con importantes beneficios a víctimas de violencia doméstica de cualquier nacionalidad, siempre y cuando cumplan criterios de TEPT (salvaguardando las limitaciones que supone la diferencia de idioma, como podría ocurrir en otras culturas diferentes a las de esta investigación). Así ha quedado demostrado en este estudio, al considerar no sólo la eficacia, sino la rapidez con la que se ha logrado una mejoría en la sintomatología del TEPT y sintomatología concomitante en todas las participantes, nuevamente independientemente de su nacionalidad. No hay que olvidar que determinados factores, como la disponibilidad o no de una red de apoyo social o el nivel de estrés tras el trauma (por ejemplo, mujeres que se deben enfrentar a trámites judiciales, etc.), parecen poder modular de forma importante el desarrollo y el curso del TEPT e interferir en la eficacia de la intervención; no obstante, estos no son factores asociados a una nacionalidad específica, pudiendo afectar a cualquier víctima con independencia de su país de procedencia.

En consecuencia, el estudio de la eficacia de un programa de tratamiento, que ha demostrado importantes beneficios cuando ha sido aplicado a mujeres españolas (Rincón, 2003), en mujeres de otras nacionalidades, es una línea de investigación muy interesante, que sin duda habría que continuar, utilizando muestras de mayor tamaño y provenientes de otras nacionalidades.

Si bien la nacionalidad es un factor que parece no haber interferido en el éxito de la intervención, sí habría que considerar otros aspectos que pudieran hacerlo. En primer lugar, algo que es muy lógico, el cese de los episodios violentos, que, como se sabe, no está garantizado con el abandono del agresor. Por lo tanto, la seguridad de la víctima de no volver a sufrir nuevos

ataques es fundamental para su recuperación, pero no está garantizada en ningún caso, ni siquiera en aquéllos en los que hay una orden de alejamiento. En esta línea, es fundamental fomentar, a través de un empleo, la independencia económica de estas mujeres, puesto que depender del agresor es una vía utilizada a menudo por este último para seguir maltratándola.

La importancia de una red social de apoyo es otro aspecto muy señalado en este estudio y considero importante volver a mencionarlo por su implicación en la mejoría de estas víctimas. Que para mejorar y, sobre todo, para que estas mujeres puedan readaptarse a un nuevo entorno es fundamental el disponer de una red social de apoyo es más que evidente. Y que desde la terapia hay que favorecer la construcción de esta red de apoyo también. En este sentido, el llevar a cabo la terapia en formato grupal, más aún, el lograr que el grupo se cohesione de manera sólida es un primer paso, pero no es suficiente. Evidentemente, los lazos que las participantes construyen entre sí a lo largo de los dos meses de tratamiento pueden desaparecer con la finalización del mismo, y, por esto, es fundamental trabajar, desde el principio de las sesiones, la generalización del vínculo más allá de la hora y media de sesión semanal. Para ello, se debe animar a las participantes a que realicen actividades de ocio los fines de semana y a que compartan sus aficiones con el resto de las mujeres del grupo. Una manera de afianzar esta red podría ser llevando a cabo los seguimientos en formato grupal, aunque la aplicación de la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT se haga de manera individual.

En el colectivo de mujeres inmigrantes es fundamental favorecer que acudan, si no lo han hecho ya, a alguna asociación de su país, a través de la cual puedan conocer a personas de su misma nacionalidad y seguir en contacto, en alguna medida, con todo aquello a lo que han tenido que renunciar por motivo de la migración. Por último, señalar que si bien la red social que ofrece el grupo es fundamental para cualquier víctima de violencia doméstica, considero que el valor terapéutico de este formato de intervención en las mujeres mexicanas ha sido, si cabe, mayor. Principalmente porque, como se ha señalado anteriormente, en el grupo, además de sentirse comprendidas, han podido aprender habilidades muy útiles (como por ejemplo a hacer dulces, bordados, etc.) para su adaptación a nivel laboral. En México, como ocurre en otros países, el trabajo escasea, pero el poder salir a la calle a vender comida o artesanía es una salida para estas mujeres.

Otros factores a tener en cuenta a lo largo del tratamiento son los trámites judiciales en los que están inmersas muchas de estas mujeres, y que, frecuentemente, parecen interferir en la eficacia de la terapia. Sin duda, el encuentro con el agresor en el juzgado, el tener que volver a contar o escuchar de boca de un juez todas las vejaciones sufridas, ante ningún signo de arrepentimiento del agresor, que incluso puede atreverse a desmentirlas, es un estresor importante para estas mujeres y a menudo un factor de recaídas. Otras veces no son los trámites en sí, sino el desconocimiento de las víctimas del proceso judicial, como por ejemplo si va a

tener o no que declarar delante del agresor en el juicio. Para resolver estas dudas, nuevamente es fundamental el trabajo en grupo, ya que suelen estar formados por mujeres que se encuentran en diferentes momentos del proceso y unas pueden tranquilizar y aclarar las dudas de las otras. En las mujeres inmigrantes es importante además tener en cuenta otros aspectos, como los problemas para legalizar su situación en nuestro país. Por lo tanto, es fundamental dedicar algunos minutos al comienzo de la sesión para poder tratar aquellas preocupaciones que las participantes pudieran estar teniendo.

La historia de maltrato anterior o la exposición a otras experiencias traumáticas son factores que retrasan la mejoría de las víctimas y que obligan al diseño y aplicación de programas de intervención más prolongados. Las experiencias previas de malos tratos en las víctimas a menudo dificultan la terapia, fundamentalmente, la reestructuración cognitiva de pensamientos distorsionados sobre el mundo. Mujeres que durante la infancia han sido maltratadas por alguno de sus progenitores y que después lo han sido o están siendo por su pareja, ¿Cómo no van a creer firmemente que cualquier persona les puede hacer daño?, y ¿cómo no van a mostrarse resistentes a modificar tales pensamientos, si no han tenido experiencias correctoras en toda su vida que les ayuden a modificarlos?. También hay una mayor resistencia en estas víctimas a llevar a cabo las tareas de exposición, evidentemente para evitar el malestar que esta práctica conlleva, pero también por temor a desbordarse en el grupo. Por tanto, considero fundamental realizar la exposición al final del tratamiento, no sólo porque es conveniente, tal y como señala Brewin (2001) un trabajo previo de reestructuración cognitiva, sino porque la cohesión grupal es fundamental a la hora de reducir la resistencia de estas víctimas.

Finalmente, parece que la ira puede ser un factor de interferencia en el tratamiento. En esta investigación ni se ha medido, ni se ha tratado la expresión de la ira, pero considero que aquellas mujeres que desde el principio hasta el fin del tratamiento han mostrado un discurso muy reivindicativo, cargado de reproches hacia el agresor, no sólo por las agresiones sufridas, sino por las que continúan viviendo (no pagar la manutención de los hijos, no pagar las letras que tienen a medias, etc.), no muestran tanta mejoría. Algunas de las víctimas consideran que solamente cuando el agresor reciba el castigo que se merece ella mejorará, y mientras tanto su implicación en el tratamiento es menor que la de las mujeres que se centran en lograr su recuperación desde el principio, independientemente de lo que le pase el agresor. En ese sentido, habría que cuestionar algunas intervenciones que se llevan a cabo con estas víctimas, en las que se hace mucho hincapié en la necesidad de que el agresor sea castigado o vejado de alguna manera. Centrar la intervención en este aspecto, lejos de ayudar a la víctima, interfiere en su recuperación. Es fundamental, por tanto, transmitir a las víctimas que, si bien es injusto todo el daño vivido, lo es todavía más que no puedan reducir su malestar y que sigan sufriendo de

manera crónica las consecuencias negativas del maltrato. No obstante, algunas situaciones inevitablemente repercuten de forma negativa en la recuperación de estas mujeres, incluso en aquellas muy motivadas en el tratamiento. Una de ellas es cuando el agresor, a la espera del resultado penal, finalmente es absuelto. Este es uno de los momentos de mayor riesgo de recaída en la víctima, que confiaba en que la justicia reconociera, en alguna medida, todo el daño sufrido a manos del agresor y le hiciera pagar por ello.

Por el contrario, es importante señalar algunos factores que pueden favorecer la mejoría de estas víctimas. Habría dos factores fundamentales, además de la separación del agresor o la finalización de los trámites judiciales, entre otros. Por un lado, el comenzar a trabajar, ya que garantiza no sólo la independencia económica de estas mujeres, sino también ayuda notablemente a restaurar su sentimiento de autoeficacia. Y por otro, el empezar una relación de pareja satisfactoria, sin violencia, ya que para muchas de ellas su experiencia con el maltratador había sido la única.

Sin duda, estos aspectos favorecen la mejoría de estas mujeres, pero necesitan para que puedan darse que la víctima haya mejorado previamente su sintomatología; por tanto, hay que resaltar nuevamente la importancia de un tratamiento breve, que logre un alivio rápido del malestar que sufren estas víctimas y ajustado específicamente a sus necesidades.

## **18.5 DIRECTRICES FUTURAS**

Parece evidente que en futuras investigaciones sobre programas de intervención para víctimas de violencia doméstica habría que respetar los elementos que en este y otros estudios han resultado claves para el éxito del tratamiento.

En primer lugar, resulta de un valor incuestionable la aplicación del programa en grupo. Por un lado, permite reducir costes tanto materiales como personales, y por el otro, este formato de intervención tiene un valor terapéutico añadido en este tipo de víctimas. Estamos hablando de mujeres que han sido juzgadas muy severamente por su entorno social por haber “roto su familia” y que apenas disponen de redes de apoyo. Incorporarse a un grupo de tratamiento les ofrece por primera vez la posibilidad de sentirse comprendidas sin ser juzgadas, de no sentirse culpables por la ocurrencia del maltrato, de comprobar que no son las únicas mujeres que han sufrido este tipo de violencia y, además, supone una oportunidad de construir una nueva red de apoyo social que ayude a romper su aislamiento. En este sentido, es fundamental en el trabajo con mujeres maltratadas que esta red social de apoyo incipiente durante la terapia se extienda y afiance más allá de la misma, sin que peligre al terminar la intervención. Es especialmente importante en el colectivo de mujeres inmigrantes, pues para muchas la participación en el grupo es su primera oportunidad de construir esta red social. Con frecuencia, esta red de apoyo no sólo

permite a estas mujeres comenzar a compartir actividades de ocio, sino también, desde el punto de vista laboral, aprender mutuamente ciertas habilidades, fundamentalmente culinarias, que faciliten su vida laboral. Este último aspecto resultó muy importante en el grupo de mujeres mexicanas.

En segundo lugar, otro aspecto clave ha sido la brevedad del programa de intervención, que responde a las necesidades de estas mujeres y, más concretamente, a la urgencia con la que es fundamental que alivien su malestar psicológico. El objetivo es lograr que estas víctimas puedan readaptarse a la vida cotidiana, en especial al trabajo, puesto que la mayoría de ellas se encuentra separada del agresor y tiene hijos a su cuidado.

En tercer lugar, la conveniencia de que el terapeuta sea una mujer. Si bien no hay estudios concluyentes al respecto, parece fundamental que en un principio, en el que se debe favorecer la expresión emocional de la víctima, a la vez que se le brinda apoyo y comprensión, sea una terapeuta mujer la que haga el acogimiento. Más aún si las mujeres presentan un TEPT, ya que la presencia de un hombre puede facilitar la aparición de síntomas de ansiedad en las víctimas. No obstante, en momentos más avanzados del proceso terapéutico, la presencia de un terapeuta varón puede proporcionar efectos beneficiosos. Por un lado, porque puede servir a las víctimas como una experiencia correctora que facilite la modificación de cogniciones del tipo “todos los hombres son agresores”. Por otro lado, una figura masculina favorecería la generalización de las habilidades desarrolladas a lo largo de la intervención.

Como retos para el futuro, sería conveniente establecer las propiedades psicométricas de los instrumentos de evaluación con muestras latinoamericanas y, quizá, sustituir algunos de ellos por otros cuya comprensión no resulte tan dificultosa para estas mujeres.

Finalmente, resultaría muy interesante establecer aquellos factores predictores del éxito y fracaso terapéutico, que permitieran diseñar programas de tratamiento todavía más ajustados.

Todos estos retos futuros no pretenden sino ofrecer algunas directrices que permitan perfeccionar los programas de intervención que han resultado eficaces y diseñar otros nuevos, que además de cumplir con los requisitos actuales de la psicología clínica, esto es, programas eficaces, eficientes y efectivos, respondan a las demandas y necesidades que presentan estas mujeres.





## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---



# Referencias bibliográficas

- Abel, E. M. (2000). Psychosocial treatments for battered women: A review of empirical research. *Research on Social Work Practice, 10*, 1, 55-77.
- Achotegui, J. (2002). *Intervenciones terapéuticas sobre la depresión de los inmigrantes: una perspectiva transcultural*. Barcelona: Ediciones Mayo.
- ACNUR (1994). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belém do Para"*. Disponible en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/0029.pdf>
- Aguayo, S., Cisneros, I., Jusidman, C. y Sarre, M. (2003). *Diagnóstico sobre la situación de los Derechos Humanos en México*. México: Alto Comisionado para las Naciones Unidas.
- Amdur, R.L. y Liberzon, I. (2001). The structure of posttraumatic stress disorder symptoms in combat veterans: A confirmatory factor analysis of the Impact of Event Scale. *Journal of Anxiety Disorder, 15*, 345-357.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3.ª ed.)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4.ª ed.)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1999). *Resolution of Male Violence against Women*. Disponible en: <http://www.apa.org/pi/wpo/maleviol.html>
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4.ª ed. text revision.)*. Washington, DC: APA.
- Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2001a). Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: un estudio comparativo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 6*, 3, 167-178.
- Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2001b). Perfil psicopatológico diferencial en víctimas de maltrato doméstico y en víctimas de agresiones sexuales. *Análisis y Modificación de Conducta, 27*, 114, 605-629.
- Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 2*, 2, 227-246.
- Andrews, B. y Brown, C.R. (1998). Attributions of blame for marital violence: A study of antecedents and consequences. *Journal of Marriage and the Family, 52*, 757-767.
- Arias, I. y Pape, K. (1999). Psychological abuse. Implications for adjustment and commitment to leave violent partners. *Violence and Victims, 14*, 1, 55-67.
- Arinero, M (2006). *Análisis de la eficacia de una intervención psicológica para mujeres víctimas de violencia doméstica*. Tesis no publicada. 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.
- Arroyo, A. (2002). Mujer maltratada y trastorno por estrés postraumático. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 29*, 2, 77-82.
- Asmundson, G.J., Frombach, I., McQuaid, J., Pedrelli, P., Lenox, R. y Stein, M. (2000). Dimensionality of posttraumatic stress symptoms: A confirmatory factor analysis of DSM-IV symptom clusters and other symptom models. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 203-214.
- Báguena, M.J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático. *Psicothema, 13*, 3, 479-492.

- Ballenger, J.C., Davidson, J.R. y Lecrubier, Y. (2000). Consensus statement on posttraumatic stress disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 5, 60-66.
- Bandura, A.J. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 6, 893-897.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.R. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York: Guilford Press (versión castellana Terapia Cognitiva de la Depresión, 1983, Bilbao: Desclée de Brouwer).
- Bennice, J., Resick, P., Mechanic, M. y Astin, M. (2003). The relative effects of intimate partner physical and sexual violence on posttraumatic stress disorder symptomatology. *Violence and Victims*, 18, 1, 87-93.
- Blaauw, E., Arensman, E., Kraaij, V., Winkel, F.W. y Bout, R. (2002). Traumatic life events and suicide risk among jail inmates: The influence of types of events, time period and significant others. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 1, 9-16.
- Black, D.A., Schumacher, J.A., Smith Slep, A.M. y Heyman, R.E. (1999). *Partner, child abuse risk factors literature review*. National network of family resilience, National Network for Health. Disponible en [http://: www.nnh.org/risk](http://www.nnh.org/risk)
- Blake, D. D., Weathers, F., Nagy, L., Kaloupek, D., Gusman, F.D., Charney, D. y Keane, T.M. (1995). The development of a Clinician Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 75-90.
- Blanchard, E., Hickling, E., Devineni, T., Veazey, C., Galovski, T., Mundy, E., Malta, L. y Buckley, T. (2003). A controlled evaluation of cognitive behavioural therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 79-96.
- Blanco, P. (2004). Consecuencias de la violencia sobre la salud de las mujeres. Detección precoz en consulta. En C. Ruiz-Jarabo y P. Blanco (dir.), *La violencia contra las mujeres* (pp. 103-117). Madrid: Díaz de Santos.
- Bosch, E. y Ferrer, V. (2002). *La voz de las invisibles. Las víctimas de un mal amor que mata*. Valencia: Instituto de la Mujer.
- Brady, K.T., Killen, T.K., Brewerton, T. y Lucerini, S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 7, 22-32.
- Breslau, N. (2001). The epidemiology of posttraumatic stress disorder: What is the extend of the problem?. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 17, 16-22.
- Breslau, N., Kessler, R.C., Chilcoat, H.D., Schultz, L.R., Davis, G.C. y Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.
- Brewin, C. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 373-393.
- Brewin, C., Andrews, B. y Valentine, J. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 5, 748-766.
- Brewin, C., Dalgleish, T. y Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 4, 670-686.
- Bryant, R. y Harvey, A. (1995). Avoidant coping style and posttraumatic stress following motor vehicle accident. *Clinical Psychology Review*, 33, 631-635.
- Bryant, R. y Harvey, A. (2000). *Acute stress disorder: A hand-book of theory, assessment and treatment*. Washington: American Psychological Association.

- Bryant, R., Moulds, M., Guthrie, R., Dang, S. y Nixon, R. (2003). Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 4, 706-712.
- Buckley, T., Blanchard, E. y Hickling, E. (1998). A confirmatory factor analysis of posttraumatic stress symptoms. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 1091-1099.
- Cahill, S. y Foa, E. (2004). A glass half empty of half full? Where we are and directions for futures research in the treatment of PTSD. En S. Taylor (ed.), *Advances in the treatment of posttraumatic stress disorder. Cognitive-Behavioral Perspectives* (pp. 267-313). New York: Springer.
- Campbell, J., Jones, A. S., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O' Campo, P., Gielen, A.C., y Wynne, C. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. *Archives of Internal Medicine, 162*, 1157-1163.
- Cascardi, M. y O'Leary, K.D. (1992). Depressive symptomatology, self-esteem, and self-blame in battered women. *Journal of Family Violence, 7*, 4, 249-259.
- Centers for Disease Control and Prevention (2005). *Intimate partner violence: Fact sheets*. Disponible en: <http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/ipvfacts.htm>
- Chambless, D. y Ollendick (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology, 52*, 685-716.
- Chemtob, C., Novaco, R., Hamada, R. y Douglas, M. (1997). Cognitive-behavioral treatment for severe anger in posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 1, 184-189.
- Claerhout, S., Elder, J. y Jones, C. (1982). Problem solving skills of rural battered women. *American Journal of Community Psychology, 10*, 605-612.
- Clark, A. y Foy, D. (2000). Trauma exposure and alcohol use in battered women. *Violence Against Women, 6*, 37-48.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Colosetti, S. y Thyer, B. (2000). The relative effectiveness of EMDR versus relaxation training with battered women prisoners. *Behavior Modification, 24*, 5, 719-739.
- Cordova, M.J., Studts, J.L., Hann, D.M., Jacobsen, P.B., y Andrykowski, M.A. (2000). Symptom structure of PTSD following breast cancer. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 301-319.
- Corral, P. (2004). Variables sociodemográficas y psicopatológicas del estrés postraumático en víctimas de violencia doméstica. *9º Congreso Nacional de Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid, 22-24 abril de 2004.
- Cox, J. y Stoltenberg, C. (1991). Evaluation of a treatment program for battered wives. *Journal of Family Violence, 6*, 4, 395-413.
- Dalgleish, T. (1999). Cognitive theories of posttraumatic stress disorder. En Yule (ed.), *Posttraumatic Stress Disorders: Concepts and Therapy* (pp.193-220). Chichester, England: Wiley.
- Dalgleish, T. (2004). Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: The evolution of multirepresentational theorizing. *Psychological Bulletin, 130*, 2, 228-260.
- Davidson, P y Parker, K. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 2, 305-316.
- Devilly, G.J. y Spence, S.H. (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and cognitive behavior Trauma Treatment Protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 13*, 1-2, 131-157.
- Diario Oficial de las Comunidades Europeas (2000). *Programa Daphne 2000-2003. Decisión N° 293/2004/ CE del Parlamento Europeo*. Disponible en: <http://www.ahige.org/docs2/75003.pdf>

- Diario Oficial de la Unión Europea (2004). *Programa Daphne II 2004-2008. Decisión N° 803/2004/ CE del Parlamento Europeo*. Disponible en: <http://www.guiafc.com/documentos/2004-L143-01.pdf>
- Dutton, M.A. (1992). *Empowering and healing the battered woman: A model of assessment and intervention*. Nueva York: Springer.
- Dutton, M.A., Green, B., Kaltman, S., Roesch, D., Zeffiro, T., Krause, E. (2006). Intimate partner violence, PTSD and adverse health outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 7, 955-968.
- Dutton, M.A., Kaltman, S., Goodman, L.A., Weinfurt, K y Vankos, N. (2005). Patterns of Intimate Partner Violence: Correlates and outcomes. *Violence and Victims*, 20, 5, 483-497.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de delitos violentos*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. (2005). Tratamiento psicológico del trauma. *Seminario Internacional sobre Agresión y Violencia en Psicología Clínica: Perspectivas Actuales*. Madrid: 16-18 de febrero de 2005.
- Echeburúa, E., Amor, P.J. y Corral, P. (2002). Mujeres maltratadas en convivencia prolongada con el agresor: variables relevantes. *Acción Psicológica*, 2, 135-150.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- 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, I. (1997a). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 1, 7-19.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J., Zubizarreta, I. y Sarasua, 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, 325-340.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1996). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 627-654.
- Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997c). Psychological treatment of chronic posttraumatic stress disorder in victims of sexual aggression. *Behavior Modification*, 21, 4, 433-456.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I. y Sauca, D. (1994). En E. Echeburúa y P. Corral, *Manual de Violencia Familiar* (pp. 28-31). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1998). Hombres maltratadores. En E. Echeburúa y P. de Corral. *Manual de Violencia Familiar* (pp. 71-175). Madrid: Siglo XXI.
- Ehler, A. y Clark, D. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Ehler, A., Clark, D., Hackmann, A., Mcmanus, F. y Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 413-431.
- Fecteau, G. y Nicki, R. (1999). Cognitive behavioural treatment of posttraumatic stress disorder after motor vehicle accident. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 201-214.

- Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas (2006). *Relación de víctimas de violencia de género*. Disponible en: <http://www.separadasydivorciadas.org>.
- Fernández-Montalvo y Echeburúa, E. (1997). Variables psicopatológicas y distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar: Un análisis descriptivo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 151-180.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M. y Williams, J. (1977). *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-1)*. Barcelona: Masson.
- Foa, E., Cascardi, M., Zoellner, L. y Feeny, N. (2000). Psychological and environmental factors associated with partner violence. *Trauma, Violence and Abuse*, 1, 1, 67-91.
- Foa, E., Dancu, C., Hembree, E., Jaycox, L., Meadows, E. y Street, G. (1999a). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female victims of assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 194-200.
- Foa, E., Davidson, J. y Frances, A. (1999). The Expert Consensus Guideline Series: treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 16, 4-76.
- Foa, E., Ehler, A., Clark, D.M., Tolin, D.F. y Orsillo, S.M. (1999b). The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 3, 303-314.
- Foa, E., Hembree, E., Cahill, S., Rauch, S., Riggs, D., Feeny, N. y Yadin, E. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 5, 953-964.
- Foa, E., Keane, T. y Friedman, M. (2000). *Tratamiento del estrés postraumático*. Barcelona: Ariel Psicología.
- Foa, E. y Kozac, M. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E. y Meadows, E. (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annual Review of Psychology*, 48, 449-480.
- Foa, E. y Rauch, S. (2004). Cognitive changes during prolonged exposure versus prolonged exposure plus cognitive restructuring in female assault survivors with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 5, 879-884.
- Foa, E., Riggs, D., Dancu, C. y Rothbaum, B. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-473.
- Foa, E., Rothbaum, B. y Furr, B. (2003). Augmenting exposure therapy with other CBT procedures. *Psychiatric Annals*, 33, 1, 47-53.
- Foa, E., Rothbaum, B., Riggs, D. y Murdock T. (1991). Treatment of post-traumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 5, 715-723.
- Foa, E., Steketee, G. y Rothbaum, B. (1989). Behavioral/cognitive conceptualization of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- Foa, E. y Street, G. (2001). Women and traumatic events. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 17, 29-33.
- Foa, E., Zinbarg, R. y Rothbaum, B. (1992). Uncontrollability and unpredictability in post-traumatic stress disorder: An animal model. *Psychological Bulletin*, 112, 2, 218-238.
- Foa, E.B., Zoellner, L.A., Fenny, N.C., Hembre, E.A. y Alvarez-Conrad, J. (2002). Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1022-1028.
- Fontanil, Y., Ezama, E., Fernández, R., Gil, P., Herrero, F.J. y Paz, D. (2005). Prevalencia de maltrato de pareja contra las mujeres. *Psicothema*, 7, 1, 90-95.



- Fontanil, Y., Méndez-Valdivia, M., Cuesta, M., López, C., Rodríguez, F.L., Herrero, F.J. y Ezama, E. (2002). Mujeres maltratadas por sus parejas masculinas. *Psicothema*, 14 supl, 130-139.
- Friedman, M., Davidson, J., Mellman, T. Southwick, S. (2000). Pharmacotherapy. En E. Foa, T. Keane y M. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. (pp. 84-105). New York: Guilford Press.
- Fundación La Caixa [Alberdi, I y Matas, N.] (2002). *Informe sobre los malos tratos a las mujeres en España*. Colección de estudios sociales, 10.
- Gleason, W. (1993). Mental disorder in battered women: An empirical study. *Violence and Victims*, 8, 1, 53-68.
- Glynn, S., Randolph, E., Foy, D., Urbaitis, M., Boxer, L., Paz, G., Leong, G., Firman, G., Salk, J., Katzman, J. y Crothers, J. (1999). A test of behavioral family therapy to augment exposure for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 2, 243-251.
- Golding, J. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorder: A meta-analysis. *Journal of family violence*, 14, 2, 99-132.
- González, R. y Santana, J. D. (2001). *Violencia en parejas jóvenes. Análisis y prevención*. Madrid: Pirámide.
- Gootman, L., Dutton, M.A., Vankos, N. y Weinfurt, K. (2005). Women's resources and use of strategies as risk and protective factors for reabuse over time. *Violence Against Women*, 11, 3, 311-326.
- Gracia, E. (2002). *Las víctimas invisibles de la violencia familiar. El extraño iceberg de la violencia doméstica*. Barcelona: Paidós.
- Groeneveld, J. y Shain, M. (1989). *Drug abuse among victims of physical and sexual abuse: A preliminary report*. Toronto: Addiction Research Foundation, 9.
- Harris, R., Savage, S., Jones, T. y Brooke, W. (1988). A comparison of treatments for abusive men and their partners within a family-service agency. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 7, 2, 147-155.
- Harvey, A., Bryant, R. y Tarrrier, N. (2003). Cognitive behaviour therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 501-522.
- Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 3, 377-391.
- Heyzer, N. (2000). *Trabajando por un mundo libre de violencia contra la mujer*. Carpeta de Documentos del Foro Mundial de Mujeres contra la Violencia. Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- Hidalgo, R. y Davidson, J. (2000). Posttraumatic stress disorder: Epidemiology and health-related considerations. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(suppl 7), 5-13.
- Holiman, M. y Schilit, R. (1991). Aftercare for battered women: How to encourage the maintenance of change. *Psychotherapy*, 28, 2, 345-353.
- Horowitz, M., Wilner, N. y Alvarez, W. (1979). Impacts of Events Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Instituto de la Mujer (1998). *I Plan Integral contra la Violencia Doméstica*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Instituto de la Mujer (2000). *La Violencia contra las Mujeres. Resultados de la Macroencuesta*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Instituto de la Mujer [Díaz-Aguado, M. J. y Martínez Arias, R.] (2002a). *Estudio sobre las Medidas Adoptadas por los Estados Miembros de la Unión Europea para Luchar Contra la Violencia hacia las Mujeres*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos

Sociales.

- Instituto de la Mujer [Díaz-Aguado, M. J. y Martínez Arias, R.] (2002b). *Guía de Buenas Prácticas para Paliar los Efectos de la Violencia Contra las Mujeres y Conseguir su Erradicación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Instituto de la Mujer (2002c). *II Plan integral contra la violencia doméstica*. Disponible en: <http://www.mtas.es/mujer/planviol2.htm>
- Instituto de la Mujer (2003). *La violencia contra las Mujeres. Resultados de la Macroencuesta. II parte*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Instituto de la Mujer (2006). *Mujeres en cifras*. Disponible en: <http://www.mtas.es/mujer/mcifras/principal.htm>
- Instituto de la Mujer (2007). *III Macroencuesta sobre la Violencia contra las Mujeres*. Disponible en: [http://www.mtas.es/mujeres/estud\\_inves/index](http://www.mtas.es/mujeres/estud_inves/index)
- Instituto Nacional de Estadística (2001). *Censos de población y vivienda 2001*. Disponible en: <http://www.ine.es>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2004). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2003 (ENDIREH)*. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx>.
- Jacobson, N. y Gottman, J. (2001). *Hombres que agreden a sus mujeres*. Barcelona: Paidós (original 1998).
- Jefatura del Estado (1999). *Ley Orgánica 14/1999 de Modificación del Código Penal de 1995 en Materia de Protección a las Víctimas de Malos Tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal*. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1999/06/10/pdfs/A22251-22253.pdf>
- Jefatura del Estado (2003). *Protocolo de Implantación de la Orden de Protección de las Víctimas de Violencia Doméstica*. Disponible en: <http://www.mtas.es/mujer/Ordenviolencia.htm>
- Jefatura del Estado (2004). *Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>
- Keane, T., Fairbank, J., Caddell, J., Zimering, R. (1989). Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behaviour Therapy*, 20, 245-260.
- Kemp, A., Rawlings, E. y Green, B. (1991). Post- traumatic stress disorder (PTSD) in battered women: A shelter sample. *Journal of Traumatic Stress*, 4, 1, 137-148.
- Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. y Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52,12, 1048-1060.
- King, D., Leskin, G., King, L. y Weathers, F. (1998). Confirmatory factor analysis of the Clinician-Administered PTSD Scale: evidence for the dimensionality of posttraumatic stress disorder. *Psychological Assessment*, 10, 2, 90-96.
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. y Lozano, R. (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization. Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Contenido.pdf>
- Kubany, E., Hill, E., Owens, J., 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.
- 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. *Cuadernos de 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., Fernández, R. y Rincón, P. (2006) Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 3, 527-547.
- Labrador, F.J. y Rincón, P.P. (2002). Trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia doméstica: evaluación de un programa de intervención. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 905-932.
- Labrador, F. J., Rincón, P. P., De Luis, P. y Fernández, R. (2004). *Mujeres víctimas de violencia doméstica*. Madrid: Pirámide.
- 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.
- Launius, M. y Jensen, B. (1987). Interpersonal problem-solving skills in battered, counselling and control women. *Journal of Family Violence*, 2, 2, 151-162.
- Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar (1996). México, D.F.: Diario Oficial de la Federación.
- Lloyd, S. y Talud, N. (1999). The effects of male violence of female employment. *Violence Against Women*, 5, 370-392.
- Logan, T., Shannon, L. y Walker, R. (2005). Protective orders in rural and urban areas: A multiple perspective study. *Violence Against Women*, 11, 876-911.
- Logan, T., Walker, R., Jordan, C. y Leukefeld, C. (2006). *Women and victimization. Contributing factors, interventions and implications*. Washington: American Psychological Association.
- Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Ares y Mares.
- Lovell, K., Marks, I., Noshirvani, H., Thrasher, S y Livanou, M. (2001). Do cognitive and exposure treatments improve various PTSD symptoms differently? A randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 107-112.
- Lynch, S. y Graham-Bermann, S. (2000). Woman abuse and self affirmation. Influences on women's self-esteem. *Violence Against Women*, 6, 2, 178-197.
- Mancoske, R., Standifer, D. y Cauley, C. (1994). The effectiveness of brief counselling services for battered women. *Research on Social Work Practice*, 4, 1, 53-63.
- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M. y Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring. *Archives of General Psychiatry*, 55, 4, 317-325.
- Marmar, C., Foy, D., Kagan, B. y Pynoors, R.S. (1993). An integrated approach for treating posttraumatic stress. En U. Oldham, M.B. Riba y A. Tasman (eds.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry (vol.12)* (pp. 239-272). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Martín, J.L. y de Paúl, J. (2004). Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema*, 16, 1, 45-49.
- Matuz, M. P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 16, 3, 397-401.
- Mayfield, D., McLeod, G. y Hall, P. (1974). The Cage questionnaire: validation of the new alcoholism screening instrument. *American Journal of Psychiatry*, 131, 1121-1123.
- McDonagh, A., Friedman, M., McHugo, G., Ford, J., Sengupta, A., Mueser, K., Demment, C, Fournier, D., Schnurr, P. y Descamps, M. (2005). Randomized trial of cognitive-behavioral therapy for chronic posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 3, 515-524.

- McWilliams, L., Cox, B. y Asmundson, G. (2005). Symptom structure of posttraumatic stress disorder in a nationally representative sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 626-641.
- Medina, J. (2002). *Violencia contra la mujer en la pareja. Investigación comparada y situación en España*. Valencia: Tirant Monografías.
- Medina-Mora, M.E., Borges-Gimaraes, G., Lara, C., Ramos-Lira, L., Zambrano, J., Fleiz-Bautista, C. (2005). Prevalencia del trastorno de estrés postraumático. *Salud Pública de México*, 47, 1, 8-21.
- Mercy, J., Butchard, A., Dahlberg, L., Zwi, A. y Krug, E. (2003). Violence and mental health. *International Journal of Mental Health*, 32, 1, 20-35.
- Messman-Moore, T., Long, P. y Siegfried, N. (2000). The revictimización of child abuse survivors: An examination of the adjustment of college women with child sexual abuse, adult sexual assault, and adult physical abuse. *Child maltreatment: Journal of the American Professional Society on the Abuse of Children*, 5, 1, 18-27.
- Miguel-Tobal, J.J., González, H. y López, E. (2000). Estrés postraumático: hacia una integración de aspectos psicológicos y neurobiológicos. *Ansiedad y Estrés*, 6, 2-3, 255-280.
- Miller, D. y Porter, C. (1983). Self blame in victims of violence. *Journal of Social Issues*, 39, 139-152.
- Mitchell, R. y Hodson, C. (1983). Coping with domestic violence: social support and psychological health among battered women. *American Journal of Community Psychology*, 11, 6, 629-654.
- Monnier, J., Briggs, E., Davis, J. y Ezzell, C. (2001). Group treatment for domestic violence victims with posttraumatic stress disorder and depression. En L. VandeCreek y T.L. Jackson (dirs.), *Innovations in clinical practice: a Source Book* (vol.19) (pp.113-128). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Monson, C., Schunurr, P., Resick, P., Friedman, M., Young-Xu, Y. y Stevens, S.P. (2006). Cognitive processing therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 7, 5, 898-903.
- Montero, A. (2001). Síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica: una propuesta teórica. *Clínica y Salud*, 12, 1, 5-31.
- Murphy, C.M. y O'Leary, D. (1989). Psychological aggression predicts physical aggression in early marriage. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 5, 579-582.
- Naciones Unidas (1979). *Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*. Disponible en: <http://www.ohchr.org/english/law/pdf/cedaw.pdf>
- Naciones Unidas (1985). *Informe de la Conferencia Mundial para el Examen y la Evaluación de los logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz*. A/CONF.116/28/Rev.1. Nairobi: Naciones Unidas.
- Naciones Unidas (1994). *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*. A/RES/48/104. Ginebra: Naciones Unidas.
- Naciones Unidas (1995). *Declaración de Beijing y Plataforma para la Acción*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Nogueiras, B. (2004). La violencia en la pareja. En C. Ruiz-Jarabo y P. Blanco (dir.), *La violencia contra las mujeres* (pp.39-55). Madrid. Díaz de Santos.
- Norma Oficial Mexicana (NOM-190-SSA1-1999) (1999). *Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención de la Violencia Familiar*. México: Secretaría de Salud.
- O'Leary, D. (2005). Ciclo intergeneracional de la violencia familiar. *Seminario Internacional sobre Agresión y Violencia en Psicología Clínica: Perspectivas Actuales*. Madrid: 16 y 17 de abril de 2005.
- O'Leary, D. y Curley, A.D. (1996). Assertion and family violence: Correlates of spouse abuse.

- Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 3, 281-289.
- O'Leary, D. y Schumacher, J.A. (2003). The association between alcohol use and intimate partner violence. Linear effect, threshold effect or both?. *Addictive Behaviour*, 28, 1575-1585.
- Orengo, F., Rodríguez, M., Lahera, G. y Ramírez, G. (2001). Prevalencia y tipos de trastorno por estrés postraumático en población general y psiquiátrica. *Psiquis*, 22, 4, 169-176.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10, décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades*. Madrid: Meditor.
- Paunovic, N. y Öst, L. (2001). Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1183-1197.
- Piotrkowski, C.S. y Brannen, S.J. (2002). Exposure, threat appraisal and lost confidence as predictors of PTSD symptoms following September 11, 2001. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 4, 476-485.
- Plichta, S.B. (2004). Intimate partner violence and physical health consequences: Policy and practice implications. *Journal of Interpersonal Violence. Special Issue: Toward a National Research Agenda on Violence Against Women (Part. 1)*, 19, 11, 1296-1323.
- Polo, U. (2001). *Maltrato a la mujer en la relación de pareja. Factores relacionales implicados*. Tesis doctoral. Universidad de Alcalá de Madrid.
- Pueyo, A.A. (2005). Agresión y violencia: conceptualización. *Seminario Internacional sobre Agresión y Violencia en Psicología Clínica: Perspectivas Actuales*. Madrid: 16-18 de febrero de 2005.
- Resick, P., Jordan, C., Girelli, S., Hutter, C. y Marhoefer-Dvorak, D. (1988). A comparative victim study of behavioral group therapy for sexual assault victims. *Behaviour Therapy*, 19, 385-401.
- Resick, P., Nishith, P., Weaver, T., Astin, M. y Feuer, C. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 4, 867-879.
- Resick, P. y Scenike, M. (1992). Cognitive processing therapy for assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 5, 748-760.
- Rincón, P.P. (2001). *Trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: Evaluación de programas 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 no publicada. Universidad Complutense de Madrid.
- Rincón, P. P. y Labrador, F. J. (2004). Violencia doméstica: programa de tratamiento para mujeres con trastorno de estrés postraumático. Póster presentado al III Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud. 24-27 de Noviembre, La Habana (Cuba).
- Rincón, P.P., Labrador, F.J., Arinero, M. y Crespo, M. (2004). Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 105-116.
- Riggs, D., Caulfield, M. y Street, E. (2000). Risk for domestic violence: Factors associated with perpetration and victimization. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 10, 1289-1316.
- Rodríguez-Martos, D., Navarro, R.M., Vecino, C. y Pérez, R. (1986). Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohol*, 4, 136-139.
- Rosenbaum, A. y O'Leary, D. (1989). Marital Violence: Characteristic of abusive couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 1, 63-71.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescents Self Image*. Princeton: Princeton University Press.

- Rothbaum, B., Meadows, E.A., Resick, P. y Foy, D. (2000). Terapia cognitiva-conductual. En E. Foa, T. Keane y M. Friedman, *Tratamiento del estrés postraumático* (pp.81-107). Barcelona: Ariel Psicología.
- Sarasua, B y Zubizarreta, I. (2000). *Violencia en la pareja*. Málaga: Aljibe.
- 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.
- Schlee, K., Heyman, R. y O'Leary, D. (1998). Group treatment for spouse abuse: are women with PTSD appropriate participants?. *Journal of Family Violence*, 13, 1, 1-20.
- Schnurr, P., Friedman, J. y Bernardy, C. (2002). Research on posttraumatic stress disorder: epidemiology, pathophysiology and assessment. *Psychotherapy in Practice*, 58, 8, 877-889.
- Secretaría Nacional de Salud Pública (2004a). Encuesta Nacional sobre la Violencia contra las Mujeres. *Salud Pública de México*, 46, 2, 1-122.
- Secretaría Nacional de Salud Pública (2004b). *Modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual*. Ciudad de México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
- Shapiro, F. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing: Basic Principles, Protocols and procedures. New York: Guildford Press.
- Sherman, J.J. (1998). Effects of psychotherapeutic treatment for PTSD: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 3, 413-435.
- Simms, L., Watson, D. y Boebbelin, B. (2002). Confirmatory factor analysis of posttraumatic stress symptoms in deployed and nondeployed veterans of The Gulf War. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 4, 637-647.
- Stark, E. y Flitcraft, A. (1988). Women and children at risk: a feminist perspective on child abuse. *International Journal of Health Services*, 18, 97-118.
- Stark, E., Flitcraft, A., y Fazier, W. (1979). Medicine and patriarchal violence: The social construction of a private event. *International Journal of Health Services*, 98, 461-491.
- Stein, M. y Kennedy, C. (2001). Major depressive and post-traumatic stress disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence. *Journal of Affective Disorders*, 66, 2-3, 133-138.
- Stith, S. y Farley, S. (1993). A predictive model of males spousal violence. *Journal of Family Violence*, 8, 2, 183-201.
- Stith, S. y Rosen, K. (1992). Estudio de la violencia doméstica. En S. Stith, M. Williams y K. Rosen, *Psicosociología de la violencia en el hogar. Estudio, consecuencias y tratamientos* (pp.27-47). Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Spitzer, R., Williams, J., Gibbon, M. y First, M.B. (1990). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R-Patient Edition (with psychotic screen)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Street, A. y Arias, I. (2001). Psychological abuse and posttraumatic stress disorder in battered women: Examining the roles of shame and guilt. *Violence and Victims*, 16, 1, 65-78.
- Taft, C., Murphy, C., King, L., Dedejn, J. y Musser, P. (2005). Posttraumatic stress disorder symptomatology among partner of men in treatment for relationship abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 2, 259-268.
- Tarrier, N., Pilgrim, H. Sommerfield, C., Faragher, B., Reynolds, M., Graham, E. y Barrowclough, C. (1999a). A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 1, 13-18.
- Tarrier, N. y Sommerfield, C. (2004). Treatment of Chronic PTSD by Cognitive Therapy and

- Exposure: 5-year follow-up. *Behavior Therapy*, 35, 231-246.
- Tarrier, N., Sommerfield, C., Pilgrim, H. y Humphreys, L. (1999b). Twelve month follow-up of a trial of cognitive therapy or imaginal exposure in the treatment of PTSD. *British Journal of Psychiatry*, 175, 571-575.
- Taylor, S., Kuch, K., Koch, W., Crockett, D. y Passey, G. (1998). The structure of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 1, 154-160.
- Taylor, S., Thodarson, D.S., Maxfield, L., Fedoroff, I. C., Lovell, K. y Ogradniczuk, J. (2003). Comparative efficacy, speed and adverse effects of three treatments for PTSD: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 330-338.
- Themis, Asociación de Mujeres Juristas (1999). *Respuesta Penal a la Violencia Familiar*. Consejo de la Mujer de la Comunidad de Madrid.
- Tjaden y Thoennes (2002). *Extent, nature and consequences of intimate partner violence: Findings from the National Violence against Women Survey*. Disponible en: <http://www.ojp.usdoj.gov/nij/pubs-sum/181867.htm>
- Torres, P. y Espada, F. J. (1996). *Violencia en casa*. Madrid: Aguilar.
- Tutty, L., Bidgood, B. y Rothery, M. (1993). Support groups for battered women: research on their efficacy. *Journal of Family Violence*, 8, 4, 325-343.
- Ullman, S. y Filipas, H. (2001). Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 369-389.
- Van Etten, M. y Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126-144.
- Varela, N. (2002). *Íbamos a ser reinas*. Barcelona: Ediciones B,S.A.
- Vázquez, B. (1999). Evaluación psicológica de la mujer maltratada. *Clínica y Salud*, 10, 3, 377-391.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 3, 403-422.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1999). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10, 1, 58-81.
- Villavicencio, P. (1993). Mujeres maltratadas: Conceptualización y Evaluación. *Clínica y Salud*, 4, 3, 215-228.
- Villavicencio, P. (1996). *La situación de maltrato y su repercusión en el ajuste psicosocial en las mujeres en centros de acogida*. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.
- 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. 77-78)*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Villavicencio, P. (2001). Barreras que impiden la ruptura de una situación de maltrato. En R. Osborne (Coord.), *La violencia contra las mujeres. Realidad Social y Políticas públicas (pp.35-52)*. Madrid: UNED Ediciones.
- Villavicencio, P. y Sebastián, J. (1999a). *Violencia doméstica y su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- 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. (1979). *The Battered Women*. New York: Harper y Row, Publishers.
- Walker, L. (1989). Psychology and violence against women. *American Psychologist*, 44, 4, 695-702.
- Walker, L. (1991). Post-traumatic stress disorder in women: Diagnosis and treatment of battered women syndrome. *Psychotherapy*, 28, 1, 21-29.

- Walker, L. (1999a). Psychology and domestic violence around the world. *American Psychology*, 54, 1, 21-29.
- Walker, L. (1999b). Terapia para sobrevivientes con mujeres golpeadas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 8, 3, 201-210.
- Walker, L. (2006). Prevención y atención a la violencia de género para equipos de salud mental. *Seminario organizado por el Ministerio de Salud y Consumo, 9 de junio de 2006*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ward, R. (1977). Aging group consciousness. Implications in an older sample. *Sociology and Social Research*, 61, 4, 496-519.
- Weathers, F., Litz, B., Herman, I., Huska, J. y Keane, T. (1994). *PCL-M for DSM-IV*. Boston: National Center for PTSD, Behavioral Science División.
- Webb, W. (1992). Treatment issues and cognitive behaviour techniques with battered women. *Journal of Family Violence*, 7, 3, 205-217.
- Woods, S. (2000). Prevalence and patterns of posttraumatic stress disorder in abused and postabused women. *Issues Mental Health Nursing*, 21, 3, 309-324.
- World Health Organization (WHO) (1998). *Violencia contra la mujer*. En <http://www.who.int/frh-whd/VAW/infopack/Spanish/violencia-infopack.html>
- World Health Organization (WHO) (2000). *Violence against women. Fact Sheet N239*. En <http://www.who.int/inf-fs/en/fact239.html>
- World Health Organization (WHO) (2005). *Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women*. Disponible en: [http://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/en/](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/)
- Zubizarreta, I., Sarasua, B., Echeburúa, E., Corral, P., Sauca, D y Emparanza, I. (1994). Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico. En E. Echeburúa, *Personalidades Violentas* (pp. 129-152). Madrid: Pirámide.





# **ANEXOS**



# **PROTOCOLO DE EVALUACIÓN**

---



## FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

---

<b>ID:</b> _____
<b>Fecha:</b> _____
<b>Tlf:</b> _____

**Nombre y Apellidos:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

**Estado civil:**  Soltera  Casada o conviviente  Separada o divorciada  Viuda  
 En trámites de separación

**Hijos:**  No  Sí **Número de hijos:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

**Vive con el agresor:**  No **¿Desde cuándo?** \_\_\_\_\_ **Vive con** \_\_\_\_\_  
 Sí **Depende económicamente de él:**  Sí  No

**Nivel educacional:**  Sin estudios  Estudios primarios incompletos  Estudios primarios  
 Estudios secundarios  Universitarios

**Situación laboral actual:**  Estudiante  Parada  Ama de casa  Servicio doméstico  
 Profesión no cualificada  Profesión cualificada  Jubilada  Discapacitada

**Clase social subjetiva:**  Baja  Media-baja  Media  Media-alta  Alta

**Nacionalidad:** \_\_\_\_\_ **¿Está usted de forma temporal en España?**  Sí  No

**¿Cuánto tiempo lleva en España?**  Menos de 1 año  Entre 1 y 2 años  Más de 2 años

**Situación legal en nuestro país:**  En regla  En trámite  Sin documentación

### ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA VÍCTIMAS DE MALTRATO DOMÉSTICO

---

A continuación, le voy a hacer algunas preguntas en relación al problema de maltrato que usted ha vivido. Debe ser muy difícil hablar de ello, pero necesito conocer ciertas cosas para poder prestarle una ayuda adecuada. Muchas gracias por su esfuerzo.

1- ¿Qué tipo de abuso ha experimentado?

Físico  Psicológico  Sexual

2- ¿Podría describir detalladamente...

⇒ un incidente típico del maltrato al que ha sido sometida?

⇒ cuándo y cómo fue la última vez que esto sucedió?

⇒ cuándo y cómo sucedió por primera vez?

⇒ cuál ha sido el incidente más grave?

⇒ durante cuánto tiempo lleva/ha estado siendo maltratada?

⇒ Si la persona vive con el agresor, preguntar:

- ⇒ ¿con qué frecuencia se da el maltrato?
- ⇒ ¿cuántas veces en el último año?
- ⇒ ¿y en el último mes de convivencia?
- ⇒ ¿en qué momento se encuentra de su historia de malos tratos?
  - En el momento en que los episodios son más graves
  - En un momento intermedio de gravedad
  - En el momento de menor gravedad de los episodios

⇒ Si la persona ya no vive con el agresor, preguntar:

- ⇒ ¿durante el tiempo en que usted vivía con su pareja, con qué frecuencia era maltratada?
- ⇒ ¿cuántas veces durante el último año de convivencia?
- ⇒ ¿y en el último mes?
- ⇒ ¿está o se siente amenazada por el agresor?

3- ¿En alguna ocasión ha sentido que su vida estaba en peligro?

- NO       SÍ  ⇒ ¿Cuándo?

4- ¿Qué ha hecho usted para solucionar el problema?

5- ¿Qué resultados ha obtenido?

6- ¿Ha denunciado el maltrato?

- NO  ⇒ 7      SÍ  ⇒ N° denuncias:

- ⇒ Por iniciativa de:
- ⇒ ¿Tiene denuncias en curso en este momento?
- ⇒ N° de denuncias retiradas:

7- ¿Ha tenido que abandonar el hogar debido al maltrato?

- NO  ⇒ 8      SÍ  ⇒ N° de veces:

- ⇒ ¿Por cuánto tiempo?
- ⇒ ¿A dónde ha ido en esas ocasiones?

8- ¿Ha recibido asistencia médica por las lesiones provocadas por el maltrato sufrido?

- NO       SÍ  ⇒ N° de veces:

- ⇒ ¿Qué tipo de asistencia ha recibido?

9- ¿Cuenta con algún tipo de apoyo legal o social por este problema? Especifique cuál

10- ¿Ha contado el abuso a alguien?

NO  11 SI  ⇨ ¿Cuál fue la reacción de la otra persona?  
⇨ ¿Se sintió comprendida?

11- ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento debido a este problema?

NO  12 SI  ⇨ ¿Cuándo?  
⇨ ¿De qué tipo?  
⇨ ¿Lo abandonó? ¿Por qué?

12- ¿Ha sufrido algún tipo de trastorno psicológico alguna vez?

NO  13 SI  ⇨ ¿Cuándo?  
⇨ ¿De qué tipo?  
⇨ ¿Ha recibido tratamiento psicológico para ello?

13- ¿Ha estado expuesta anteriormente a algún otro acontecimiento traumático? ¿Podría hablarme de ello?

14- ¿Ha sufrido anteriormente algún tipo de maltrato?

15- ¿Sus hijos han sido física o psicológicamente maltratados? ¿De qué forma?

16- ¿Ha habido experiencias de maltrato en su familia de origen?

17- ¿Está sufriendo en la actualidad algún tipo de maltrato a manos de un hijo?

18- ¿Tiene problemas de salud importantes?

19- ¿Bebe o ha bebido en el pasado?

NO  17b SI  ⇨ CAGE

19b- ¿y abuso de drogas? NO  SI

20- ¿Qué espera conseguir con el tratamiento?

### CUESTIONARIO CAGE (Mayfield, Mc Leod y Hall, 1974).

1- ¿Ha pensado alguna vez que tiene que disminuir el consumo de bebida?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2- ¿Le ha molestado alguna vez la gente que le critica por su forma de beber?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3- ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su costumbre de beber?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4- ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar los nervios o para hacer desaparecer una resaca?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
18b	

**Fuentes:**

Echeburúa, E., Corral, P., Sarasúa, B., Zubizarreta, I. y Sauca, D. (1994). En E. Echeburúa y C. Corral, *Manual de Violencia Familiar* (pp. 28-31). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.

Labrador, L. y Rincón, P. (2002). Trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia doméstica: evaluación de un programa de intervención. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 905-932.



## ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (Echeburúa, Corral Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997b)

Colóquese en cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma.

0 = NADA	2 = DE 2 A 4 VECES POR SEMANA/BASTANTE
1 = UNA VEZ POR SEMANA O MENOS/POCO	3 = 5 O MÁS VECES POR SEMANA/MUCHO

¿DESDE CUÁNDO EXPERIMENTA EL MALESTAR?       1-3 meses     > 3 meses

### REEXPERIMENTACIÓN

- 1- ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones? -----
- 2- ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso? -----
- 3- ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo? -----
- 4- ¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? -----
- 5- ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? -----

### EVITACIÓN

- 1- ¿Se ve obligada a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al suceso? -----
- 2- ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares, personas que evocan el recuerdo del suceso? -----
- 3- ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso? -----
- 4- ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o por la participación en actividades significativas? -----
- 5- ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás? -----
- 6- ¿Se siente limitada en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)? -----
- 7- ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)? -----

### AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN

- 1- ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño? -----
- 2- ¿Está irritable o tiene explosiones de ira? -----
- 3- ¿Tiene dificultades de concentración? -----
- 4- ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso? -----
- 5- ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso? -----

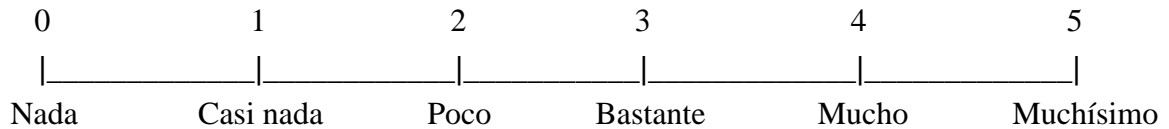
## ESCALA DE INADAPTACIÓN

(Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000)

Rodee con un círculo el número que mejor describa su situación actual respecto a los aspectos de su vida cotidiana que se señalan a continuación.

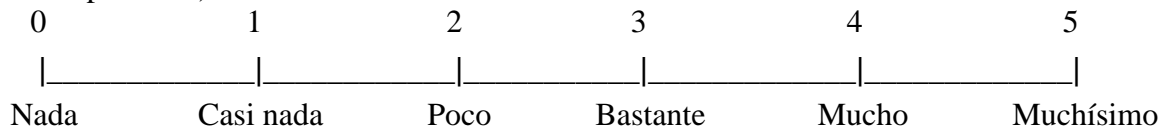
### TRABAJO Y/O ESTUDIOS

✓ A causa de mi experiencia de malos tratos, mi funcionamiento en el trabajo y/o en los estudios se ha visto afectado:



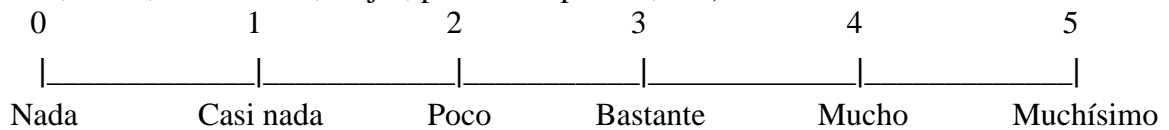
### VIDA SOCIAL

✓ A causa de mi experiencia de malos tratos, mi vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectada:



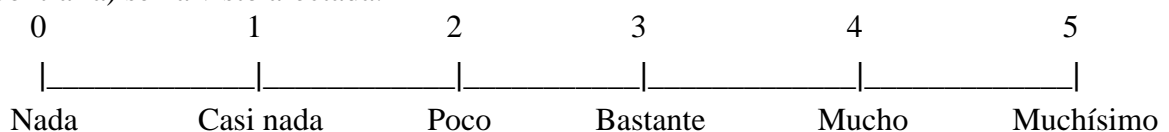
### TIEMPO LIBRE

✓ A causa de mi experiencia de malos tratos, mis actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, viajes, práctica deportiva, etc.) se han visto afectadas:



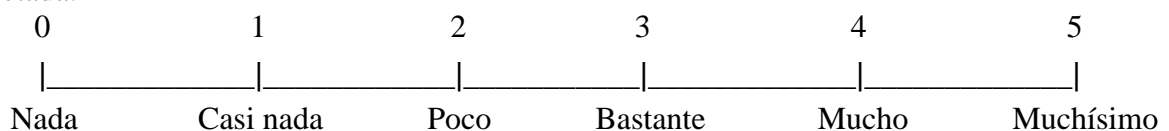
### RELACIÓN DE PAREJA

✓ A causa de mi experiencia de malos tratos, mi relación de pareja (o la posibilidad de encontrarla) se ha visto afectada:



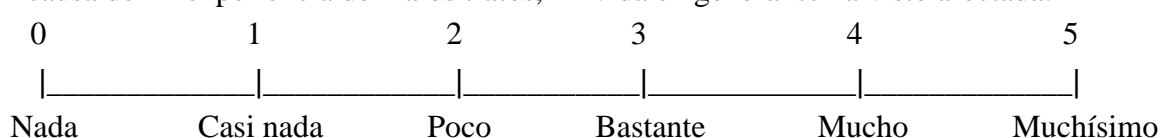
### VIDA FAMILIAR

✓ A causa de mi experiencia de malos tratos, mi relación familiar en general se ha visto afectada:



### ESCALA GLOBAL

✓ A causa de mi experiencia de malos tratos, mi vida en general se ha visto afectada:



### ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Por favor, conteste a los siguientes ítems rodeando con un círculo la respuesta que considere adecuada:

1= Muy de acuerdo 2= De acuerdo 3= En desacuerdo 4= Muy en desacuerdo

✓ 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

✓ Me inclino a pensar que, en conjunto, soy una fracasada.

1	2	3	4
_____	_____	_____	_____
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

✓ Creo que tengo varias cualidades buenas.

1	2	3	4
_____	_____	_____	_____
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

✓ 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

✓ Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgullosa de mí.

1	2	3	4
_____	_____	_____	_____
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

✓ Tengo una actitud positiva hacia mí misma.

1	2	3	4
_____	_____	_____	_____
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

✓ En general, estoy satisfecha conmigo misma.

1	2	3	4
_____	_____	_____	_____
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

✓ Desearía valorarme más a mí misma.

1	2	3	4
_____	_____	_____	_____
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

✓ A veces me siento verdaderamente inútil.

1	2	3	4
_____	_____	_____	_____
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

✓ A veces pienso que no sirvo para nada.

1	2	3	4
_____	_____	_____	_____
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

Inventario modificado para ser utilizado con población femenina

**INVENTARIO DE COGNICIONES POSTRAUMÁTICAS**  
(Foa , Ehler, Clark, Tolin y Orsillo, 1999)

Estamos interesados en el tipo de pensamientos que puede haber tenido después de la experiencia traumática de maltrato. A continuación, hay un número de frases que pueden o no ser representativas de sus pensamientos. Por favor, lea cuidadosamente cada frase y díganos su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de ellas. Las personas reaccionan a los sucesos traumáticos de muchas maneras diferentes. No hay respuestas correctas o incorrectas para estas frases.

- |                                   |
|-----------------------------------|
| 1= Estoy totalmente en desacuerdo |
| 2= Estoy muy en desacuerdo        |
| 3= Estoy levemente en desacuerdo  |
| 4= Me es indiferente              |
| 5= Estoy levemente de acuerdo     |
| 6= Estoy muy de acuerdo           |
| 7= Estoy totalmente de acuerdo    |

LEA ATENTAMENTE	Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Levemente en desacuerdo	Indiferente	Levemente de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. El suceso ocurrió debido a la forma en que yo actué.....	1	2	3	4	5	6	7
2. No confío en que haré las cosas bien.....	1	2	3	4	5	6	7
3. Soy una persona inútil.....	1	2	3	4	5	6	7
4. No seré capaz de controlar mi ira y haré algo terrible.....	1	2	3	4	5	6	7
5. No puedo controlar ni siquiera la más mínima molestia o enojo.	1	2	3	4	5	6	7
6. Solía ser una persona feliz, pero ahora me siento siempre desdichada.....	1	2	3	4	5	6	7
7. No se puede confiar en las personas.....	1	2	3	4	5	6	7
8. Tengo que estar alerta todo el tiempo.....	1	2	3	4	5	6	7
9. Me siento muerta interiormente.....	1	2	3	4	5	6	7
10. No puedes saber quién te hará daño.....	1	2	3	4	5	6	7
11. Tengo que ser especialmente cuidadosa porque nunca se sabe qué puede ocurrir después.....	1	2	3	4	5	6	7
12. Soy una persona incompetente.....	1	2	3	4	5	6	7
13. No seré capaz de controlar mis emociones y pasará algo terrible.	1	2	3	4	5	6	7

LEA ATENTAMENTE	Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Levemente en desacuerdo	Indiferente	Levemente de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
14. Si pienso en el suceso, no seré capaz de controlarlo.....	1	2	3	4	5	6	7
15. El suceso me ocurrió por la clase de persona que soy.....	1	2	3	4	5	6	7
16. Mis reacciones desde el suceso me hacen pensar que estoy enloqueciendo.....	1	2	3	4	5	6	7
17. Nunca seré capaz de sentir de nuevo emociones normales.....	1	2	3	4	5	6	7
18. El mundo es un lugar peligroso.....	1	2	3	4	5	6	7
19. Otras personas podrían haber detenido el suceso y no les hubiera pasado nada malo.....	1	2	3	4	5	6	7
20. Permanentemente he cambiado a peor.....	1	2	3	4	5	6	7
21. Me siento como un objeto, no como una persona.....	1	2	3	4	5	6	7
22. Otras personas no hubieran caído en esta situación.....	1	2	3	4	5	6	7
23. No puedo confiar en otras personas.....	1	2	3	4	5	6	7
24. Me siento apartada y aislada de otros.....	1	2	3	4	5	6	7
25. No tengo futuro.....	1	2	3	4	5	6	7
26. No puedo hacer nada para que no me sucedan cosas malas.....	1	2	3	4	5	6	7
27. Las personas no son lo que parecen.....	1	2	3	4	5	6	7
28. Mi vida ha sido destrozada por el trauma.....	1	2	3	4	5	6	7
29. Como persona hay algo equivocado en mí.....	1	2	3	4	5	6	7
30. Mis reacciones desde el suceso demuestran que soy una perdedora.....	1	2	3	4	5	6	7
31. Algo en mí hace que las cosas me sucedan.....	1	2	3	4	5	6	7
32. No seré capaz de soportar mis pensamientos acerca del suceso y caeré en el aislamiento.....	1	2	3	4	5	6	7
33. Me siento como si no me conociera en absoluto.....	1	2	3	4	5	6	7
34. Nunca puedes saber cuándo sucederá algo horrible.....	1	2	3	4	5	6	7
35. No puedo confiar en mí misma.....	1	2	3	4	5	6	7
36. Nunca más puede sucederme nada bueno.....	1	2	3	4	5	6	7

## INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido DURANTE ESTA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable en su caso, márkelo también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

- |   |   |
|---|---|
| 1 0 No me siento triste habitualmente.<br>1 Me siento triste gran parte del tiempo.<br>2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.<br>3 Me siento tan triste o tan desgraciada que no puedo soportarlo.     | 12 0 No he perdido el interés por los demás.<br>1 Estoy menos interesada en los demás.<br>2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.<br>3 He perdido todo mi interés en los demás.  |
| 2 0 No me siento especialmente desanimada respecto al futuro.<br>1 Me siento desanimada respecto al futuro.<br>2 Siento que no tengo que esperar nada.<br>3 Siento que mi futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán. | 13 0 Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.<br>1 Evito tomar decisiones más que antes.<br>2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.<br>3 Me resulta imposible tomar decisiones.  |
| 3 0 No me siento fracasada.<br>1 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.<br>2 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.<br>3 Me siento una persona totalmente fracasada.                      | 14 0 No creo tener peor aspecto que antes.<br>1 Estoy preocupada porque parezco más vieja o poco atractiva.<br>2 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractiva.<br>3 Creo que tengo un aspecto totalmente horrible.   |
| 4 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.<br>1 No disfruto de las cosas tanto como antes.<br>2 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.<br>3 Estoy insatisfecha o aburrida de todo.                         | 15 0 Trabajo igual que antes.<br>1 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.<br>2 Tengo que obligarme mucho para hacer todo.<br>3 No puedo hacer nada en absoluto.   |
| 5 0 No me siento especialmente culpable.<br>1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.<br>2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.<br>3 Me siento culpable constantemente.                                      | 16 0 Duermo tan bien como siempre.<br>1 No duermo tan bien como antes.<br>2 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.<br>3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volver a dormir.   |
| 6 0 No creo que esté siendo castigada.<br>1 Siento que puedo ser castigada.<br>2 Espero ser castigada.<br>3 Siento que estoy siendo castigada.  | 17 0 No me siento más cansada de lo habitual.<br>1 Me canso más fácilmente que antes.<br>2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.<br>3 Estoy demasiado cansada para hacer nada.  |
| 7 0 No estoy decepcionada conmigo misma.<br>1 Estoy decepcionada conmigo misma.<br>2 Me avergüenzo de mí misma.<br>3 Me detesto.  | 18 0 Mi apetito no ha disminuido.<br>1 No tengo tan buen apetito como antes.<br>2 Ahora tengo mucho menos apetito.<br>3 He perdido completamente el apetito.  |
| 8 0 No me considero peor que cualquier otro.<br>1 Me autocritico por mis debilidades o mis errores.<br>2 Continuamente me critico por mis defectos.<br>3 Me culpo por todo lo malo que sucede.                                | 19 0 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.<br>1 He perdido más de dos kg.<br>2 He perdido más de cuatro kg.<br>3 He perdido más de siete kg.   |
| 9 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.<br>1 A veces pienso en suicidarme pero no lo cometería.<br>2 Desearía suicidarme.<br>3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad.  | Estoy bajo dieta para adelgazar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No.   |
| 10 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.<br>1 Ahora lloro más que antes.<br>2 Lloro continuamente.<br>3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.   | 20 0 No estoy más preocupada por mi salud que lo normal.<br>1 Estoy preocupada por mis problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.<br>2 Estoy preocupada por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.<br>3 Estoy tan preocupada por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa. |
| 11 0 No estoy más irritada de lo normal en mí.<br>1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.<br>2 Me siento irritada continuamente.<br>3 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.       | 21 0 No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.<br>1 Estoy menos interesada en el sexo que antes.<br>2 Estoy mucho menos interesada en el sexo.<br>3 He perdido totalmente mi interés por el sexo.   |

Inventario modificado para ser utilizado con población femenina

### INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

A continuación hay una lista de síntomas frecuentes de ansiedad. Léalos atentamente e indique el grado en que se ha visto afectada por cada uno de ellos durante LA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY, 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 aterrorizada	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 entumecimiento	0	1	2	3
14. Miedo a perder el control	0	1	2	3
15. Dificultades para respirar	0	1	2	3
16. Miedo a morir	0	1	2	3
17. Estar asustada	0	1	2	3
18. Indigestión o molestias en el abdomen	0	1	2	3
19. Sensación de irse a desmayar	0	1	2	3
20. Rubor facial	0	1	2	3
21. Sudoración (no debida al calor)	0	1	2	3

**CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO**  
(Larsen, Attkinson, Hargreaves y Nguyen, 1979)

ID: \_\_\_\_\_

Por favor, ayúdenos a mejorar nuestro programa contestando algunas preguntas acerca de los servicios que ha recibido. Estamos interesados en sus opiniones sinceras, ya sean positivas o negativas. Por favor, conteste todas las preguntas señalando con una x la respuesta elegida

1- ¿Cómo calificaría la calidad del servicio que ha recibido?

- Excelente       Buena       Regular       Mala

2- ¿Encontró la clase de servicio que buscaba?

- No       Sí, parcialmente       Sí, en general       Sí, totalmente

3- ¿En qué medida nuestro programa ha satisfecho sus necesidades?

- Totalmente       En general       Parcialmente       Ninguna

4- Si una amiga necesitara una ayuda similar, ¿le recomendaría nuestro programa?

- No       Probablemente no       Probablemente sí       Sí

5- ¿En qué medida está satisfecha con el tipo de ayuda recibida?

- Muchísimo       Mucho       Bastante       Poco

6- ¿Le han ayudado los servicios que ha recibido a hacer frente más eficazmente a sus problemas?

- Mucho       Bastante       Poco       Nada

7- En conjunto, ¿en qué medida está satisfecha con el servicio recibido?

- Mucho       Bastante       Poco       Nada

8- Si tuviera que buscar ayuda otra vez, ¿volvería a nuestro servicio?

- No       Probablemente no       Probablemente sí       Sí



## ESCALA DE PERCEPCIÓN GLOBAL DE CAMBIO

**ID:** \_\_\_\_\_

Señale cómo se siente en general desde el último encuentro con la terapeuta:

|\_\_\_\_\_||\_\_\_\_\_||\_\_\_\_\_||\_\_\_\_\_||\_\_\_\_\_||\_\_\_\_\_||

Mucho    Bastante    Algo    Igual    Algo    Bastante    Mucho  
peor      peor      peor           mejor    mejor      mejor

## ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUCTURADA PARA LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD (SCID-I)

### ⇒ TRASTORNO DE ANGUSTIA

✓ **1** ¿Alguna vez ha experimentado crisis de angustia en las que de repente se ha sentido asustada o ansiosa o de repente manifestó gran cantidad de síntomas físicos?

SI ⇨ ¿Alguna vez han aparecido estas crisis completamente por sorpresa en situaciones en las que no esperaba encontrarse nerviosa o incómoda?

SI NO ESTÁ CLARO:⇨ ¿Cuántas crisis de este tipo ha tenido? (¿Cómo mínimo dos?).

NO ⇨ 25

→ **A-** (1) crisis de angustia inesperadas recidivantes

✓ **2a** Después de alguna de estas crisis...¿le preocupa que algo malo le pudiese estar ocurriendo, como que hubiese tenido un ataque al corazón o se hubiese vuelto loca? ¿Cuánto tiempo le preocupó esto? (¿Cómo mínimo un mes?)

SI ⇨ 2b

NO ⇨ ¿Estuvo preocupada por padecer otra crisis? (¿Durante cuánto tiempo estuvo preocupada por ello? ¿Como mínimo un mes?)



SI ⇨ 2b

NO ⇨ ¿Hizo algo diferente debido a la crisis, como evitar determinados lugares o no salir sola?, y ¿evitar determinadas actividades como el ejercicio? ¿y cosas como asegurarse tener siempre cerca unos aseos o salida?

NO ⇨ 25

→ (2) al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

- Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias
- Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis
- Cambio significativo del comportamiento

**2b** ¿Cuándo tuvo la última crisis grave? ¿Qué fue la primera cosa que notó? ¿Luego qué?

✓ 3 ¿Los síntomas aparecieron todos de golpe?

NO ⇨ 25

SI ⇨ ¿Cuánto tiempo pasó desde que empezó hasta que se encontró realmente mal?. (¿Menos de 10 minutos?).

SI    NO ⇨ ⇨ 25

➔ Los síntomas de la crisis de angustia se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos.

⇒ Durante esta crisis:

✓ 4 ¿Su corazón se aceleró?

✓ 5 ¿Tuvo sudoración?

✓ 6 ¿Tuvo temblores o sacudidas?

✓ 7 ¿Tuvo sensación de falta de aliento? (¿Tenía dificultades para contener la respiración?)

✓ 8 ¿Tuvo sensación de atragantamiento?

✓ 9 ¿Tuvo opresión o dolor torácico?

✓ 10 ¿Tuvo náuseas o molestias abdominales o la sensación de que iba a tener diarrea?

✓ 11 ¿Tuvo mareos, sensación de inestabilidad o le pareció como si fuese a desmayarse?

✓ 12 ¿Las cosas de su alrededor le parecían irreales o tuvo la sensación de estar separada de lo que le rodeaba o de partes de su cuerpo?

✓ 13 ¿Tuvo miedo de volverse loca o perder el control?

✓ 14 ¿Tuvo miedo a morir?

✓ 15 ¿Tuvo parestesias o entumecimiento de partes de su cuerpo?

✓ 16 ¿Tuvo escalofríos o sofocaciones?

✓ 17 3 síntomas o menos ⇨ 25

➔ Aparecen al menos cuatro de los síntomas anteriores

✓ 18 Justo antes de que esto empezara...

⇨ ¿Se encontraba físicamente enferma?  NO    SI

⇨ ¿Estaba tomando algún medicamento?

NO    SI ⇨ ¿Hubo algún cambio en la cantidad que estaba tomando?

⇒ ¿Estaba bebiendo o tomando alguna droga?

NO    SI ⇒ ¿Ha habido algún otro periodo en que tuviera crisis de angustia que no fueran debidas a enfermedad médica o consumo de sustancias?

SI ⇨ Regresar a 1 y preguntar sobre esta crisis

NO ⇨ 25

→ **C-** Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad

→ **D-** Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático o trastorno por ansiedad de separación.

Verdadero ⇨ **TRASTORNO DE ANGUSTIA** ⇨ 20

Falso ⇨ 25

## ⇒ AGORAFOBIA

✓ **20** ¿Existen situaciones que le ponen nerviosa porque tiene miedo de sufrir una crisis de angustia?

SI ⇒ Hábleme sobre ello...

Si no puede dar detalles ⇒ ¿y qué me dice de...

- sentirse incómoda si se aleja a cierta distancia de casa?

- estar en un lugar con mucha aglomeración, como una tienda un cine o un restaurante?

- hacer cola?

- utilizar el transporte público o conducir un coche?

NO ⇨ 24

→ **B-** (1) Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o embarazoso, o donde, en caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponer de ayuda.

✓ **21** ¿Evita usted estas situaciones?

SI ⇒ ¿cuándo se encuentra en una de estas situaciones, se siente muy incómoda o como si fuera a sufrir una crisis de angustia? ¿Sólo lo puede sobrellevar si está acompañada?

NO ⇨ 24

→ (2)- Las situaciones agorafóbicas se evitan, se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

→ (3)- La ansiedad o comportamiento de evitación no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social , fobia específica, TOC, TEPT o trastorno de ansiedad por evitación.

Falso ➡ 24

→ 23 ¿Ha tenido crisis de angustia o síntomas de agorafobia durante el último mes?

SI ➡ **TRASTORNO DE ANGUSTIA CON AGORAFOBIA**

→ 24 ¿Ha tenido alguna crisis de angustia durante el último mes?

SI ➡ **TRASTORNO DE ANGUSTIA SIN AGORAFOBIA**

### ⇒ OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

✓25 SI NO SE HA DIAGNOSTICADO TODAVÍA TRASTORNO DE ANGUSTIA: ¿Alguna vez ha tenido miedo de salir de casa sola, de estar sola, de hallarse en una aglomeración o en una cola, o de viajar en autobuses o trenes?

SI ➡ **Agorafobia sin historia de trastorno de pánico**

✓26 ¿Hay algo que le haya dado miedo hacer o que le haga sentir incómoda frente a otras personas, como hablar, comer o escribir?

SI ➡ **Fobia social**

✓27 ¿Hay otras cosas a las que tenga miedo, como volar, ver la sangre, recibir un disparo, miedo a las alturas, lugares cerrados o determinados tipos de animales o insectos?

SI ➡ **Fobia específica**

✓28 En los últimos seis meses, ¿se ha sentido especialmente ansiosa o preocupada?

SI ➡ **Trastorno de ansiedad generalizada**

# **PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN**

---



# **Manual de tratamiento**





# DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES

(Labrador y Rincón, 2002)

## ■ PRIMERA SESIÓN

### RESUMEN

OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIALES	DURACIÓN
⇒ <b>Encuadre y cohesión grupal</b>	- Presentación de las participantes y de la terapeuta. - Explicación de las ventajas de trabajar en grupo y de las normas de funcionamiento.	- Hoja con normas y compromiso de secreto terapéutico. - Un bolígrafo.	20 minutos
⇒ <b>Motivación para el tratamiento</b>	- Explicación de los objetivos globales y específicos del tratamiento.	- Ninguno	15 minutos
⇒ <b>Psicoeducación</b>	- Explicación de los tipos de maltrato, ciclo de la violencia doméstica y consecuencias del maltrato.	- Tríptico informativo sobre violencia.	15 minutos
⇒ <b>Control de los niveles de activación</b>	- Entrenamiento en la técnica de control de la respiración.	- Pizarra y rotulador. - CD y aparato de música. - Colchonetas o mantas.	40 minutos
⇒ <b>Asignación de tareas para casa</b>	- Entrenamiento en la técnica de respiración. - Auto-registro de síntomas de reexperimentación.	- Hojas de auto-registro de reexperimentación y respiración. - Hoja resumen con las pautas de entrenamiento en respiración.	10 minutos

#### 1. *Presentación de las participantes.*

• Puesto que la terapeuta ya ha tenido la oportunidad de conocer personalmente a las participantes en la sesión de evaluación, se dirige a cada una de ellas por su nombre para darles la bienvenida y agradecer su asistencia.

• Se hace referencia a lo difícil que debe resultarles asistir a un grupo con personas desconocidas y se les refuerza por haber vencido sus resistencias y haber acudido. Se les recuerda que es un grupo para mujeres víctimas de violencia doméstica y que, en este sentido, todas ellas comparten la misma problemática y presentan, en consecuencia, las mismas dificultades.

- Se anima a las participantes a presentarse al resto del grupo. Muchas de ellas sienten que en este momento tienen que contar su historia de violencia con la emoción que ello despierta, así que es importante señalar que en este primer contacto es suficiente con que mencionen su nombre, si tienen hijos o no, si trabajan o no fuera de casa y algunas de sus aficiones, ya que a lo largo del tratamiento habrá oportunidad de que se vayan conociendo.

## 2. *Explicación de las ventajas de trabajar en grupo y las normas de funcionamiento.*

- La terapeuta insiste en que a pesar de la ansiedad inicial que pueden estar experimentando al encontrarse en una situación nueva y desconocida, el trabajo grupal les va a resultar muy beneficioso para la superación de sus dificultades, ya que es una oportunidad para sentirse comprendidas por mujeres que presentan las mismas dificultades y aprender a través de la ayuda que pueden recibir de otras participantes y de la ayuda que ellas mismas pueden proporcionar al resto del grupo.

- Se explica que, puesto que el trabajo es conjunto, son necesarias ciertas normas de grupo, que les permitan funcionar de manera óptima. La terapeuta facilita por escrito a cada una de las participantes algunas normas imprescindibles para el trabajo en grupo, que hacen referencia a la confidencialidad, puntualidad, participación activa, etc. y les anima a discutir las, a seleccionar las que consideren más relevantes y a añadir otras nuevas en caso de que lo estimen necesario.

- Firma del compromiso de trabajo terapéutico y confidencialidad. Cada participante recibe una hoja de compromiso en la que firman todas y cada una de las participantes.

## 3. *Motivación para el tratamiento.*

- Se explican los objetivos terapéuticos globales y específicos del tratamiento. Se solicita a las participantes que verbalicen lo que esperan conseguir con la participación en el programa, y entre todas se discuten y se ajustan las expectativas personales a los objetivos reales del tratamiento.

- Se hace hincapié en que para alcanzar los objetivos terapéuticos es imprescindible la asistencia regular, la participación activa en las sesiones y la realización sistemática de las tareas asignadas para casa, entendiendo que es un trabajo costoso pero que es necesario cumplir.

## 4. *Explicación del problema de maltrato, de las reacciones más frecuentes de la víctima y del ciclo de la violencia.*

- La terapeuta entrega a cada participante una hoja informativa en la que aparecen descritas las tres formas de violencia que la mujer puede experimentar en el ámbito doméstico, la manera en que frecuentemente se desarrolla el maltrato (ciclo de la violencia) y las consecuencias que a nivel psicológico provoca en las víctimas (recuerdos permanentes relacionados con el maltrato, dificultad de concentración, dificultad para conciliar el sueño,

pérdida de ilusión y de apetencia para llevar a cabo actividades, evitación de pensamientos, actividades y lugares, irritabilidad, explosiones de ira o llanto...), enfatizando en la normalidad de estas reacciones como respuesta a la situación tan traumática vivida por todas ellas. Una vez que el tríptico ha sido leído en voz alta por alguna de las participantes, se deja un espacio para la reflexión en el que poder comentar si se han sentido identificadas con la información trabajada. Se insiste en que, dada la situación tan dramática que han experimentado, es importante que no repriman las emociones que puedan aflorar al hablar de su experiencia, mostrando comprensión y apoyo continuamente.

- Es importante desde este primer momento facilitar cierta información incongruente con alguna de las creencias erróneas de estas mujeres, principalmente las que hacen referencia a la culpabilización por la ocurrencia o por haber permitido el maltrato. Concretamente, hay que transmitir claramente la idea de que ante la violencia doméstica la víctima se encuentra en un estado de indefensión, ya que no hay nada que pueda hacer para evitar o retrasar las agresiones. Hay que insistir firmemente en que no hay relación alguna entre lo que la víctima haga o deje de hacer y el comportamiento agresivo de su pareja, estando la violencia injustificada en cualquier momento y situación. Por otro lado, hay que señalar nuevamente que la exposición prolongada a la violencia deteriora gravemente la salud psicológica de las víctimas, siendo este desgaste a nivel emocional uno de los factores, entre otros, que dificulta el abandono de la relación. En este sentido, hay que aclarar que no es que ellas hayan permitido el maltrato, sino que ciertas circunstancias, como el tener hijos pequeños a los que cuidar, carecer de un trabajo remunerado, el temor al futuro en solitario, el miedo a las represalias del agresor, la desconfianza en los propios recursos psicológicos, etc., hacen que el abandono de la relación sea algo sumamente complicado, lo que explica la prolongación en el tiempo de la violencia.

##### 5. *Entrenamiento en respiración abdominal.*

- Se explica a las participantes que un patrón adecuado de respiración es esencial para la vida y un antídoto contra el estrés, pero que, sin embargo, ciertas situaciones estresantes, como es la exposición prolongada a la violencia, favorecen patrones inadecuados de respiración, caracterizados por un ritmo acelerado y escasa intensidad. Se pone énfasis en que una respiración inadecuada provoca una menor oxigenación de los tejidos, un mayor trabajo cardíaco y una mayor intoxicación general del organismo, facilitando la aparición de ansiedad, depresión, fatiga física y malestar general. Por el contrario, una respiración adecuada facilitaría una mejor oxigenación, un mejor funcionamiento de los tejidos y un menor trabajo cardíaco, impidiendo así la aparición de fatiga física y de sensaciones de ansiedad, depresión, irritabilidad y tensión muscular.

- A continuación, se entrena a las participantes en la técnica de control de respiración, ensayando cada uno de los ejercicios, y se enfatiza en la importancia de su práctica diaria para

un dominio adecuado. En esta sesión se lleva a cabo la respiración en posición horizontal para facilitar su aprendizaje. Durante la respiración la terapeuta insiste en la importancia de focalizar la atención en las sensaciones corporales.

*6. ➡ Asignación de tareas para casa.*

- Control de la respiración. Se entrega a cada participante una hoja en la que aparecen descritos todos los ejercicios de respiración trabajados en la sesión y se les pide que la practiquen diariamente durante 20 minutos, registrando el momento del día en el que la llevaron a cabo y cómo se sintieron tras haberla realizado.

- Registro de síntomas de reexperimentación. Para ello se entrega a cada participante un auto-registro para ser cumplimentado a lo largo de la semana, en el que además de los síntomas de reexperimentación, deben señalar el grado de malestar que les provoca.

## ■ SEGUNDA SESIÓN

### RESUMEN

OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIALES	DURACIÓN
⇒ <b>Apertura de la sesión</b>	- Revisión de lo acontecido durante la semana y de las tareas asignadas. - Refuerzo por su cumplimiento.	- Ninguno	10 minutos
⇒ <b>Psicoeducación</b>	- Explicación acerca de la ansiedad, su curso y manifestación.	- Hoja informativa.	20 minutos
⇒ <b>Reducir pensamientos intrusivos</b>	- Entrenamiento en detención de pensamiento.	- Pizarra. - Bolígrafo y folio por participante.	40 minutos
⇒ <b>Control de los niveles de activación</b>	- Entrenamiento en la técnica de control de la respiración.	- Aparato de música.	5 minutos
⇒ <b>Mejora de la autoestima y cierre de la sesión</b>	- Lectura de las cualidades de la compañera como tarea distractora.	- Ninguno	5 minutos
⇒ <b>Asignación de tareas para casa</b>	- Práctica de la técnica de detención de pensamiento. - Auto-registro A-B-C. - Entrenamiento de la respiración.	- Hojas de auto-registro de detención de pensamiento y esquema A-B-C	15 minutos

#### 1- *Revisión de lo acontecido durante la semana y de las tareas asignadas.*

- Una vez saludadas todas las participantes, la terapeuta pregunta al grupo si alguna de ellas ha tenido alguna novedad durante la semana que quisiera compartir con el resto (alguna entrevista de trabajo, cita judicial...).

- Después la terapeuta recoge los auto-registros y pregunta si ha habido alguna dificultad en la práctica de la respiración. Se insiste en la idea de que una respiración adecuada es un aprendizaje y en la necesidad de seguir practicándola tanto en sesión como en casa. Se refuerza a cada una de ellas por haber llevado a cabo las tareas para casa.

2- *Explicación del mecanismo de la ansiedad, su curso y manifestación.*

- Se entrega a las participantes una hoja informativa en la que se explica que la ansiedad es una respuesta innata de nuestro organismo, que tiene como misión la supervivencia y que, por lo tanto, es beneficiosa para el ser humano. Se comentan las dos circunstancias en las que la ansiedad deja de ser beneficiosa para convertirse en un problema, y la forma de u invertida que caracteriza el curso de la ansiedad. Finalmente, se describe en qué consiste un ataque de pánico y cuál es la explicación real de las sensaciones que experimentan, con el objeto de que puedan cambiar las cogniciones catastrofistas que tienen lugar antes, durante y después del episodio (por ejemplo, me mareo por una bajada de la presión arterial como consecuencia de la hiperventilación, no es que vaya a morirme o desmayarme).

3- *Entrenamiento en la técnica de detención de pensamiento.*

- Se explica a las participantes la relación que existe entre nuestros pensamientos y sentimientos, en el sentido de que pensamientos traumáticos o autocríticos provocan sentimientos marcados por un alto grado de malestar y viceversa. Se les pide que mencionen ejemplos de esta relación para asegurar que la han comprendido bien. Se diferencian dos tipos de pensamientos generadores de malestar, los primeros serían pensamientos repetitivos e involuntarios en forma de recuerdos e imágenes sobre el maltrato y los segundos pensamientos autocríticos, principalmente de baja autoestima, vergüenza y culpabilidad por la violencia experimentada. Se añade que, dado el enorme malestar que provocan este tipo de cogniciones, es importante reducir su frecuencia y duración, para lo cual vamos a aprender dos técnicas, detención de pensamiento para los primeros y discusión cognitiva para los segundos.

- Se indica a las participantes que en la sesión de hoy vamos a aprender a trabajar la técnica de detención de pensamiento, que consiste en detectar lo antes posible los pensamientos traumáticos, detenerlos y eliminarlos de la mente, sustituyéndolos por otro pensamiento que atrape nuestra atención y que no sea generador de malestar. El objetivo último es aumentar nuestro control sobre estos pensamientos para conseguir que dejen de perturbarnos. Se vuelve a insistir en que esto es una habilidad que puede ser aprendida por medio de la práctica y que resulta de mucha utilidad para eliminar esos pensamientos intrusivos que son recurrentes, provocan alto grado de malestar e interfieren en la realización de otras actividades.

- Para aprender esta técnica cada participante va a elegir de entre los pensamientos registrados como tarea para casa, aquél que le provoque un grado medio de malestar, y lo va a verbalizar en voz alta para ser supervisado por la terapeuta, con el objeto de asegurar que la formulación del mismo sea lo más concreta posible. A continuación se establece el punto de corte, una palmada y la verbalización de “BASTA”, y la tarea distractora, escribir diez cualidades de la compañera que está sentada a su derecha en sesión.

- Se pide a las participantes que con los ojos cerrados se concentren en el pensamiento traumático seleccionado y que levanten la mano tan pronto como lo consigan. En este momento la terapeuta da una palmada y de manera enérgica pronuncia la palabra “BASTA”, pidiendo a continuación que lleven a cabo la tarea distractora. Este ejercicio se lleva a cabo tres veces, y una vez finalizado se les pide que verbalicen los resultados obtenidos, para comprobar que el pensamiento está siendo cortado.

- Se explica la importancia de que sean ellas mismas las que introduzcan el estímulo de corte y para ello van a volver a llevar a cabo el ejercicio, esta vez pronunciando ellas mismas la palabra “BASTA” para detener el pensamiento y continuar con la tarea distractora. Se lleva a cabo tres veces y se realiza la puesta en común.

- Con el objeto de que puedan hacer uso de esta técnica en cualquier momento y lugar, se les explica que es importante que introduzcan el estímulo de manera encubierta, es decir, imaginándolo y lleven a cabo la tarea distractora también de esta manera. Para ello, van a imaginar que oyen la palabra “BASTA” en su mente, y van a introducir como tarea distractora una actividad mental, que previamente se va a determinar individualmente con cada participante. Es importante que cada una encuentre la tarea distractora que mejor le funcione, insistiendo en que debe ser susceptible de acaparar toda nuestra atención, condición para que el pensamiento traumático permanezca fuera de la mente. Se ejercita tres veces.

#### 4- *Ejercicio de respiración.*

- Se practica la técnica de control de la respiración, esta vez en posición sentada.

#### 5- *Mejora de la autoestima.*

- Cada participante lee en voz alta las cualidades propias descritas por su compañera como tarea distractora. Se les pregunta si están de acuerdo con las cualidades que de ellas se han dicho.

#### 6. ➡ *Asignación de tareas para casa.*

- Práctica de la detención de pensamiento a lo largo de la semana y en dos momentos del día distintos. Se entrega a cada participante una hoja de registro para esta actividad.

- Práctica de la respiración durante 20 minutos al día, registrando el momento del día y la manera en la que se sintieron tras haberla realizado.

- Se les explica el esquema A-B-C, a través del cual se mostrará a las participantes cuál es el proceso de las alteraciones emocionales. Así A (acontecimiento activador) hará referencia a alguna situación relacionada con la experiencia de maltrato experimentada por las participantes; B (cogniciones) indicará las interpretaciones y pensamientos irracionales suscitados por el acontecimiento; y C (consecuencia) corresponderá a la respuesta emocional experimentada como



consecuencia de B. Nuevamente se hace hincapié en la relación entre los pensamientos y sentimientos, entendiendo que ante un mismo acontecimiento pueden surgir múltiples interpretaciones (pensamientos), algunas racionales y otras irracionales, suscitando estas últimas un alto grado de malestar emocional y/o conductas desadaptativas. Se facilita la comprensión por medio de ejemplos.

## ■ TERCERA SESIÓN

### RESUMEN

OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIALES	DURACIÓN
⇒ <b>Apertura de la sesión</b>	- Revisión de lo acontecido durante la semana y de las tareas asignadas. - Refuerzo por su cumplimiento.	- Ninguno	5 minutos
⇒ <b>Reevaluación cognitiva</b>	- Entrenamiento en la técnica de reevaluación cognitiva.	- Pizarra y rotulador.	55 minutos
⇒ <b>Mejora del estado de ánimo</b>	- Psicoeducación.	- Ninguno	15 minutos
⇒ <b>Control de los niveles de activación</b>	- Entrenamiento en la técnica de control de la respiración.	- Aparato de música.	5 minutos
⇒ <b>Asignación de tareas para casa y cierre de sesión</b>	- Entrenamiento en reevaluación cognitiva. - Identificación y registro de situaciones problemáticas acontecidas durante la semana. - Práctica de la respiración. - Registro de actividades placenteras.	- Hoja de esquema A-B-C-D. - Auto-registro de situaciones problemáticas. - Hoja de registro de actividades placenteras.	15 minutos
⇒ <b>Evaluación del cambio percibido</b>	- Administración de la Escala de Cambio Percibido	- Escala de Cambio Percibido.	5 minutos

#### 1- *Revisión de lo acontecido durante la semana y de las tareas asignadas.*

- Una vez saludadas todas las participantes, la terapeuta pregunta al grupo si alguna de ellas ha tenido alguna novedad durante la semana que quisiera compartir con el resto (alguna entrevista de trabajo, cita judicial...).

- Después la terapeuta recoge los auto-registros y pregunta si ha habido alguna dificultad para llevar a cabo la detección de pensamiento y la respiración. Se insiste en la idea de que el dominio de cualquier habilidad requiere práctica constante. Se les refuerza por haber realizado las tareas para casa.

## 2- *Reevaluación cognitiva.*

- Se revisan los registros A-B-C.

• *Detección de ideas irracionales.* Además de los pensamientos registrados a lo largo de la semana, cada participante revisa, con la ayuda de la terapeuta, más interpretaciones erróneas de la experiencia de maltrato, es decir, atribuciones de responsabilidad por lo ocurrido, sentimientos de baja autoestima y vergüenza y afirmaciones imperativas y exigentes que se pudieran estar haciendo a ellas mismas. Algunas respuestas del Inventario de Cogniciones Postraumáticas pueden servir para hacer el ejercicio, siempre y cuando las participantes estén dispuestas a que algunas de sus respuestas sean compartidas en alto.

• *Discusión guiada de los pensamientos irracionales* y cuestionamiento de todos aquellos pensamientos surgidos a partir de una evaluación errónea de la situación, poniendo especial hincapié en evitar las sobregeneralizaciones. Para ello, se entrega a las participantes una hoja informativa con preguntas estratégicas que pudieran ayudarles en el cuestionamiento de los pensamientos negativos.

- *Introducción de un pensamiento alternativo* al pensamiento erróneo (D).

## 3- *Planificación de actividades agradables.*

• Se explica a las participantes la relación causal y directa que existe entre el número de actividades agradables que las personas realizan y la calidad de su estado de ánimo. Se explica gráficamente el mecanismo del círculo vicioso entre la implicación en actividades gratificantes y el estado de ánimo: al tener un estado de ánimo bajo, la implicación en cualquier actividad, por placentera que pudiera resultar, supone un gran esfuerzo; es frecuente dejarse llevar por la apatía y abandonar paulatinamente las actividades placenteras, con la pérdida de reforzadores positivos que ello conlleva, lo que nuevamente favorece un estado de ánimo cada vez más bajo y el abandono progresivo de un número cada vez mayor de actividades (primero las gratificantes y luego también las obligatorias). Por lo tanto, en un intento de romper este círculo vicioso es importante comenzar a reestablecer las actividades placenteras que en el pasado realizaban y que en la actualidad han abandonado, comenzando por las que más probabilidad tengan de ser llevadas a cabo, aunque ello suponga al principio un gran esfuerzo.

• Se hace hincapié en la importancia de dedicar un tiempo diario para la práctica de estas actividades, como un hábito de autocuidado, a pesar de que suponga un gran esfuerzo. Para ello la terapeuta rastrea en la sesión qué tipo de actividades les resultan gratificantes y debido a las circunstancias han abandonado. Se planifican a lo largo de la semana, concretando en qué momento del día van a ser llevadas a cabo y durante cuánto tiempo. Si varias de las participantes comparten la misma actividad gratificante (por ejemplo, salir a dar un paseo) se puede planificar para que sea realizada en pareja y así aumentar la probabilidad de que sea llevada a cabo.

4- *Ejercicio de respiración*

- Se practica la técnica de control de la respiración en posición sentada.

6. ➡ *Asignación de tareas para casa*

• Se les pide que registren diariamente pensamientos distorsionados generadores de un alto grado de malestar para que lo discutan racionalmente y lo sustituyan por un pensamiento alternativo.

• Se insiste en que sigan practicando la respiración, tantas veces al día como les resulte posible.

• Se les pide que identifiquen y registren situaciones problemáticas en las que encuentren dificultad para tomar una decisión.

• Finalmente se les indica que lleven a cabo las actividades gratificantes programadas y que lo registren, indicando el grado de satisfacción experimentado.

7- *Evaluación de la sesión.*

- Se entrega a cada participante la Escala de Cambio Percibido.

## ■ CUARTA SESIÓN

### 📄 RESUMEN

OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIALES	DURACIÓN
⇒ <b>Apertura de la sesión</b>	- Revisión de lo acontecido durante la semana y de las tareas asignadas. - Refuerzo por su cumplimiento.	- Ninguno	5 minutos
⇒ <b>Reevaluación cognitiva</b>	- Entrenamiento en la técnica de reevaluación cognitiva.	- Pizarra y rotulador.	35 minutos
⇒ <b>Entrenamiento en habilidades de afrontamiento</b>	- Entrenamiento en las dos primeras fases de la técnica de solución de problemas.	- Hoja informativa. - Pizarra y rotulador. - Folio y bolígrafo por participante.	30 minutos
⇒ <b>Control de los niveles de activación</b>	- Entrenamiento en técnica de respiración.	- Ninguno	10 minutos
⇒ <b>Asignación de tareas para casa y cierre de sesión</b>	- Entrenamiento en reevaluación cognitiva. - Entrenamiento en las dos primeras fases de solución de problemas. - Práctica de la respiración. - Registro de actividades placenteras.	- Hoja de esquema A-B-C-D. - Auto-registro de definición de problemas. - Hoja de registro de actividades placenteras.	15 minutos
⇒ <b>Evaluación del cambio percibido</b>	- Administración de la Escala de Cambio Percibido.	- Escala de Cambio Percibido.	5 minutos

#### 1- *Revisión de lo acontecido durante la semana y de las tareas asignadas.*

- Una vez saludadas todas las participantes, la terapeuta pregunta al grupo si alguna de ellas ha tenido alguna novedad durante la semana que quisiera compartir con el resto (alguna entrevista de trabajo, cita judicial...).

- La terapeuta revisa los auto-registros de las actividades gratificantes llevadas a cabo durante la semana y se comenta en grupo el grado de satisfacción que han experimentado. Se refuerza a las participantes por la realización de las tareas asignadas.

## 2- *Reevaluación cognitiva.*

- Se pide a las participantes que verbalicen un ejemplo de pensamientos erróneos registrados durante la semana, y a continuación la terapeuta los escribe en la pizarra con el objeto de revisar en grupo su proceso de discusión y la validez de los pensamientos alternativos.

- En relación a los sentimientos de culpa se recalca la idea de que la conducta violenta es única y exclusivamente responsabilidad del agresor y, más concretamente, de sus pensamientos y emociones. Se insiste en que el comportamiento de la víctima no guarda relación alguna con el hecho de recibir malos tratos y, por lo tanto, los pensamientos alternativos tienen que ser congruentes con esta idea. Sin embargo, es importante diferenciar esta indefensión frente a la ocurrencia de los episodios violentos de la percepción que muchas víctimas tienen de que no pueden hacer nada para aumentar su seguridad.

- Por otro lado, es frecuente que estas mujeres generalicen la experiencia traumática a la totalidad de la vida y vean el mundo como un lugar peligroso y hostil en el que nunca se puede predecir quién puede provocar daño, por lo que es importante reestructurar este esquema mental.

- Se insiste en la importancia de evitar pensamientos sobregeneralizadores a cerca de sí mismas y del mundo.

## 3- *Entrenamiento en la técnica de solución de problemas.*

- Se explica que el solucionar problemas es una actividad que el ser humano debe llevar a cabo constantemente a lo largo de la vida, que forma parte de la cotidianeidad, pero que el tener dificultades en el manejo de los problemas incrementa el estrés y los sentimientos de tristeza. Por ello, la importancia de aprender a resolverlos exitosamente, a través de un procedimiento que va a ser trabajado en sesión.

- En esta primera sesión se explican los dos primeros pasos de la técnica: orientación general hacia el problema y definición y formulación del mismo. Se escribe en la pizarra un ejemplo planteado por alguna de las participantes o registrado durante la semana y se llevan a cabo en grupo las dos primeras fases de la técnica.

- Se pide que trabajen en pequeños grupos. Cada participante debe describir una de las situaciones problemáticas identificadas durante la semana y tratar de definirla de la manera más completa posible, especificando quién, qué, dónde, cuándo, el por qué y el cómo del problema a trabajar.

- Finalizada la tarea se procede a la puesta en común, escribiendo en la pizarra el problema trabajado por cada grupo, con el objeto de revisar que haya sido descrito utilizando información relevante y de manera clara y completa.

## 4- *Ejercicio de respiración.*

- Se practica la técnica de control de la respiración en posición de pie.

5. ➡ *Asignación de tareas para casa.*

- Se les pide que describan diariamente una situación generadora de pensamientos erróneos y alto grado de malestar, para que ensayen la discusión racional y la sustitución de pensamientos erróneos por pensamientos alternativos.

- Práctica de las dos primeras fases de solución de problemas.

- Se insiste en la práctica diaria de la respiración y en la importancia de llevar a cabo diariamente actividades gratificantes.

6- *Evaluación de la sesión.*

- Se entrega a cada participante la Escala de Cambio Percibido.

## ■ QUINTA SESIÓN

### RESUMEN

OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIALES	DURACIÓN
⇒ <b>Apertura de la sesión</b>	- Revisión de lo acontecido durante la semana y de las tareas asignadas. - Refuerzo por su cumplimiento.	- Ninguno	5 minutos
⇒ <b>Entrenamiento en habilidades de afrontamiento</b>	- Entrenamiento en las tres últimas fases de la técnica de solución de problemas.	- Pizarra y rotulador. - Folio y bolígrafo por participante.	40 minutos
⇒ <b>Mejora de la autoestima</b>	- Psicoeducación. - Proyección hacia el futuro.	- Tríptico de autoestima - Inventario de autoestima	40 minutos
⇒ <b>Asignación de tareas para casa y cierre de sesión</b>	- Entrenamiento en solución de problemas. - Leer material de autoestima. - Programación de actividades gratificantes. - Control de la respiración.	- Auto-registro de solución de problemas.	10 minutos
⇒ <b>Evaluación del cambio percibido</b>	- Administración de la Escala de Cambio Percibido.	- Escala de Cambio Percibido.	5 minutos

#### 1- *Revisión de lo acontecido durante la semana y de las tareas asignadas.*

- Una vez saludadas todas las participantes, la terapeuta pregunta al grupo si alguna de ellas ha tenido alguna novedad durante la semana que quisiera compartir con el resto (alguna entrevista de trabajo, cita judicial...).

- Después la terapeuta revisa los pensamientos que han sido reevaluados a lo largo de la semana y, a continuación, se comentan las actividades gratificantes realizadas y el grado de satisfacción. Se refuerza a las participantes por la realización de las tareas asignadas.

#### 2- *Entrenamiento en la técnica de solución de problemas.*

- Se revisan los registros de definición y formulación de problemas asignados para casa.
- Se explican las tres fases restantes de la técnica de solución de problemas: generación de alternativas, valoración de cada alternativa y puesta en práctica y evaluación de la alternativa. Se entrega a cada participante una hoja informativa resumen de los pasos de la técnica de solución de problemas.



- La terapeuta escribe en la pizarra la misma situación utilizada como ejemplo en la sesión anterior y, en grupo, se continúa con las tres últimas fases de la técnica.

- A continuación, se pide que trabajen en pequeños grupos. Cada participante debe retomar la situación problemática que comenzó a trabajar en la sesión anterior y tratar de poner en práctica los tres nuevos pasos de la técnica de solución de problemas. La terapeuta supervisa la tarea, asegurando que las participantes generen el mayor número de alternativas posibles, independientemente de su validez. Acto seguido, supervisa y guía la evaluación, en términos de costes, beneficios y grado de satisfacción con cada una de las alternativas generadas, así como de la solución finalmente escogida, tratando de valorar en qué medida logra resolver el problema planteado.

- Finalizada la tarea se procede a la puesta en común, escribiendo en la pizarra el problema formulado por cada grupo y animando al resto de las participantes a realizar aportaciones.

### 3- *Mejora de la autoestima.*

- Se entrega a cada participante el tríptico informativo sobre autoestima para que sea leído y comentado en grupo.

- Se explica a las participantes que cada persona se valora a sí misma en función de la evaluación que hace de sí misma en diferentes áreas, como son el área social, laboral, familiar, de pareja, corporal y global. Por consiguiente, al hablar de autoestima vamos a tener en cuenta estas mismas áreas. Se les explica que el área social abarca los sentimientos de una misma en cuanto a la amistad, sus habilidades sociales, la aceptación social y el nivel de satisfacción en la relación con el otro. El área laboral hace referencia a la evaluación de una misma a través de la propia aptitud, éxito, funcionamiento y satisfacción laboral. La autoestima familiar y de pareja refleja los propios sentimientos como miembro de una familia, y la valoración que se lleva a cabo sobre el desempeño y satisfacción del rol de madre y esposa. La imagen corporal es la combinación del aspecto y las capacidades físicas, incluyendo la valoración de la propia salud, y la autoestima global es la valoración general de una misma, basándose en la evaluación de todas estas áreas y de los logros y éxitos alcanzados en la vida.

- Se pide a las participantes que rellenen un inventario en el que aparecen todas las áreas mencionadas, para que especifiquen aspectos positivos y negativos de sí mismas.

- Una vez finalizada la tarea se anima a las participantes a compartir con el grupo los aspectos señalados. La terapeuta supervisa el ejercicio, asegurando que la descripción de los aspectos negativos no se ha llevado a cabo utilizando un lenguaje generalizador y peyorativo, y enfatiza en la importancia de focalizar la atención en los aspectos positivos.

- Se anima a las participantes a imaginarse a sí mismas en un futuro, y se les pide que verbalicen en voz alta esta proyección, enfatizando en los aspectos positivos (participación en

actividades nuevas, posibilidades de mejorar en el trabajo, de aumentar su red de apoyo social...).

4.  $\Rightarrow$  *Asignación de tareas para casa.*

- Se les pide que pongan en práctica la técnica de solución de problemas.
- Se insiste en la práctica de la respiración y de la realización diaria de actividades gratificantes.

5- *Evaluación de la sesión.*

- Se entrega a cada participante la Escala de Cambio Percibido.

## ■ SEXTA SESIÓN

### RESUMEN

OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIALES	DURACIÓN
⇒ <b>Apertura de la sesión</b>	- Revisión de lo acontecido durante la semana y de las tareas asignadas. - Refuerzo por su cumplimiento.	- Ninguno	15 minutos
⇒ <b>Exposición</b>	- Exposición en imaginación a un episodio de maltrato.	- 6 tarjetas y bolígrafo por participante. - Una grabadora y cinta por participante.	60 minutos
⇒ <b>Control de los niveles de activación</b>	- Entrenamiento en técnica de respiración.	- Ninguno	5 minutos
⇒ <b>Asignación de tareas para casa y cierre de sesión</b>	- Autoexposición en imaginación. - Registro de situaciones evitadas. - Programación de actividades gratificantes. - Control de la respiración.	- Auto-registro de tareas de exposición al relato de la situación vivida. - Auto-registro de situaciones evitadas.	15 minutos
⇒ <b>Evaluación del cambio percibido</b>	- Administración de la Escala de Cambio Percibido.	- Escala de Cambio Percibido.	5 minutos

#### 1- *Revisión de lo acontecido durante la semana y de las tareas asignadas.*

- Una vez saludadas todas las participantes, la terapeuta pregunta al grupo si alguna de ellas ha tenido alguna novedad durante la semana que quisiera compartir con el resto
- Después la terapeuta revisa el registro de solución de problemas de cada una de las participantes y se comentan en voz alta las dificultades que hayan podido surgir para su realización. Se refuerza a las participantes por la realización de tareas.

#### 2- *Exposición.*

- Se explica a las participantes la necesidad de que se expongan a la situación temida para que se habitúen a ella y deje de generarles niveles tan altos de malestar. Por el tipo de problemática con la que estamos trabajando, la exposición se llevará a cabo en imaginación. El objetivo concreto es sustituir la reexperimentación del acontecimiento traumático por el recuerdo

que la memoria emocional con imágenes fragmentadas y caóticas sea sustituida por la memoria verbal, de manera que pueda poner nombre a los sentimientos, a las emociones y, por tanto, pueda integrarla en lo que es su historia biográfica, con todas las aportaciones negativas que tenga.

- Con ayuda de la terapeuta cada participante diseña el contenido de las escenas a las que se va a exponer en imaginación. Se entrega a cada una de ellas seis tarjetas en blanco para que describan, por una cara, un episodio de maltrato que hayan experimentado, y por el otro el grado de ansiedad que les genera esa situación, valorándola en una escala de 0 a 100. Por tanto, cada participante describe y valora en términos de malestar provocado seis situaciones de malos tratos distintas, incluyendo el episodio de violencia que mayor malestar les genera. A continuación, se ordenan las tarjetas de menor a mayor grado de ansiedad, para llevar a cabo la exposición de manera ascendente. Bajo supervisión de la terapeuta, cada una selecciona aquella situación a la que se va a exponer en primer lugar.

- Se pide a las participantes que escriban la situación que han escogido. Debe ser lo más detallada y cercana a la realidad posible. Se debe llevar a cabo en primera persona, en tiempo presente y debe incluir características sensoriales (qué vieron, oyeron, etc.), además de lo que pensaron y sintieron en ese momento, los sentimientos de los que se avergüenzan, los sentimientos de venganza, de odio, etc. Cada participante lee su relato en voz alta y se graba en una cinta para que se pueda exponer a él a lo largo de la semana. Se presta mucha atención a la reacción emocional experimentada por las participantes y en caso de que sea excesiva se interrumpe el ejercicio. Es importante reforzarlas por el trabajo realizado y promover el apoyo grupal ante una tarea tan dolorosa.

### 3- *Ejercicio de respiración.*

- Se practica la técnica de control de la respiración caminando por la sala.

### 4. ➡ *Asignación de tareas para casa.*

- Se les pide a las participantes que lleven a cabo el ejercicio de exposición al relato que han grabado una vez al día a lo largo de la semana, registrando el momento (hora de inicio y finalización) en el que lo realizaron y el grado de ansiedad al que lograron reducir los niveles iniciales de malestar. Una vez que hayan logrado reducir la ansiedad a 15 o menos en tres ocasiones consecutivas, se les pide que relaten, de la misma manera que en sesión, el contenido de la siguiente tarjeta ordenada según su nivel de ansiedad.

- Se les sugiere que sigan llevando a cabo el ejercicio de control de la respiración y se insiste en la importancia de llevar a cabo diariamente actividades gratificantes.

- Se solicita que registren durante la semana aquellas situaciones que evitan, valorando el grado de ansiedad que les produce esa situación evitada en una escala de 0 a 100.

5- *Evaluación de la sesión.*

- Se entrega a cada participante la Escala de Cambio Percibido.

## ■ SÉPTIMA SESIÓN

### RESUMEN

OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIALES	DURACIÓN
⇒ <b>Apertura de la sesión</b>	- Revisión de lo acontecido durante la semana y de las tareas asignadas. - Refuerzo por su cumplimiento.	- Ninguno	15 minutos
⇒ <b>Exposición</b>	- Exposición en imaginación a un episodio de maltrato.	- Una grabadora y cinta por participante.	50 minutos
⇒ <b>Entrenamiento en habilidades de comunicación</b>	- Entrenamiento en el estilo asertivo de comunicación.	- Hoja informativa sobre los estilos de comunicación	40 minutos
⇒ <b>Asignación de tareas para casa y cierre de sesión</b>	- Autoexposición en imaginación. - Práctica del estilo asertivo de comunicación. - Autoexposición en vivo.	- Auto-registro de tareas de exposición al relato de la situación vivida. - Auto-registro de estilo asertivo de comunicación. - Auto-registro de exposición en vivo.	10 minutos
⇒ <b>Evaluación del cambio percibido</b>	- Administración de la Escala de Cambio Percibido.	- Escala de Cambio Percibido.	5 minutos

#### 1- *Revisión de lo acontecido durante la semana y de las tareas asignadas.*

- Una vez saludadas todas las participantes, la terapeuta pregunta al grupo si alguna de ellas ha tenido alguna novedad durante la semana que quisiera compartir con el resto (legalización de papeles, alguna entrevista de trabajo, una llamada importante de algún familiar del país de origen...).

- Se revisan los auto-registros y se invita a las participantes a que compartan con el grupo la experiencia de exposición a los relatos, asignada como tarea para casa. Se refuerza la realización de las tareas.

#### 2- *Exposición.*

- La terapeuta selecciona con cada participante la situación a la que se va a exponer durante la sesión, en función del ritmo que cada una necesita. Aquellas participantes que hayan conseguido trabajar durante la semana con la segunda situación y reducir el grado de malestar a

15 ó menos continuarán con la siguiente; el resto llevará a cabo el ejercicio con aquella situación a la que se exponen todavía con un alto nivel de ansiedad.

- Se procede de la misma manera que en la sesión anterior.
- Con aquellas participantes que la terapeuta estime oportuno, se evalúa la posibilidad de que se expongan en compañía de otra participante a alguna de las situaciones evitadas, siempre y cuando no entrañen riesgo alguno para su integridad, ni la posibilidad de un recondicionamiento. En este caso, se insiste en la importancia de la práctica de la respiración abdominal y de la utilización de autoverbalizaciones positivas antes, durante y tras la exposición.

### 3- Entrenamiento en habilidades de comunicación.

- Se entrega a cada participante la hoja informativa sobre los estilos de comunicación y se explica la diferencia entre el estilo agresivo, pasivo y asertivo de comunicación, ejemplificándolo con situaciones cercanas a la realidad de estas mujeres.
- Se insiste en que la situación de malos tratos favorece el estilo pasivo de comunicación, por lo que es importante comenzar a trabajar para aprender a comunicarse de manera asertiva. Se entrena a las participantes en el estilo asertivo de comunicación y por parejas se trabaja en *rol playing* bajo supervisión de la terapeuta.
- Se hace una puesta en común sobre el modo en que se han sentido.

### 4. ➡ Asignación de tareas para casa.

- Se pide a las participantes que lleven a cabo el ejercicio de exposición al relato que han grabado una vez al día a lo largo de la semana, registrando el momento (hora de inicio y finalización) en el que lo realizaron y el grado de ansiedad al que lograron reducir los niveles iniciales de malestar. Una vez que hayan logrado reducir la ansiedad a 15 ó menos en tres ocasiones consecutivas, se les pide que relaten, de la misma manera que en sesión, el contenido de la siguiente tarjeta ordenada por grado mayor de ansiedad.
- Se les pide que registren a lo largo de la semana tres situaciones en las que se hayan comunicado de manera asertiva.
- En aquellos casos en que sea factible la exposición en vivo, se establece el momento del día en el que se llevará a cabo y se solicita el cumplimiento de un auto-registro con la hora de inicio y finalización y el grado de ansiedad experimentado.
- Se insiste en la práctica de la respiración y en la importancia de llevar a cabo diariamente actividades gratificantes.

### 5. Evaluación de la sesión.

- Se entrega a cada participante la Escala de Cambio Percibido.

## ■ OCTAVA SESIÓN

### RESUMEN

OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIALES	DURACIÓN
⇒ <b>Apertura de la sesión</b>	- Revisión de lo acontecido durante la semana y de las tareas asignadas. - Refuerzo por su cumplimiento.	- Ninguno	15 minutos
⇒ <b>Exposición</b>	- Exposición al acontecimiento traumático y resignificación del mismo.	- Hoja para el registro del relato de una situación de maltrato y un bolígrafo.	45 minutos
⇒ <b>Control de los niveles de activación</b>	- Entrenamiento en técnica de respiración.	- Ninguno	10 minutos
⇒ <b>Evaluación postratamiento</b>	- Prevención de recaídas. - Administración de la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT y resto de autoinformes. - Evaluación del cambio percibido y satisfacción con el tratamiento. - Concreción de fechas para los seguimientos.	- Hoja resumen de las técnicas aprendidas. - Administración de cuestionarios, escalas y autoinformes.	50 minutos

#### 1- Revisión de lo acontecido durante la semana y de las tareas asignadas.

- Una vez saludadas todas las participantes, la terapeuta pregunta al grupo si alguna de ellas ha tenido alguna novedad durante la semana que quisiera compartir con el resto (legalización de papeles, alguna entrevista de trabajo, una llamada importante de algún familiar del país de origen...).

- Se revisan los auto-registros y se les invita a compartir con el grupo la experiencia de exposición a los relatos, asignada como tarea para casa. Se refuerza la realización de las tareas.

#### 2- Exposición.

- Se solicita a las participantes que relaten por escrito y de la manera más realista posible aquella experiencia de maltrato que consideren más traumática, describiéndola en primera persona y tiempo presente, e incluyendo características sensoriales (lo que vieron, oyeron...), y aquello que pensaron y sintieron en el momento. Además, se les pide que incluyan el significado que han atribuido a esta experiencia.



- Se anima a las participantes a compartir el relato en voz alta con el resto del grupo y se les refuerza por ello.

3- *Ejercicio de respiración.*

- Se practica la técnica de control de la respiración caminando por la sala.

4- *Evaluación cualitativa de las sesiones y evaluación postratamiento.*

- Se recuerda a las participantes que el hecho de que el tratamiento haya llegado a su fin no significa que el trabajo haya finalizado. Se insiste en la importancia de continuar poniendo en práctica lo aprendido durante las sesiones, para afianzar así los logros alcanzados y prevenir las recaídas. La terapeuta sintetiza brevemente las técnicas aprendidas y la utilidad de cada una de ellas.

- Se lleva a cabo la evaluación postratamiento. Para ello se entrega a cada participante la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT y el resto de los autoinformes aplicados en la evaluación pretratamiento.

- Se solicita a las participantes que por turnos verbalicen de manera espontánea lo vivido durante los dos meses de trabajo y se lleva a cabo el cumplimiento del Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento y la Escala de Cambio Percibido.

- Se concreta con cada participante una fecha para llevar a cabo el plan de seguimiento.

# **Material utilizado durante las sesiones**



## **NORMAS DE TERAPIA DE GRUPO**



- 1- Es importante ser puntuales en la asistencia a las sesiones.
- 2- La asistencia a todas las sesiones es muy importante.
- 3- Lo trabajado en la sesión sólo debe quedar entre nosotras.
- 4- Debemos llevar a cabo las tareas para casa durante la semana.
- 5- Se requiere la participación activa de cada una de nosotras durante la sesión.
- 6- Todas las opiniones son válidas, estamos para escucharnos y aprender las unas de las otras sin miedo a ser juzgadas.
- 7- La honestidad en nuestros testimonios es muy importante.
- 8- De nuestra participación en los ejercicios y actividades planteados depende nuestro bienestar.

## **COMPROMISO DE TRABAJO TERAPÉUTICO Y SECRETO**



Las abajo firmantes, integrantes de este grupo de tratamiento, nos comprometemos a asistir con regularidad a las sesiones, a llevar a cabo las tareas encomendadas y a guardar secreto con familiares, vecinos/as y amigos/as sobre las confidencias del resto de las participantes del grupo, ya que esto puede ser perjudicial para cada una de nosotras, al violar la confianza depositada en el grupo en general y en cada una de nosotras en particular.



## ¿QUÉ SIGNIFICA VIOLENCIA DOMÉSTICA?



Es un patrón de conductas abusivas que tienen como objetivo ejercer control y dominio sobre la mujer, para conservar o aumentar el poder y la autoridad del varón en la relación sentimental. Las manifestaciones en conductas y actitudes son muy variadas, incluyendo:

**El maltrato físico:** cualquier conducta por parte del maltratador que implique el uso de la fuerza física para agredir de manera intencional a la víctima, con independencia de los resultados de dicha conducta. Este tipo de maltrato puede implicar empujones, puñetazos, golpes, patadas, amagos de estrangulamiento, etc.

**El maltrato psicológico:** cualquier conducta verbal o no verbal que trate de producir de manera intencional en la víctima sentimientos de culpa o sufrimiento, intimidación y/o desvalorización. Implica insultos, gritos, descalificaciones, destrucción de objetos, maltrato a animales, etc.

**El maltrato sexual:** está referido al establecimiento forzado de relaciones sexuales, sin la más mínima contrapartida afectiva, o la imposición de conductas percibidas como degradantes por la víctima.



## ESCALADA Y CICLO DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

El curso de la violencia doméstica tiene forma de espiral: al comienzo el maltrato es menos frecuente y puede implicar un insulto o una amenaza, pero en el futuro aumenta la intensidad, frecuencia y gravedad de los golpes, pudiendo llegar incluso a la muerte.

En la espiral del maltrato se van sucediendo tres fases que se repiten una y otra vez, agravando el problema.

**1- Fase de acumulación de tensión:** aparece un aumento gradual de la tensión en la pareja que surge de los problemas cotidianos y que se manifiesta por medio de insultos o incidentes “menores” de malos tratos del hombre a la mujer. La mujer para intentar calmar al maltratador suele mostrarse sumisa.

**2- Fase de explosión de la tensión:** la tensión acumulada en la fase anterior hace explosión en esta fase en forma de maltrato físico, psicológico y sexual. Esta fase tiene una duración más corta, pero la mujer siente que ya no tiene ningún control sobre las agresiones perpetradas por su pareja, que haga lo que haga recibe malos tratos.

**3- Fase de reconciliación o de luna de miel:** la tensión y la violencia desaparecen y el maltratador se muestra amable, protector y arrepentido, prometiendo una y otra vez a la víctima que no volverá a ser violento. Puede que la mujer llegue a creer que los incidentes de malos tratos no volverán a ocurrir y que el amor que sienten el uno por el otro le hará cambiar.

Sin embargo, las etapas de este ciclo son cada vez más breves en el tiempo, lo que implica que los ataques, ya sean físicos, psicológicos o sexuales serán cada vez más frecuentes, graves y peligrosos.

## CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA EN LA VÍCTIMA DOMÉSTICA

Los síntomas más frecuentes que presentan las mujeres maltratadas son:

- Tristeza por pensar que no valgo nada
- Cambios de ánimo
- Ganas de llorar sin motivo
- Irritabilidad
- Inapetencia sexual
- Insomnio, falta de sueño
- Fatiga permanente
- Dolores de cabeza o articulaciones



**Elaborado por Edurne Alonso Grijalba**  
**Dpto. de Psicología Clínica**  
**Universidad Complutense de Madrid**



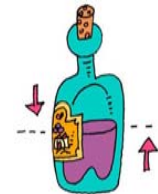
## CONTROL DE LA RESPIRACIÓN

### *¿Por qué es importante la respiración?*

La **respiración** es **esencial** para la vida; una respiración adecuada es un **antídoto contra el estrés**. Sin embargo, las condiciones de vida actual favorecen patrones de respiración caracterizados por un ritmo acelerado y escasa intensidad, es decir, una respiración superficial.

Una **respiración inadecuada** provoca una menor oxigenación de los tejidos, un mayor trabajo cardíaco y una mayor intoxicación general del organismo, lo que facilitará la aparición de **ansiedad, depresión**, así como de **fatiga física**. Por el contrario, una **respiración adecuada** facilitará una **mejor oxigenación**, un **mejor funcionamiento de los tejidos** y un **menor trabajo cardíaco**, dificultando la aparición de fatiga física y sensaciones de ansiedad, depresión, irritabilidad y tensión muscular.

### *¿Cómo aprender a respirar adecuadamente?*



Nuestros **pulmones** tienen una **gran capacidad** funcional, pero normalmente utilizamos una **tercera parte** de los mismos, la parte superior. Utilizando una botella como ejemplo, podemos entender más fácilmente como con un patrón inadecuado de respiración solamente estaríamos llenando de oxígeno la primera parte de la botella (la boca) quedando una segunda y una tercera parte vacías. Por ello, el **objetivo** de aprender a **respirar adecuadamente** es conseguir una utilización más completa de todos los pulmones (llenar la botella plenamente) y, en consecuencia, una **respiración más lenta**, pudiéndola **controlar**, incluso, en situaciones problemáticas.

El conseguir respirar adecuadamente es un proceso que requiere **aprendizaje** y **entrenamiento** y es la **práctica persistente** el único camino.





## Procedimiento básico

Antes de comenzar con los ejercicios de respiración es importante establecer una **situación de tranquilidad y calma** e intentar desconectar de los estímulos externos para concentrar toda la atención en nuestras sensaciones corporales. Para ello puede resultar de ayuda la **visualización de una escena agradable**.

### Ejercicio 1

- Coloco una mano encima del vientre (por debajo del ombligo) y la otra encima del estómago.
- Inspiro por la nariz e intento dirigir el aire a la parte inferior de los pulmones (al llenar una botella, el líquido llega primero al fondo). Siento cómo la mano situada encima del vientre se eleva ligeramente, pero no la mano colocada sobre el estómago, ni el pecho.
- Esta es la parte del ejercicio de más complicada. Puede ayudarnos el imaginar que estamos hinchando la parte inferior del tronco y empujándola contra el botón del pantalón.
- Es muy importante centrar mi atención en las sensaciones corporales que me produce esta forma de respirar.



- : 3 minutos cada ejercicio/repetir el ejercicio cuatro veces.

### Ejercicio 2

- Coloco las manos en la misma posición que en el ejercicio 1.
- En este ejercicio la respiración se lleva a cabo en dos tiempos. En el primer tiempo inspiro por la nariz e intento dirigir el aire a la parte inferior de los pulmones (igual que en el ejercicio anterior), y, luego, en la misma inspiración, pero en un segundo tiempo, a la parte media del estómago (después de llenar el fondo de la botella el agua alcanza la parte media). Siento como se eleva en un primer momento la mano situada en el vientre y en un segundo momento la colocada encima del estómago.
- Es muy importante centrar mi atención en las sensaciones corporales que me produce esta forma de respirar.



- : 3 minutos cada ejercicio/repetir el ejercicio cuatro veces.

### Ejercicio 3

- Coloco una mano sobre el estómago y la otra sobre el pecho.
- En este ejercicio la inspiración se lleva a cabo en tres tiempos. En el primer tiempo inspiro por la nariz e intento dirigir el aire a la parte inferior de los pulmones (fondo de la botella), luego en la misma inspiración, pero en un segundo tiempo, a la parte media del estómago (después de llenar el fondo de la botella el agua alcanza la parte media), y finalmente, en un tercer tiempo lleno el pecho (boca de la botella). Siento cómo se eleva en primer lugar el vientre, en segundo lugar la mano colocada encima del estómago y finalmente la colocada en el pecho.
- Es importante sentirse cómoda con la cantidad de aire inspirado.
- En caso de hiperventilación, interrumpo el ejercicio, respiro normalmente y lo retomo al cabo de unos minutos.



- : 3 minutos cada ejercicio/repetir el ejercicio cuatro veces.

### Ejercicio 4

- Coloco las manos en la misma posición que en el ejercicio 3.
- Llevo a cabo la inspiración igual que en el ejercicio 3.
- Centro la atención en la espiración e intento hacerla completa, pausada y constante.
- Es útil silbar al final de la espiración y elevar los hombros para expulsar todo el aire.



- : 3 minutos cada ejercicio/repetir el ejercicio cuatro veces.

### Ejercicio 5

- Este ejercicio es similar al ejercicio 4, pero la inspiración se dirige a la parte inferior, luego media y finalmente superior del estómago en un sólo tiempo.



- : 3 minutos cada ejercicio/repetir el ejercicio cuatro veces.

**ES IMPORTANTE DEDICAR UNOS MINUTOS CADA DÍA AL**

**APRENDIZAJE DE LA RESPIRACIÓN!!!**

## LA ANSIEDAD



### ¿QUÉ ES LA ANSIEDAD?

☺ La **ansiedad** es una **respuesta innata** de nuestra especie que tiene como misión la **supervivencia**. Cada vez que hay un peligro, reaccionamos de la misma forma, pensamos las mismas cosas, sentimos las mismas sensaciones y actuamos de forma similar. Esta **reacción es ansiedad**. Así pues, ante una situación peligrosa, real que implique un desafío o reto el circuito de la ansiedad se dispara, haciendo que reaccionemos de la forma más eficaz para poder sobrevivir. Podríamos decir que estamos aquí y que somos lo que somos, **gracias a la ansiedad**.

☺ Ante situaciones que objetivamente entrañan un **peligro** (Ej.: un obstáculo en la carretera), o que suponen un **desafío** (Ej.: hablar en público) en todos los seres humanos **se dispara la ansiedad** y el organismo se acelera, haciéndonos más eficaces (Ej.: maniobrar rápidamente, pensar más rápido). **CONCLUSIÓN: La ansiedad es beneficiosa y nuestra mejor aliada en las situaciones difíciles.**

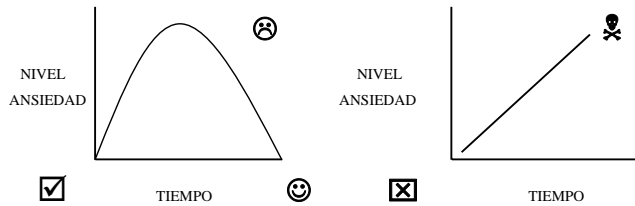
⊗ También puede ocurrir que esta potencial aliada nos traicione. ¿Cuándo? Esto ocurre en dos circunstancias:

- ☛ 1- Cuando la ansiedad se dispara en situaciones que no suponen ningún tipo de riesgo o amenaza, o al menos la probabilidad de peligro es muy escasa (Ej.: subir en ascensores, viajar en el metro...).
- ☛ 2- Cuando sí hay una situación desafiante y la persona necesita actuar de una manera especial (Ej.: examen importante), pero la ansiedad es tan desproporcionada que bloquea su respuesta (Ej.: quedarse en blanco). Un nivel moderado de ansiedad ayudaría a la persona a pensar más rápido y a recordar mejor la información, pero un nivel demasiado elevado entorpecería su actuación.

Por lo tanto, se podría hablar de **dos problemas de ansiedad**: **1-** Cuando la persona siente mucha ansiedad ante situaciones en las que la mayoría de las personas no se ponen ansiosas y **2-** cuando se experimenta un grado extremo de ansiedad en situaciones donde la mayoría de la gente se sentiría sólo moderadamente ansiosa.



### CURSO DE LA ANSIEDAD



### ¿QUÉ SON LOS ATAQUES DE PÁNICO?

Un ataque de pánico es una súbita aparición de una gran cantidad de ansiedad. Tener una ataque de pánico es una experiencia normal para la mayor parte de la población (aproximadamente el 20% de la población ha tenido al menos uno a lo largo de su vida). Sin embargo, si a partir de la primera experiencia los ataques de pánico se repiten con cierta frecuencia y/o hay un miedo claro y persistente a experimentarlos nuevamente, entonces nos hallamos ante un problema psicológico.

### ¿QUÉ SENTIMOS CUANDO EXPERIMENTAMOS UN ATAQUE DE PÁNICO?

El ataque de pánico tiene tres componentes:

**1- Lo que pienso durante el ataque:** “me va a dar un ataque al corazón”, “me estoy volviendo loca”, “me voy a desmayar”, “me voy a morir”. Estos pensamientos son involuntarios.

**2- Lo que siento físicamente durante el ataque:** mareo, aumento del ritmo respiratorio, taquicardia, sensación de asfixia, visión borrosa, tensión muscular, dolor o pinchazos en el pecho, sudor, ráfagas de calor/frío, hormigueo, flojedad en las piernas, sequedad en la boca, etc. La intensidad de estas sensaciones es muy elevada y además aparecen bruscamente, sin previo aviso.

**3- Lo que hago durante el ataque de pánico,** con el objeto de buscar seguridad y reducir todas las manifestaciones del pánico (Ej. ir a urgencias, tomar psicofármacos, regresar a casa...). Son muy frecuentes las conductas de evitación, es decir, eludir y no afrontar las situaciones que la persona considera que le van a provocar el pánico.

### CAMBIOS FÍSICOS DEL PÁNICO Y SU EXPLICACIÓN

SENSACIÓN TEMIDA	INTERPRETACIÓN CATASTROFISTA	EXPLICACIÓN REAL
. Taquicardia	Infarto	El corazón bombea más rápido y fuerte para enviar sangre a las zonas vitales.
. Pérdida de sensibilidad, palidez y frío	Infarto, parálisis cerebral, tumor cerebral	La sangre se concentra en las vísceras, quedando las zonas periféricas con menor riego.
. Ahogo, falta de aire, hiperventilación	Ahogarse	Aumento de oxígeno en la sangre (estado contrario al ahogo).
. Mareo	Desmayarse/desvanecerse	Bajada de presión arterial producida por la hiperventilación.
. Dolor en el pecho y/o brazos, pinchazos	Infarto	Patrón anómalo de respiración (mantener los pulmones demasiado llenos), tensión muscular en la zona, posturas incorrectas prolongadas.
. Calor, sudor, sofoco	Enfermedad	Aumento de la temperatura corporal en las zonas vitales. El organismo pone en funcionamiento el sistema de enfriamiento (glándulas sudoríferas).
. Boca seca, náuseas	Enfermedad	Descenso de la activación en el sistema digestivo.
. Ver “lucecitas”, manchas en la visión	Volverse loco, ataque cerebral	Las pupilas se engrandecen y dilatan para aumentar la visión periférica.
. Temblores, pinchazos, calambres	Enfermedad, infarto, locura	Tensión muscular excesiva y generalizada por todo el cuerpo.



## A DISCUTIR... LOS PENSAMIENTOS!

Son nuestros **pensamientos** los que determinan cómo nos **sentimos** y cómo **actuamos**; es decir, la forma en que pensamos, lo que nos decimos a nosotros/as mismos/as, nuestros juicios e interpretaciones provocan directamente nuestras emociones. Pero por otro lado, los **acontecimientos** que nos ocurren en la vida provocan nuestros pensamientos, y por tanto, nuestras emociones y la forma en que actuamos.

La relación entre los acontecimientos externos y el modo en que nos sentimos no es directa, ya que de ser así, a todas las personas que les sucediera lo mismo reaccionarían de la misma manera. Son los pensamientos (B) los que median esta relación entre los acontecimientos (A) y la manera en la que nos sentimos (C). Por tanto, un mismo acontecimiento puede dar lugar a diferentes interpretaciones y diferentes estados emocionales.

A ⇔ B ⇔ C

⇨ **EXISTEN DIFERENTES FORMAS DE MIRARSE A UNA MISMA, AL MUNDO Y A LOS DEMÁS, COMO POR EJEMPLO:**

**FOCALIZANDO EN LO NEGATIVO:** prestar atención a lo negativo y desatender lo positivo “Si te dicen que bonita es tu chaqueta, tu falda y tu gabardina, pero no así los zapatos, sólo prestas atención a que te han dicho que tus zapatos no son bonitos, ignorando el resto de la información”.

**PERSONALIZANDO:** asumir el 100% de la responsabilidad en los acontecimientos negativos. Te culpas permanentemente de la ocurrencia de cosas negativas en las que no tienes responsabilidad alguna.

**HIPERGENERALIZANDO:** sacar una regla general y universal a partir de un detalle específico. “Si fracasé una vez, siempre fracasaré”.



**UTILIZANDO EXCESIVAS EXPRESIONES DEBERIA/TENGO QUE:** excesivas autoverbalizaciones de sobreexigencia "debería haber actuado antes", también referidas al mundo "no debería haberme ocurrido" o a los demás.

**LEYENDO LA MENTE DE LOS DEMÁS:** suponer que no gustas a los demás, que los demás no se interesan por ti, etc., sin pruebas de que esas suposiciones sean correctas.

**PENSANDO DE MANERA EXTREMA:** significa categorizar las experiencias en términos extremistas y dramáticos, en un continuo bipolar." Tengo que ser perfecta o de lo contrario no valgo nada".

### PROCESO DE DISCUSIÓN DE PENSAMIENTOS NEGATIVOS: 3 PASOS

1- IDENTIFICARLOS → 2- **DISCUTIRLOS** → 3-BUSCAR ALTERNATIVAS



#### ESTRATEGIAS DE DISCUSIÓN

##### 1-PREGUNTAS QUE CUESTIONAN LA **EVIDENCIA** DE NUESTROS PENSAMIENTOS

- ⇨ ¿Qué pruebas tengo de que mi pensamiento es cierto?, ¿Son realmente pruebas?
- ⇨ ¿Qué pruebas tengo de que mi pensamiento es falso?
- ⇨ Si no estuviese deprimida, ¿pensaría lo mismo? Si una amiga estuviera en la misma situación, ¿pensaría lo mismo?
- ⇨ ¿Hay otras interpretaciones posibles de esta misma situación?, ¿qué probabilidad hay de que sean ciertas cada una de ellas?
- ⇨ Cuando no me siento así, ¿pienso lo mismo sobre la situación?
- ⇨ Dentro de 5 años, si recuerdo esta situación, ¿la enfocaré como ahora?
- ⇨ ¿Estoy focalizando en detalles negativos y olvidando el resto?
- ⇨ ¿Cuál fue mi contribución exacta (porcentaje que yo estimo) a este hecho negativo? ¿Qué otros factores contribuyen a esta situación?

- ⇨ ¿Me estoy culpando por los resultados de situaciones en las que he participado mínimamente?
- ⇨ Me estoy exigiendo niveles excesivamente perfeccionistas. Cometer un error, ¿invalida el resto de mis aciertos?, ¿me quita el valor como persona?
- ⇨ Si otra persona cometiera el mismo error, ¿también la descalificarías de esta manera?, ¿estoy siendo justa conmigo misma al juzgarme de esta manera?
- ⇨ ¿Recuerdas circunstancias en el pasado en que pensaste y te sentiste de la misma manera y, sin embargo, pudiste superarlo?

##### 2- PREGUNTAS QUE CUESTIONAN LA **INTENSIDAD** DE LA EMOCIÓN

- ⇨ ¿Cómo me hace sentir pensar así?
- ⇨ ¿Cuál es mi nivel de malestar?
- ⇨ ¿Qué sensaciones físicas noto?
- ⇨ ¿Cómo afecta esto a mi estado de ánimo?
- ⇨ ¿Mi reacción emocional es proporcionada a la situación que la inicia? Si mi amiga estuviera en esta situación, ¿se sentiría tan mal como yo?
- ⇨ ¿Qué dice de mis pensamientos el que me sienta así?

##### 3- PREGUNTAS QUE CUESTIONAN LA **UTILIDAD** DE LOS PENSAMIENTOS

- ⇨ ¿Para qué me sirve pensar de esta forma?
- ⇨ ¿Me beneficia o me perjudica?
- ⇨ ¿Qué pros y qué contras tiene para mí el pensar así?
- ⇨ ¿Me ayuda a sentirme bien?, ¿Me ayuda a actuar de la forma en que deseo?
- ⇨ ¿Me sirve para hacer bien mi trabajo, relacionarme adecuadamente con mi familia y amigos?
- ⇨ ¿Me sirve para conseguir mis objetivos en la vida?, ¿Me sirve para ser feliz?, ¿Me sirve para algo?

##### 4- PREGUNTAS QUE CUESTIONAN LA **FORMA** DE EXPRESAR LOS PENSAMIENTOS

- ⇨ ¿Qué términos estoy utilizando?, ¿Qué error de pensamiento estoy cometiendo?
- ⇨ ¿Realmente TODO lo hago mal, NUNCA me encontraré mejor o SIEMPRE me equivoco?



## Aprendiendo a solucionar los problemas

El **solucionar problemas** es una actividad que el ser humano debe llevar a cabo constantemente a lo largo de su vida. Resolver los problemas adecuadamente facilita una **adecuada competencia social**, pero la dificultad en solucionarlos puede incrementar el estrés, los sentimientos de tristeza, incluso de desesperación. **ES POSIBLE APRENDER LA HABILIDAD DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS.**

### ⇒ Procedimiento básico: pasos a seguir

#### 1- Orientación hacia el problema

- Aceptar que las situaciones problemáticas forman parte de la vida diaria y que es posible enfrentarlas de manera eficaz.
- Reconocer las situaciones problemáticas cuando ocurran y evitar responder a las mismas de manera impulsiva o no hacer nada para enfrentarlas.

#### 2- Definición y formulación del problema

- Es necesario buscar toda la información posible sobre el problema: ¿Qué sucede?, ¿Quién está implicado?, ¿Dónde?, ¿Cuándo?, ¿Cómo?.
- Describir el problema y formularlo en términos específicos, concretos y familiares.
- Establecer una meta realista de solución del problema (¿qué quiero lograr?), evitando las afirmaciones no realistas o las metas inalcanzables.

#### 3- Generación de soluciones alternativas

- Generar tantas soluciones alternativas como sea posible, sin juzgar su validez.
- A mayor número de alternativas y mayor variedad más posibilidad de que la solución más adecuada se encuentre entre ellas. **TODAS LAS OPCIONES SON VÁLIDAS**, lo importante ahora es la cantidad no la calidad de las alternativas.

#### 4- Toma de decisiones

- Indicar las consecuencias positivas y las consecuencias negativas de cada una de las alternativas, así como el grado de satisfacción con el resultado, en caso de que esa solución fuera la elegida.
- Comparar y juzgar cada una de las alternativas disponibles y elegir la mejor (mayor número de ventajas, menor número de inconvenientes y mayor grado de satisfacción).

#### 5- Puesta en práctica y verificación de soluciones.

- Poner en práctica la solución elegida.
- Analizar si el resultado logrado es el esperado, en caso contrario, repetir el proceso.
- Reforzarse a una misma por un trabajo bien hecho.



**INTÉNTALO!!!**



**Elaborado por Edurne Alonso Grijalba**  
**Dpto. de Psicología Clínica**  
**Universidad Complutense de Madrid**

## ¿QUÉ ES LA AUTOESTIMA?

☺ La **autoestima** es el grado en que una persona se **acepta** y se **quiere** a sí misma tal y como es. La forma en que nos **valoramos** a nosotros/as mismos/as y a lo que somos capaces de hacer.

☺ La **autoestima** está basada en la **información** que tenemos sobre nosotros/as mismos/as y en la **evaluación** que hacemos de dicha información.

☺ La autoestima tiene **dos componentes**:

- *La percepción de uno/a mismo/a:* de sus habilidades, características y cualidades presentes.

- *El ideal de uno/a mismo/a:* lo que a cada persona le gustaría ser.



Una gran discrepancia entre la percepción que tengo de mí misma y el ideal de mí misma produce una baja autoestima, mientras que un **equilibrio** entre los dos componentes es indicativo de una alta autoestima.

## ¿QUÉ SIGNIFICA ALTA O BAJA AUTOESTIMA?

☺ Alta autoestima.

- Visión “saludable” de sí mismo/a.
- Aceptar de forma realistas, no crítica los propios defectos.
- Sentirte satisfecho/a con las propias actitudes e intentar mejorar con confianza las áreas menos satisfactorias.

☹ Baja autoestima.

- No encontrar en uno/a mismo/a aspectos por los que sentirse orgulloso/a.
- Valorarse de manera no realista y excesivamente crítica en aquellas áreas que son importantes para uno/a mismo/a.

➔ ¿Por qué es importante la autoestima?

Una autoestima positiva es un elemento central para una adecuada adaptación socioemocional.



## CINCO REGLAS DE ORO PARA CUIDAR NUESTRA AUTOESTIMA

- 1- Al levantarte por las mañanas, mírate en el espejo y dedícate tres halagos.
- 2- Prémiate cada paso hacia adelante en tu vida por pequeño que sea.
- 3- Resérvate un tiempo al día para disfrutar y hacer las cosas que más te gusten.
- 4- Recuerda cada día cinco éxitos que hayas conseguido en el pasado.
- 5- Mímate a ti misma y vacía “tu mochila” de deberes y obligaciones.







**Elaborado por Edurne Alonso Grijalba  
Dpto. de Psicología Clínica  
Universidad Complutense de Madrid**

## ENTRENAMIENTO EN ESTILO ASERTIVO DE COMUNICACIÓN



La forma de comunicarnos e interaccionar con los demás puede convertirse en una fuente considerable de estrés. El **entrenamiento asertivo** permite reducir ese estrés, enseñando a **defender los legítimos derechos** de cada uno/a sin agredir ni ser agredido.



### ¿CUÁL ES EL ESTILO ASERTIVO DE COMUNICACIÓN?

Existen tres estilos básicos posibles en toda comunicación interpersonal:

ESTILO AGRESIVO	ESTILO PASIVO	ESTILO ASERTIVO
<p><b>Significa:</b> decir lo que piensas, sientes, quieres u opinas, sin respetar el derecho de los demás a ser tratados con respeto.</p> <p>☹ Se defienden los propios intereses a costa de ocasionar daños a los demás.</p> <p>☹ Provoca rechazo en los demás, ya que se sienten agredidos y violados sus derechos.</p>	<p><b>Significa:</b> <u>evitar</u> decir lo que piensas, sientes, quieres u opinas porque:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- no crees en tus propios derechos personales.</li> <li>- porque no sabes cómo manifestarlos.</li> <li>- porque crees que los derechos de los demás son más importantes que los tuyos.</li> <li>- porque tienes miedo a las consecuencias.</li> </ul> <p>☹ Raramente recibes un rechazo por parte de los demás.</p> <p>☹ Nunca obtienes lo que deseas, sintiéndote resentida y resignada.</p>	<p><b>Significa:</b> decir lo que piensas, sientes, quieres u opinas, al mismo tiempo que consideras la forma de pensar y de sentir de los demás.</p> <p>☺ Se puede obtener lo que deseas sin dañar al otro/a.</p> <p>☺ Se puede actuar a favor de los propios intereses sin sentirse culpable.</p> <p>☺ Permite reducir el estrés ya que una defiende sus propios derechos sin agredir ni ser agredida.</p> <p>☺ Mejora nuestra autoestima</p> <p>☺ Mejora nuestra eficacia en las relaciones interpersonales</p>



## SUPOSICIONES ERRÓNEAS QUE INTERFIEREN EN EL ESTILO ASERTIVO DE COMUNICACIÓN

<input checked="" type="checkbox"/> SUPOSICIONES ERRÓNEAS	<input checked="" type="checkbox"/> DERECHOS LEGÍTIMOS
<input checked="" type="checkbox"/> Es ser egoísta anteponer las necesidades propias a las de los demás.	<input checked="" type="checkbox"/> Algunas veces, tú tienes derecho a ser la primera.
<input checked="" type="checkbox"/> Hay que intentar adaptarse siempre a los demás, de lo contrario se alejarán de una.	<input checked="" type="checkbox"/> Tú tienes derecho a decir “NO”
<input checked="" type="checkbox"/> Hay que tener siempre una buena razón para todo lo que se siente y se hace.	<input checked="" type="checkbox"/> Tú tienes derecho a no justificarte ante los demás.
<input checked="" type="checkbox"/> Hay que ser humilde ante los halagos.	<input checked="" type="checkbox"/> Tú tienes derecho a recibir el reconocimiento formal por un trabajo bien hecho.
<input checked="" type="checkbox"/> Si alguien te pide un favor hay que hacerlo aunque realmente una no pueda.	<input checked="" type="checkbox"/> Tú tienes derecho a no hacerlo.
<input checked="" type="checkbox"/> Nuestra opinión no interesa a nadie, y por lo tanto es mejor callarla.	<input checked="" type="checkbox"/> Nuestra opinión es tan válida como la de cualquier otro.
<input checked="" type="checkbox"/> Recibir críticas es algo horrible, pero hay que aceptarlas siempre.	<input checked="" type="checkbox"/> Una puede aprender de las críticas y también responder a ellas.

## MIS DERECHOS PERSONALES



- 1- EL DERECHO A SER TRATADA CON RESPETO
- 2- EL DERECHO A DECIR “NO” Y NO SENTIRME CULPABLE
- 3- EL DERECHO A EXPERIMENTAR Y EXPRESAR MIS SENTIMIENTOS
- 4- EL DERECHO A CAMBIAR DE OPINIÓN
- 5- EL DERECHO A PEDIR LO QUE QUIERES
- 6- EL DERECHO A NO HACER MÁS DE LO QUE HUMANAMENTE ERES CAPAZ
- 7- EL DERECHO A COMETER ERRORES
- 8- EL DERECHO A SENTIRTE BIEN CONTIGO MISMA

## Aprendiendo a comunicarnos de manera asertiva...

Comunicarnos de manera asertiva es una habilidad y por tanto es posible ser aprendida a través de su entrenamiento. Pasos para un aprendizaje adecuado:

1- **Identificar** aquellas **situaciones** en las que no me comporto de manera asertiva:

- Cuando tengo que pedir ayuda, un favor o solicitar un servicio a los demás.
- Cuando tengo que expresar una opinión distinta a la de mi interlocutor.
- Cuando tengo que decir “no” a alguien que me pide un favor.
- Cuando tengo que recibir o expresar sentimientos negativos o positivos.
- Cuando tengo que responder a una crítica que no merezco.
- Cuando tengo que proponer una idea o preguntar algo que no he entendido.
- Cuando tengo que negociar para obtener algo que deseo.
- Cuando tengo que enfrentarme con alguien que intenta hacerme sentir culpable.

2- **Escribir un guión** a seguir para afrontar la situación problema de manera asertiva, en el que tengo que:

- ☞ Señalar el momento y el lugar apropiado para discutir el problema.
- ☞ Plantear el problema de la manera más detallada posible.
- ☞ Expresar cuidadosamente cuáles son los sentimientos que me provoca la situación problema, planteándolo en primera persona (Ej. “Me siento herida”), y sin evaluar y reprochar la conducta de los demás (Ej. “Eres una persona desconsiderada”).
- ☞ Enfatizar de manera clara y firme cuáles son mis necesidades, lo que deseo, cuál es mi objetivo.

☞ **Desarrollo de un lenguaje corporal adecuado.** 4 REGLAS BÁSICAS

1. MANTENER CONTACTO OCULAR CON EL INTERLOCUTOR/RA
2. MANTENER UNA POSICIÓN ERGUIDA DEL CUERPO
3. HABLAR DE FORMA CLARA, AUDIBLE Y FIRME
4. EVITAR UN TONO DE LAMENTACIÓN
5. UTILIZAR EL LENGUAJE GESTUAL PARA DAR ÉNFASIS A TUS PALABRAS



## PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Durante la terapia he aprendido a...	utilizando ...
 • Controlar mi nivel de ansiedad	 → Control de la respiración
 • Cortar mis pensamientos negativos	 → Parada de pensamiento
 • Discutir mis pensamientos	 → Reevaluación cognitiva
 • Mejorar mi estado de ánimo	 → Planificación de actividades agradables
 • Solucionar mis problemas	 → Solución de problemas
 • Cuidar mi autoestima	 → Valorándome positivamente...

★ Es importante seguir practicando todo lo aprendido y reforzarse por ello.



**Elaborado por Edurne Alonso Grijalba  
Dpto. de Psicología Clínica  
Universidad Complutense de Madrid**

## AUTO-REGISTRO DE CONTROL DE LA RESPIRACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ N° sesión: \_\_\_\_\_

FECHA	HORA ☉		SITUACIÓN	POSTURA	NIVEL DE ANSIEDAD (0-10)		COMENTARIOS
	Inicio	Fin			Antes	Después	
LUNES							
MARTES							
MIÉRCOLES							
JUEVES							
VIERNES							
SÁBADO							
DOMINGO							

- Es importante practicarla diariamente para lograr un aprendizaje.
- Es importante centrar la atención en las propias sensaciones corporales.

## AUTO-REGISTRO DE SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

FECHA	SITUACIÓN	PENSAMIENTOS REPETITIVOS, RECUERDOS, IMÁGENES... RELACIONADOS CON EL MALTRATO	GRADO DE MALESTAR EXPERIMENTADO (0-10)	COMENTARIOS

### AUTO-REGISTRO DE DETENCIÓN DE PENSAMIENTO

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

DIA	SITUACIÓN	PENSAMIENTO AUTOMÁTICO	TAREA DISTRACTORA	¿HE CONSEGUIDO DETENERLO? sí/no	NIVEL DE MALESTAR	
					Inicio	Final
LUNES						
MARTES						
MIÉRCOLES						
JUEVES						
VIERNES						
SÁBADO						
DOMINGO						



## HOJA A B C

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<b>DIA</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
<b>LUNES</b>			
<b>MARTES</b>			
<b>MIÉRCOLES</b>			
<b>JUEVES</b>			
<b>VIERNES</b>			
<b>SÁBADO</b>			
<b>DOMINGO</b>			

### HOJA A B C D

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<b>DIA</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
<b>LUNES</b>				
<b>MARTES</b>				
<b>MIÉRCOLES</b>				
<b>JUEVES</b>				
<b>VIERNES</b>				
<b>SÁBADO</b>				
<b>DOMINGO</b>				




### AUTO-REGISTRO DE ACTIVIDADES GRATIFICANTES

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ N° sesión: \_\_\_\_\_



FECHA	ACTIVIDAD	⌚ DURACIÓN		GRADO DE SATISFACCIÓN (0-10)	COMENTARIOS
		Inicio	Fin		
LUNES					
MARTES					
MIÉRCOLES					
JUEVES					
VIERNES					
SÁBADO					
DOMINGO					

## AUTO-REGISTRO DE DEFINICIÓN DE PROBLEMAS

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ N° sesión: \_\_\_\_\_

			
¿QUÉ SUCEDE? 	¿QUIÉN ESTA IMPLICADO?	¿DÓNDE, CUÁNDO Y CÓMO?	¿CUÁL ES MI META? 

 **BUSCA TODA LA INFORMACIÓN POSIBLE**








-  Utiliza términos concretos, específicos y familiares.
-  Define la meta en términos realistas.

## AUTO-REGISTRO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS













**DEFINICIÓN DEL PROBLEMA:** \_\_\_\_\_

**¿QUÉ SOLUCIONES ALTERNATIVAS EXISTEN PARA EL PROBLEMA?**

 _____	 _____	 _____
 _____	 _____	 _____
		

**EVALUACIÓN DE CADA ALTERNATIVA:**

 :  _____	 :  _____	 :  _____
 _____	 _____	 _____
Grado satisfacción (0-10): _____	Grado satisfacción (0-10): _____	Grado satisfacción (0-10): _____
		

**ELECCIÓN DE LA MEJOR ALTERNATIVA Y PUESTA EN PRÁCTICA:** \_\_\_\_\_



**¿HE LOGRADO EL RESULTADO QUE ESPERABA?** \_\_\_\_\_

## INVENTARIO DE AUTOESTIMA

• Piense en usted misma y señale los aspectos positivos y negativos respecto a cada una de las siguientes áreas.

• A continuación ordene las áreas a las que concede más importancia o que le resultan más preocupantes. Para ello ponga el número correspondiente en la casilla de la primera columna.

ÁREAS A EXPLORAR		ASPECTOS POSITIVOS	ASPECTOS NEGATIVOS
<input type="checkbox"/>	<b>Área social</b> (cómo se relaciona con los demás, amigos/as, compañeros/as de trabajo...)	+ + + +	- - - -
<input type="checkbox"/>	<b>Área laboral</b> (rendimiento en el trabajo y labores domésticas)	+ + + +	- - - -
<input type="checkbox"/>	<b>Área familiar y de pareja</b> (cómo se relaciona con los familiares, cuidado de los hijos/as)	+ + + +	- - - -
<input type="checkbox"/>	<b>Aspecto físico y salud</b> (descripción de altura, peso, partes específicas del cuerpo, fuerza, resistencia física...)	+ + + +	- - - -
<input type="checkbox"/>	<b>Funcionamiento mental</b> (capacidad de aprender y crear, cultura general, intuición, áreas de conocimiento específicas...)	+ + + +	- - - -
<input type="checkbox"/>	<b>Autoestima global</b>	+ + + +	- - - -

## AUTO-REGISTRO DE ESTILO DE COMUNICACIÓN ASERTIVO



**MOMENTO Y LUGAR ESCOGIDO** \_\_\_\_\_



**EL PROBLEMA ES QUE:** \_\_\_\_\_

**ESTA SITUACIÓN ME HACE SENTIRME...**



\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

**LO QUE TE PIDO ES QUE:** \_\_\_\_\_



**¿QUÉ RESULTADO HE OBTENIDO?** \_\_\_\_\_



**¿CUÁL HA SIDO LA REACCIÓN DE LA OTRA PERSONA?** \_\_\_\_\_





## AUTO-REGISTRO DE TAREAS DE EXPOSICIÓN EN IMAGINACIÓN A LA SITUACIÓN VIVIDA

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ N° sesión: \_\_\_\_\_

EXPOSICIÓN A LA SITUACIÓN N°:	FECHA	HORA		ANSIEDAD			COMENTARIOS
		Inicio	Fin	Antes	Durante	Después	

### AUTO-REGISTRO DE SITUACIONES EVITADAS

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

FECHA	SITUACIÓN EVITADA	FRECUENCIA (diaria, semanal, cada quince días...)	GRADO DE MALESTAR (0-100)	COMENTARIOS

## REGISTRO DE ASISTENCIA A SESIONES Y CUMPLIMIENTO DE TAREAS

**Nº grupo:**

**Centro de derivación:**

**Fecha comienzo:**

**Fecha finalización:**

### REGISTRO DE ASISTENCIA

NOMBRE	SESIONES								TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	

### REGISTRO DE CUMPLIMIENTO DE TAREAS

NOMBRE	SESIONES							TOTAL
	2	3	4	5	6	7	8	