

# Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: un programa de intervención breve y específico

E.J. Labrador<sup>1</sup>, E. Alonso

## Resumen

*El objetivo de este trabajo es establecer y evaluar empíricamente la eficacia de un programa de intervención breve y estandarizado para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático crónico (TEP) en mujeres víctimas de violencia doméstica. La muestra constó de 20 participantes (12 en el grupo experimental y 8 en el grupo control) víctimas de malos tratos con diagnóstico de TEP según criterios DSM-IV-TR. El programa de tratamiento, aplicado en formato grupal, consta de ocho sesiones (2 meses) e incluye psicoeducación, entrenamiento para el control de la activación, terapia cognitiva y terapia de exposición. Se ha utilizado un diseño cuasi-experimental de dos grupos independientes con medidas repetidas (en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento al mes y tres meses). Los resultados en el postratamiento y en el seguimiento al mes y tres meses de concluida la intervención indican que las víctimas mejoraron significativamente en sintomatología postraumática y en el resto de las medidas evaluadas: Depresión, autoestima, inadaptación social y cogniciones postraumáticas. Se discuten las implicaciones de este estudio para la práctica clínica e investigaciones futuras.*

**Palabras clave:** Trastorno de estrés postraumático. Violencia doméstica. Mujeres maltratadas. Terapia cognitiva. Terapia de exposición.

## Summary

*The objective of this work is to develop and to evaluate the effectiveness of a brief and standardized program of intervention for the treatment of the chronic posttraumatic stress disorder (PTSD) in women victims of domestic violence. Twenty women victims of domestic violence participated in this study (12 in the experimental group and 8 in the group control), all they accomplished the criteria of DSM-IV-TR for the diagnostic of PTSD. The treatment program, applied in*

---

<sup>1</sup>Departamento de Psicología Clínica

**Correspondencia:** Dr. D. Francisco Javier Labrador  
Universidad Complutense de Madrid  
Dpto. de Psicología Clínica  
Campus de Somosaguas, s/n  
28223 Madrid  
E-mail: labrador@correo.cop.es

*group, consists of eight sessions (2 months) and it includes psychoeducation, training for the control of the activation, cognitive therapy and exposure therapy. A cuasi-experimental design of two independent groups with repeated measures (in the pre-treatment, post-treatment and follow-up (at one and three months) has been used. The results in the post-treatment and in the follow-up (at one and three months of having after the intervention) indicate that the victims improved significantly in posttraumatic symptoms and also all the evaluated measures: Depression, self-esteem, social inadaptation and posttraumatic cognitions. The implications of this study for the clinical practice and future investigations are discussed.*

**Key words:** Domestic violence. Battered women. Cognitive Therapy. Exposure Therapy.

## INTRODUCCIÓN

Según cifras del Instituto de la Mujer en España durante el año 2004 se interpusieron 57.527 denuncias por malos tratos y murieron 72 mujeres a causa de la violencia doméstica. Pero se estima que esto es sólo la punta de un inmenso iceberg. La Asociación Médica Americana estima que un 25% de las mujeres es víctima de violencia doméstica al menos una vez en su vida. En España la prevalencia estimada de este tipo de violencia oscila entre un 15 y un 30% de las mujeres. En la macroencuesta realizada en el año 2002 en España por el Instituto de la Mujer (2003), sobre una muestra de 20.652 mujeres, el 4% declaró haber sido víctima de malos tratos en el último año por su pareja o ex-pareja y el 11,1% de las encuestadas, sin conciencia de ello, cumplía las condiciones para ser considerada “técnicamente” como maltratada. Es evidente que estamos ante un problema social grave y extenso, que para algunas personas supone un “infierno en vida”, y que en algunos casos lleva hasta las consecuencias más graves, la muerte.

Walker (1999) 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. Adicionalmente, podemos señalar que los elementos mínimos que debe reunir un comportamiento para ser caracterizado como violencia doméstica incluyen: 1) Ejercicio de violencia física, sexual y/o psicológica; 2) Perpetrada por

la/el cónyuge o ex-cónyuge, pareja de hecho, ex-pareja, novio o ex-novio, o por cualquier otro miembro de la unidad familiar; 3) El agresor está en una situación de dominio permanente, en los casos en que la víctima es la mujer; 4) En el caso de la violencia psicológica se requiere que ésta se presente de forma reiterada o habitual. Si bien es frecuente la clasificación de la violencia doméstica en física, psicológica y sexual, no significa que estas variantes sean excluyentes, sino que normalmente suelen aparecer interrelacionadas.

Los efectos que este tipo de violencia tienen sobre la salud física de las víctimas son importantes, destacándose, incluso, por encima de las lesiones, los trastornos funcionales (colon irritable, trastornos gastrointestinales, dolor crónico, etc.). Otros problemas que habitualmente presentan las víctimas de malos tratos son daños permanentes en articulaciones, pérdida parcial de audición o visión y/o disfunciones sexuales.

Más importantes y frecuentes son los problemas psicológicos que este tipo de violencia provoca, entre los que se encuentran los síntomas depresivos, los sentimientos de ineficacia, dudas sobre uno mismo y sobre la propia capacidad, síntomas de autoinculpación y pensamientos distorsionados sobre sí mismo y el mundo, junto con desconfianza hacia los demás (Taylor, Magnusen y Amundson, 2001). Los cuadros clínicos asociados con más frecuencia a la violencia familiar son los trastornos de ansiedad, la depresión, el abuso y dependencia del alcohol y otras sustancias y, especialmente, el trastorno por estrés postraumático (TEP) (Astin, Ogland-Hand, Foy y Coleman, 1995; Campbell, Sullivan y Davidson, 1995; Dutton, 1992; Golding, 1999). La pre-

---

valencia estimada del TEP en las mujeres víctimas de violencia doméstica oscila entre el 31 y el 84,4% con una media ponderada de 63,8%. (Golding, 1999). Además, los síntomas típicos del TEP son los que mejor caracterizan las consecuencias negativas psicológicas que sufren las mujeres maltratadas.

El TEP 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: a) Reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, b) Conductas de evitación de los estímulos relacionados con el trauma, más embotamiento emocional y, c) Síntomas debidos al exceso de activación (dificultades de concentración, irritabilidad, problemas para conciliar el sueño, etc. (American Psychiatric Association, 1994). Respecto al tratamiento, el informe elaborado por la División 12 de la Asociación Psicológica Americana sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos (Chambless y Hollon 1998) señala como tratamiento psicológico probablemente eficaz para el TEP la terapia de exposición, el entrenamiento en inoculación de estrés y la terapia de reprocesamiento y desensibilización por movimientos oculares (ver Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000). Conclusiones similares defiende Báguena (2001, 2003) en su revisión de los tratamientos del TEP.

No obstante, la categoría diagnóstica de TEP incluye realidades muy dispares y el TEP como consecuencia del maltrato doméstico, sin duda, presenta características específicas que exigen un abordaje asimismo específico. Entre estas características pueden señalarse:

—La reiteración con la que ocurre el trauma y la alta probabilidad de volver a sufrirlo nuevamente.

—La ruptura del marco de seguridad, que supone el hogar como el lugar presumiblemente más tranquilo para la víctima, lo que conlleva un estado permanente de hiperactivación e hipervigilancia.

—Supone la vivencia de un grave fracaso personal al afectar a la relación de pareja y familia, lo que suele conllevar sentimientos de culpa y pérdida de autoestima en la víctima.

—Con frecuencia implica la pérdida de muchas de las actividades cotidianas, con la consecuente disminución de las tasas de reforzadores y la aparición de síntomas de depresión.

—No hay una solución clara y evidente para la situación de violencia. Abandonar al agresor no es una panacea, en muchos casos se convierte en la situación de mayor amenaza e incluso de riesgo para la propia vida. No hacerlo implica mantener el infierno en que se está viviendo.

—A falta de alternativas de acción más eficaces, con frecuencia se recurre a soluciones de afrontamiento inadecuadas (consumo de alcohol y drogas, reclusión...) como estrategia para manejar, si no la situación sí al menos las emociones.

—Por último, suele provocar una desorganización de toda la vida: abandono del hogar, de los amigos, a veces del trabajo, de los lugares habituales y de referencia, lo que provoca una grave inadaptación a nivel social y la pérdida de importantes redes de apoyo.

Es lógico, en consecuencia, que el tratamiento del TEP en víctimas de maltrato doméstico requiera de programas específicos de intervención más ajustados a estas características. Sin embargo, la investigación acerca de programas de tratamiento específicos para TEP en violencia doméstica no es muy abundante (Colosetti y Thyer, 2000; Cox y Stoltenberg, 1991; Kubany *et al.*, 2004; Echeburúa *et al.*, 1996; Labrador y Rincón, 2002; Mancoske, Standifer y Cauley, 1994; Rincón y Labrador, 2004; Schlee, Heyman y O'Leary, 1998; Tutty, Bidgood y Rothery, 1993). 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 TEP, la carencia de precisión en los programas aplicados o la falta de grupos de control.

No obstante se pueden señalar avances importantes, tanto en el campo de la formulación teórica, como en el de la intervención, pudiendo destacarse, entre otros, que: 1º) Resulta evidente que,

además de tratar el propio TEP, es necesario atender a los síntomas concomitantes más frecuentes, entre los que se encuentran los síntomas depresivos, la pérdida de autoestima, los sentimientos de culpa y los problemas de adaptación social y personal. 2º) La necesidad de utilizar programas multicomponente que incluyan aquellas técnicas que han demostrado ser eficaces para este problema, esto es, entrenamiento en control de la ansiedad, terapia de exposición y terapia cognitiva. 3º) En lo que a duración de la intervención se refiere, parece conveniente una intervención psicológica breve que logre un alivio rápido del profundo malestar que presentan estas mujeres y facilite su readaptación a la sociedad. 4º) La importancia de seleccionar programas de intervención que respondan a una buena fundamentación teórica, que justifique la elección de unas técnicas determinadas y su orden de aplicación. 5º) La importancia de evaluar de forma empírica la eficacia de estos programas.

Al menos tres de los trabajos publicados hasta la fecha cumplen con los requisitos de aplicar un tratamiento protocolizado a víctimas de violencia doméstica que presentan TEP, incluyendo un grupo de control y con evaluación específica de los síntomas de TEP y síntomas concomitantes asociados (Kubany *et al.*, 2004; Labrador y Rincón, 2002; Rincón y Labrador, 2004).

En el trabajo de Kubany *et al.* (2004) se aplicó un programa de intervención para el tratamiento del TEP y sintomatología concomitante en un grupo de 125 mujeres maltratadas. El programa tenía una duración de entre 8 y 11 sesiones en formato individual y estaba enfocado principalmente a la reevaluación cognitiva y modificación de todos aquellos pensamientos e ideas de culpa y vergüenza relacionados con el maltrato. Además incluía psicoeducación sobre el TEP 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. Para evaluar la eficacia de la intervención se comparó un grupo experimental con un grupo control de lista de espera que recibió el tratamiento seis semanas más tarde, y con el que se llevó una segunda evaluación pretratamiento. Los resultados mostraron mejoras

significativas en todas las medidas y una remisión del TEP en el 87% de las participantes en el tratamiento, mejorías que se mantuvieron a los tres y seis meses de seguimiento.

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores así como los desarrollos teóricos relevantes a la fecha, en especial el modelo biproceso de Brewin, Dalgleish y Joseph (1996), Labrador y Rincón (2002) desarrollaron un programa de tratamiento para mujeres víctimas de maltrato doméstico que presentaban TEP crónico. Se trata de un programa breve (8 sesiones de 100 minutos de duración) en modalidad grupal. El programa de tratamiento, que incluye Psicoeducación, Entrenamiento en control de la activación, Terapia Cognitiva y Terapia de Exposición fue aplicado a 9 mujeres con TEP crónico 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 TEP en el 100% de las mujeres 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 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.

El trabajo de Rincón y Labrador (2004) es una réplica del anterior, en el que el tratamiento fue aplicado a una muestra de 18 mujeres con TEP crónico, frente a un grupo control de 17 mujeres, asimismo con TEP crónico. Los resultados mostraron una remisión del TEP en el 94,4% de las mujeres tratadas al postratamiento y un 88% en el seguimiento a los seis meses. El grupo de lista de espera no mostró diferencias significativas entre las dos evaluaciones en ninguna de las variables evaluadas. Por otro lado también se constataron diferencias estadísticamente significativas en las restantes medidas evaluadas –Depresión, Autoestima e Inadaptación–, entre el pre y el postratamiento, diferencias que se mantenían en los seguimientos a 1, 3 y 6 meses.

Parece que se ha desarrollado, en consecuencia un programa de intervención breve y específico para mujeres víctimas de violencia doméstica que presentan TEP, eficaz para eliminar el TEP y modificar asimismo la sintomatología concomitante.

El objetivo del presente trabajo, y siguiendo los resultados obtenidos por nuestro equipo de investigación, es llevar a cabo una nueva intervención con el programa de Labrador y Rincón (2002), ligeramente modificado a fin de abordar de forma más detenida algunos de los aspectos demandados por las participantes en los programas anteriores y mejorar los resultados de la intervención.

## MÉTODO

### Participantes

La muestra total constó de 20 mujeres (12 en el grupo experimental y 8 en el de control), que demandan tratamiento psicológico por ser o haber sido víctima de violencia doméstica. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: a) ser mujer mayor de edad, víctima de maltrato doméstico y b) cumplir criterios DSM-IV-T.R. (APA, 2000) para diagnóstico de trastorno de estrés postraumático. Los criterios de exclusión fueron: a) diagnóstico actual o previo de trastorno mental orgánico o psicosis según criterio DSM-IV, T.R., b) inmediata y clara posibilidad de suicidio, c) abuso de alcohol o drogas, y d) analfabetismo funcional en castellano.

Características sociodemográficas de la muestra: la media de edad de las participantes fue de 40,1 años (d.t.=12,38; rango 22-69 años). De las 20 participantes 12 (60%) eran de nacionalidad española y 8 (40%) latinoamericana. Respecto a su situación con el agresor, la mayoría de ellas (80%) ya no convivía con él en el momento de la evaluación pretratamiento, estando separadas o en trámites de separación el 55% y soltera el 25%. El 80% tenía hijos.

El 50% de la muestra consideraba pertenecer al extracto socioeconómico medio-bajo, un 25% al extracto socioeconómico bajo y el 25% restante a un nivel medio. La mayoría había finalizado estudios secundarios (75%), un 15% estudios universitarios, un 5% estudios elementales y el resto no tenía estudios. Un 35% de las mujeres se encontraba en paro, un 45% realizaba trabajos que no

exigían cualificación, bien en el servicio doméstico (30%) o en otro tipo de profesiones (15%), un 5% era ama de casa y el resto (15%) sufría una discapacidad o estaba en situación de baja laboral.

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y el grupo control, ni entre el grupo de mujeres españolas y el grupo de mujeres latinoamericanas en ninguna de las variables sociodemográficas evaluadas.

## Instrumentos

### Material utilizado en las evaluaciones

- *Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Maltrato Doméstico* (Labrador y Rincón, 2002), recoge información de antecedentes sociodemográficos, tipo y circunstancias del maltrato, historia previa de victimización o de enfermedad y la disponibilidad de redes de apoyo. La entrevista incluye el Cuestionario de Alcoholismo CAGE (Hayfield et al., 1974).

- *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático* (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997) para evaluar los síntomas y la intensidad de este cuadro clínico según criterios DSM-IV (APA, 1994).

- *Entrevista clínica estructurada para el DSM-IV. Versión Clínica (SCID-I)* (Spitzer, R.L., y Williams, J.B., 1999). Aplicación del módulo F para evaluar la presencia de un trastorno de ansiedad.

*Instrumentos de autoinforme:* Además del TEP se han evaluado otras variables de adaptación y sintomatología concomitante:

- *Depresión: Inventario de Depresión de Beck (BDI)*. Se utilizó la versión autoaplicada de 21 ítems traducida al castellano por Vázquez (Vázquez y Sanz, 1997).

- *Ansiedad: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*. Se utilizó la versión traducida al castellano por Sanz y Navarro (2003).

- *Autoestima: Escala de Autoestima de Rosenberg* (1965). Evalúa el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma.

- *Inadaptación a la vida cotidiana: Escala de Inadaptación* (Echeburúa, Corral y Fernández-

Montalvo, 2000). Evalúa en qué medida la vida cotidiana en general y otras áreas más específicas como el trabajo, la vida social, el tiempo libre, la relación de pareja y la convivencia familiar se han visto afectadas por los malos tratos.

- Aspectos cognitivos derivados de la experiencia de maltrato: *Inventario de Cogniciones Postraumáticas* (Foa, Ehlers, Clark, Tolin y Orsillo, 1999; traducción de Rincón, 2001). Evalúa pensamientos y creencias relacionados con el trauma a través de tres subescalas que miden cogniciones negativas acerca de sí mismo, acerca del mundo y cogniciones negativas de autoinculpación.

- Percepción de las participantes de su propio cambio desde una perspectiva global en el transcurso del tratamiento. Para ello se ha aplicado la Escala de Cambio Percibido (Labrador y Rincón, 2000).

- Con el objeto de valorar el grado de satisfacción de las participantes con el programa de tratamiento recibido se aplicó el *Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento* (Larsen, Attkinson, Hargreaves y Nguyen, 1979; versión española en Echeburúa y Corral, 1998).

- Para medir el comportamiento de las participantes en terapia se realizaron dos registros: a) Registro de asistencia a sesión y b) Registro de cumplimiento de tareas.

### **Material utilizado en el tratamiento**

Se elaboraron diversos autorregistros que facilitarían la ejecución y supervisión de las tareas que las participantes debían llevar a cabo entre las sesiones de tratamiento. También se elaboró material psicoeducativo con la información trabajada durante la sesión, que incluía: Tríptico de violencia doméstica y de autoestima y hojas informativas sobre el funcionamiento de la ansiedad, el entrenamiento en respiración, discusión de pensamientos negativos, solución de problemas, entrenamiento en el estilo asertivo de comunicación y prevención de recaídas. Asimismo se utilizó una grabadora y una cinta de audio por participante para grabar la exposición en sesión y para su posterior uso en casa.

### **Diseño**

Se utilizó un diseño cuasi-experimental de dos

grupos independientes (grupo experimental, compuesto por 12 mujeres a las que se aplicó el programa de tratamiento y grupo control compuesto por 8 mujeres) con medidas repetidas (pre y post-tratamiento y seguimientos al mes y tres meses). Hay que señalar que el grupo control fueron mujeres que iban a participar en el programa de intervención, pero que por motivos ajenos a la investigación no se incorporaron a éste. Se les solicitó llevar a cabo una segunda evaluación pretratamiento, aplicando la Escala de Gravedad de Síntomas del TEP y los instrumentos de autoinforme, a los dos meses de haber sido realizada la primera. Por tanto las medidas de ambos grupos (experimental y control) fueron independientes.

### **VV Independiente: Programa de 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 ese orden. La primera sesión se destina a psicoeducación y entrenamiento en relajación a través de la técnica de control de la respiración, que se seguirá practicando a lo largo del programa; entre la segunda y la quinta sesión se desarrolla la terapia cognitiva; y entre la sexta y la octava sesión se practica exposición prolongada en imaginación. La duración total del programa es de ocho sesiones semanales. La tabla 1 ofrece un resumen del programa.

### **VV Dependientes:**

#### 1) Variables de adhesión al tratamiento:

- 1.1.- Número de sesiones a las que se asiste.
- 1.2.- Tareas cumplidas de las encomendadas.

#### 2) Variables clínicas referidas al TEP.

- a. Puntuación global en la escala.
- b. Puntuación en la escala de reexperimentación.
- c. Puntuación en la escala de evitación.
- d. Puntuación en la escala de hiperactivación.

#### 3) Variables concomitantes:

- a. Puntuación en la escala de depresión.
- b. Puntuación en la escala de ansiedad.
- c. Puntuación en la escala de autoestima.
- d. Puntuación en la escala de inadaptación.
- e. Puntuación en la escala de cogniciones postraumáticas.

**Tabla 1**  
**Resumen del programa de tratamiento**

Sesiones	CONTENIDO	Sesiones	CONTENIDO
1 <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentación de las participantes y 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>- Entrenamiento en la técnica de <i>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>	5 <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de tareas.</li> <li>- <i>Solución de problemas</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>
2 <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de tareas.</li> <li>- Entrenamiento en <i>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> </ul>	6 <sup>a</sup>	<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>• Práctica control de la respiración.</li> </ul>
3 <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de tareas.</li> <li>- Evaluación de las cogniciones postraumáticas.</li> <li>- <i>Reevaluación cognitiva</i>.</li> <li>- Planificación de actividades gratificantes.</li> <li>- Control de la respiración.</li> </ul> <p><b>✓ Asignación de tareas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Leer material autoestima.</li> <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>	7 <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de tareas.</li> <li>- Exposición.</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>• Ejercitar control de la respiración.</li> </ul>
4 <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de tareas.</li> <li>- <i>Reevaluación cognitiva</i>.</li> <li>- Entrenamiento en <i>solución de problemas</i>.</li> <li>- Control de la respiración.</li> </ul> <p><b>✓ Asignación de tareas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar 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>	8 <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de tareas.</li> <li>- Exposición.</li> <li>- Evaluación del tratamiento.</li> </ul>

## Procedimiento

*Prueba piloto del programa de tratamiento:* Previamente al establecimiento definitivo del programa de intervención se realizó un estudio piloto con cuatro mujeres víctimas de malos tratos con diagnóstico de TEP, a partir del cual se llevaron a cabo algunas modificaciones, como la inclusión del entrenamiento en el estilo asertivo de comunicación y se añadieron algunos materiales psicoeducativos para facilitar el trabajo asignado como tarea, esto es, se incorporó una hoja informativa para el entrenamiento en discusión de pensamientos y una hoja resumen para la prevención de recaídas.

*Captación de las participantes:* Las participantes fueron derivadas de la Federación de Mujeres Progresistas y la Asociación Amiga del Pueblo Latinoamericano (APLA) ambas en Madrid. En todos los casos tanto la evaluación, la intervención y los seguimientos fueron llevados a cabo en las dependencias facilitadas por las propias instituciones. Para la captación de mujeres latinoamericanas hubo que realizar previamente dos talleres denominados "Mujeres y Violencia Doméstica" en los que se informó a las asistentes acerca de las características, epidemiología y curso de la violencia, así como de aquellos mitos y creencias erróneas que estarían manteniendo y ocultando esta problemática.

### *Evaluación pretratamiento:*

Se realizó en una única sesión individual de aproximadamente dos horas de duración, en la que se aplicó la batería de evaluación, comenzando por la Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Maltrato Doméstico, la Escala de Gravedad de Síntomas del TEP, y a continuación los instrumentos de autoinforme y la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (SCID-1). Si la participante era incluida en el programa se le explicaban las características de éste y la necesidad de coordinar los horarios de las participantes, señalándole que la terapeuta la llamaría para indicarle la fecha de inicio del tratamiento. En los casos de exclusión se remitía a la participante a la institución desde la que había sido derivada para la evaluación, siempre en coordinación con la psicóloga responsable de la misma.

### *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. La duración 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 aproximada de 120 minutos. Se llevaron a cabo cuatro grupos de tratamiento, uno constituido por cuatro participantes, dos por tres y el cuarto por dos participantes. (Ver tabla 1)

### *Evaluación postratamiento y seguimientos:*

Concluido el tratamiento, se llevó a cabo su evaluación utilizando los mismos instrumentos que en la evaluación pretratamiento. Asimismo se incluyó el Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento (Larsen, Attkinson, Hargreaves y Nguyen, 1979) y la Escala de Cambio Percibido (Labrador y Rincón, 2000) que también fue administrada a lo largo de la intervención. Debido a la imposibilidad de contactar con la totalidad de las participantes del grupo experimental, la evaluación al mes de concluida la intervención únicamente pudo ser aplicada a 10 mujeres y la evaluación a los tres meses a 9 de ellas.

Dado el reducido tamaño muestral, los análisis de datos se basaron en estadísticos no paramétricos. Para evaluar los cambios producidos en el grupo experimental en el postratamiento y en los seguimientos se aplicó la prueba de rangos de Wilcoxon. Se aplicó la prueba de U de Mann Whitney para determinar la existencia de diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control, así como del grupo de mujeres españolas y latinoamericanas. Finalmente se ha calculado el tamaño del efecto del tratamiento para aquellas variables que han experimentado un cambio significativo entre la evaluación postratamiento y el seguimiento.

## RESULTADOS

### Descripción de la muestra

De las 20 participantes, la mayoría (60%) ha

sido víctima de violencia física, psicológica y sexual, sufriendo un 20% maltrato físico y psicológico, un 5% maltrato psicológico y sexual y el 15% restante exclusivamente maltrato psicológico. La violencia fue de instauración precoz en todos los casos; en el 45% de la muestra la violencia se estableció durante el noviazgo, en el 25% durante el primer año de convivencia, en un 20% desde el embarazo o el nacimiento del primer hijo y en un 10% desde su emigración a nuestro país (en el caso de mujeres latinoamericanas). Todo ello apunta al carácter crónico de la situación de violencia, tal y como lo refleja el hecho de que un 40% de las mujeres fue víctima de malos tratos durante 20 años o más (media=13,95; d.t.=13,16). El 80% de las participantes refirió haber experimentado la violencia diariamente y, a pesar de estar la mayoría separada del agresor (80%), únicamente un 35% llevaba más de 3 meses sin recibir malos tratos. Entre las participantes con hijos, el 80% de la muestra, el maltrato se había extendido también a ellos en el 60% de los casos. El 50% de las mujeres de este estudio tenía una historia previa de maltrato, en su mayoría de uno de los padres (40%) o de otra relación anterior (5%) o de ambos (5%). Únicamente un 55% había denunciado el maltrato y un 85% había tenido que abandonar su hogar de manera más o menos esporádica, siendo 2,25 la media del número de salidas. Respecto al grupo de mujeres latinoamericanas, el 33% de ellas optó por la emigración como vía para escapar definitivamente de la situación violenta. Únicamente un 15% de las participantes refiere haber contado con una red de apoyo social a lo largo de su experiencia como víctima de malos tratos y un 30% haber sentido apoyo a nivel familiar. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y el grupo control, ni entre el grupo de mujeres españolas y latinoamericanas en ninguna de estas variables.

Respecto a las características psicopatológicas de las participantes, todas ellas cumplían criterios de diagnóstico de TEP crónico según el DSM IV-TR, con niveles muy elevados de intensidad (media=31,86; d.t.=9,13).

En lo que a sintomatología concomitante se refiere y según las puntuaciones obtenidas en el

BDI, el 50% de las mujeres presentaba un nivel grave de depresión, un 35% un nivel moderado y el 15% restante un nivel leve. Las puntuaciones en el BAI señalan que el 60% de las participantes presentaba un nivel grave de sintomatología ansiosa, un 35% un nivel moderado-grave y un 5% un nivel leve. En la Escala de Autoestima la puntuación media de 25,5 (d.t.=4,71) indica que las participantes presentan una importante desvalorización de sí mismas. La puntuación media total en la Escala de Inadaptación, 24,65 (d.t.=4,68), que supera claramente el punto de corte establecido (12 puntos), indica el alto grado de inadaptación a nivel global de las mujeres del estudio. Respecto al Inventario de Cogniciones Postraumáticas, si bien no existen datos normativos para este autoinforme, las puntuaciones medias obtenidas por las participantes en cada una de las subescalas indican que estas mujeres están entre indiferente y levemente de acuerdo con los ítems referidos a las cogniciones negativas acerca del mundo (media=4,96; d.t.=4,68), y a cogniciones de autopunición (media=4,05; d.t.=1,06) y entre levemente en desacuerdo e indiferente con los ítems sobre uno mismo (media=3,8; d.t.=1,45).

El 100% de la muestra no presentaba problemas de consumo abusivo de alcohol, u otras drogas. El 85% de las participantes no presentaba comorbilidad con otro trastorno de ansiedad. Únicamente un 10% presentaba crisis de angustia y un 5% un trastorno de ansiedad generalizada.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en sintomatología TEP entre el grupo experimental y el grupo control, ni entre el grupo de mujeres españolas y el grupo de mujeres latinoamericanas en ninguna de las variables evaluadas.

### **Resultados en el grupo de Control**

Con respecto a los datos del grupo de control no aparecieron diferencias significativas en ninguna de las variables evaluadas entre la primera y la segunda evaluación pretratamiento, ni las referidas a los síntomas del TEP, ni a las variables concomitantes. Lo que señala que el mero paso del tiempo no produce cambios positivo en las variables a estudio. (Ver tabla 2).

**Tabla 2**  
**Grupo control (N=8), comparación pre-postratamiento. Medias, desviaciones típicas y estadístico de la prueba de rangos de Wilcoxon (Z) para las medidas de las variables dependientes.**

VARIABLES	GRUPO CONTROL		
	1ª EVALUACIÓN (N=8), PRETRATAMIENTO Media (DT)	2ª EVALUACIÓN (N=8), POSTRATAMIENTO Media (DT)	Z
<b>Escala de gravedad de síntomas del TEP</b>	28,12 (5,67)	27,88 (3,98)	-.32
• Síntomas de reexperimentación	7,75 (2,19)	7,63 (1,3)	-.26
• Síntomas de evitación	11,50 (3,25)	11,38 (1,6)	-.14
• Síntomas de hiperactivación	8,63 (2,97)	8,88 (2,7)	-.34
<b>BDI</b>	28,50 (6,16)	28 (8,1)	-.63
<b>BAI</b>	29 (10,39)	29,38 (5,47)	-.28
<b>Escala de autoestima</b>	25,63 (4,03)	26,63 (3,07)	-1,27
<b>Escala de inadaptación</b>	24,62 (5,31)	24,12 (3,69)	-.59
• Trabajo y/o estudios	3,13 (.99)	3,13 (1,45)	-.137
• Vida social	4 (1,51)	3,87 (.83)	-.37
• Tiempo libre	3,25 (1,90)	3,75 (1,03)	-.87
• Relación de pareja	4,75 (.46)	4,88 (.35)	-.57
• Vida familiar	4,38 (1,18)	4 (1,07)	-1,73
• Escala global	4,5 (.75)	4,5 (.75)	.0
<b>Inventario de Cogniciones Postraumáticas</b>	11,84 (2,52)	12,06 (2,5)	-1,4
• Cogniciones negativas acerca de si mismo	3,72 (1)	3,51 (1,05)	-1,82
• Cogniciones negativas acerca del mundo	4,81 (1,23)	4,88 (1,03)	-.42
• Autopunición	3,3 (1,13)	3,67 (1,15)	-1,54

\*p< .05

## Resultados en el grupo experimental

### 1.- Adhesión al tratamiento

Tres participantes abandonaron el tratamiento durante las primeras sesiones, ante la imposibilidad de continuar con el mismo por problemas familiares y laborales.

*Número de sesiones a las que asisten:* El 58,8% de las participantes asistió a la totalidad de las sesiones de tratamiento (8 sesiones). Un 25% asistió a 7 sesiones y el 16,7% restante asistió a 6 sesiones.

*Cumplimiento de las tareas asignadas para casa:* el 8,3% de las participantes cumplió el 100% de ellas, un 25% cumplió más del 90%, un 33% entre el 80 y 89% y un 25% entre el 65% y el 79% de las mismas. Sólo un 8,3% de las muje-

res cumplió menos del 50% de las tareas. (Ver tabla 3).

### 2.- Eficacia del tratamiento

Respecto al TEP se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el pretratamiento y el postratamiento, tanto en el índice global, como en cada una de las tres subescalas de síntomas postraumáticos. Los resultados al seguimiento de 1 y 3 meses señalan no sólo que los efectos se mantiene sino incluso que se incrementan (Ver tabla 4).

Por otro lado, cuando se han analizado de forma separada los resultados se han encontrado diferencias estadísticamente significativas al postratamiento entre el grupo de mujeres españolas y el grupo de mujeres latinoamericanas en el pun-

**Tabla 3**  
Frecuencia de asistencia y cumplimiento de tareas

ASISTENCIA A LAS SESIONES			CUMPLIMIENTO DE TAREAS				
6 sesiones	7 sesiones	8 sesiones	100%	90-99%	80-89%	65-79%	< 50%
58,8%	25%	16,7%	8,3%	25%	33%	25%	8,3%

**Tabla 4**  
Resultados de la eficacia del tratamiento. Medias, desviaciones típicas, estadísticas de la prueba de Wilcoxon (Z) y tamaños del efecto (TE) en la escala de Gravedad de Síntomas del TEP en las comparaciones pretratamiento y postratamiento, pretratamiento y seguimiento al mes y pretratamiento y seguimiento a los tres meses en el grupo experimental.

INSTRUMENTOS DE MEDIDA	GRUPO EXPERIMENTAL									
	Pretrat. (N=12)	Postrat. (N=12)	Za	T.E.	Sgto 1 mes (N=10)	Zb	T.E.	Sgto 3 meses (N=9)	Zc	T.E.
<b>Escala global de TEP</b>	33,5 (10,96)	19,67 (10,95)	-3,05*	<b>1,26</b>	14,4 (8,03)	-2,8*	1,98	13,44 (7,7)	-2,68*	<b>2,11</b>
Reexperimentación	9,67 (3,28)	5,58 (3,52)	-2,82*	<b>1,2</b>	3,9 (2,51)	-2,81*	1,97	3,89 (1,9)	-2,55*	<b>2,15</b>
Evitación	12,92 (5,1)	7,17 (4,5)	-2,71*	<b>1,14</b>	4,6 (4,14)	-2,8*	1,7	4,56 (3,78)	-2,55*	<b>1,87</b>
Activación	11 (4,04)	7,17 (3,25)	-3,01*	<b>1,39</b>	5,9 (2,42)	-2,45*	1,53	5 (3,16)	-2,56*	<b>1,65</b>

\* p< .05

taje total de la Escala de Gravedad de Síntomas del TEP y en evitación e hiperactivación, diferencias que muestran una reducción más marcada en este último grupo (ver tabla 5). Dado el número tan reducido podemos obviar estos datos y dejar de comparar las latinoamericanas con las españolas.

En todas las variables estudiadas han aparecido cambios significativos en el postratamiento en el grupo experimental, a excepción de la subescala de pareja de la Escala de Inadaptación, que si bien experimentó una reducción al postratamiento, ésta no alcanzó la significación estadística (Ver tabla 6). Respecto a los seguimientos realizados se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el pretratamiento y el seguimiento al mes de haber concluido el tratamiento en todas las medidas evaluadas en la tota-

lidad de las participantes, salvo en la subescala de pareja y familiar de la Escala de Inadaptación. La comparación de la evaluación pretratamiento y la evaluación realizada a los tres meses de seguimiento arroja diferencias significativas en todas las medidas, salvo en la subescala familiar de la Escala de Inadaptación (Ver tabla 6).

El tamaño del efecto encontrado para las medidas en las que se han encontrado diferencias significativas es alto. Concretamente, la reducción de la sintomatología postraumática tras la intervención supera una desviación típica en el postratamiento. De la misma manera la disminución en sintomatología depresiva y ansiosa y la mejora en el nivel de autoestima y en el nivel global de inadaptación tras el tratamiento es superior a una desviación típica. Al mes de seguimiento la canti-

**Tabla 5**  
**Comparación del grupo de mujeres españolas y latinoamericanas**

INSTRUMENTOS DE MEDIDA	GRUPO MUJERES ESPAÑOLAS (N=8)		GRUPO MUJERES LATINOAMERICANAS (N=4)		
	Pretrat.	Postrat.	Pretrat.	Postrat.	Z
■ Escala global de TEP	36,63 (12,29)	24,75 (9,38)	27,25 (3,02)	9,5 (5,26)	-2*
Reexperimentación	11 (2,56)	6,88 (3,68)	7 (3,16)	3 (.81)	-1,36
Evitación	13,7 (6,3)	9,37 (3,33)	11,25 (3,5)	2,75 (3,09)	-2,13*
Activación	12 (4,63)	8,63 (2,87)	9 (1,41)	4 (4,25)	-2,05*

\*  $p < .05$

dad de cambio producida tras la intervención se incrementa en todas las medidas evaluadas, alcanzando prácticamente o superando las dos desviaciones típicas como ocurre en la sintomatología postraumática, en la Escala de Inadaptación y el nivel de ansiedad. En la evaluación a los tres meses nuevamente se produce un aumento del tamaño del efecto en todas las medidas evaluadas, salvo en la escala de autoestima y en la escala global de la Escala de Inadaptación que experimentan una ligera disminución.

Respecto a la significación clínica de estos resultados (ver tabla 7), por lo que se refiere al TEP, de un 100% de participantes con TEP crónico al pretratamiento, 2 han dejado de tener TEP al postratamiento y 5 lo hacen en el seguimiento al mes y a los tres meses. En lo que a sintomatología depresiva se refiere las puntuaciones en el BDI señalan que el 50% de participantes con un nivel grave de depresión al pretratamiento se reduce a un 0% al postratamiento, porcentaje que se mantiene en el seguimiento al mes y a los tres meses de concluida la intervención. Las puntuaciones en el BAI permiten concluir que el 75% de mujeres con un nivel grave de sintomatología ansiosa al pretratamiento se reduce a un 16,7% al postratamiento y a un 0% al seguimiento al mes y tres meses tras la finalización del tratamiento.

Las puntuaciones en la Escala de Cambio Percibido, aplicada al final de las sesiones tercera a octava, aparecen en la tabla 8. Dado que las puntuaciones en esta escala oscilan de 0 a 7 (las puntuaciones de 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”), se puede concluir que, puesto a que todas las puntuaciones en la muestra total se aproximan o sitúan por encima de 5, las participantes perciben un cambio a lo largo del tratamiento que es experimentado de manera positiva. Concretamente, en la tercera sesión el 83,3% refirió sentirse algo mejor y en la cuarta sesión un 41,7% respondió sentirse bastante mejor. En la quinta sesión, el 100% de las participantes percibe haber experimentado un cambio positivo respecto a la sesión anterior. En la sexta sesión, es el 50% el que refiere sentirse bastante mejor y un 14,7% algo mejor. En la séptima y octava sesión, un 16,7% percibe sentirse mucho mejor y únicamente un 8,3% sentirse igual.

Finalmente, las puntuaciones del Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento, que mide esta variable mediante ocho ítems formulados en

**Tabla 6**

**Resultados de la eficacia del tratamiento. Medias, desviaciones típicas, estadísticas de la prueba de Wilcoxon (Z) y tamaños del efecto (TE) en cada variable concomitante, en las comparaciones pretratamiento y postratamiento, pretratamiento y seguimiento al mes y pretratamiento y seguimiento a los tres meses en el grupo experimental.**

**a) Significación estadística basada en la comparación de las puntuaciones de las evaluaciones pretratamiento y postratamiento.**

**b) Significación estadística basada en la comparación de las puntuaciones pretratamiento y seguimiento al mes.**

**c) Significación estadística basada en la comparación de las puntuaciones pretratamiento y seguimiento a los 3 meses.**

\* p < .05

INSTRUMENTOS DE MEDIDA	GRUPO EXPERIMENTAL									
	Pretrat. (N=12)	Postrat. (N=12)	Za	T.E.	Sgto 1 mes (N=10)	Zb	T.E.	Sgto 3 meses (N=9)	Zc	T.E.
■ BDI	27,67 (11,16)	15,33 (9,22)	3,06*	1,2	11,8 (8,2)	2,8*	1,69	12,22 (8,25)	2,19*	1,80
■ BAI	38,25 (10,9)	21,33 (12,75)	3,62*	1,4	16 (9,85)	2,8*	2,13	14,78 (8,07)	2,68*	2,45
■ Escala de Autoestima	25,4 (5,3)	30,33 (4,14)	3,06*	1,03	32,7 (4,02)	2,81*	1,54	31,11 (3,1)	2,55*	1,31
■ Escala de Inadaptación	24,72 (4,67)	17,66 (4,27)	2,98*	1,6	16,9 (3,31)	2,68*	1,97	14 (5,14)	2,66*	2,18
Puntuación total										
Trabajo	3,5 (1,56)	2,5 (1,25)	2,4*	4	2,2 (1,13)	2,58*	.95	2 (1,32)	2,41*	1,04
Vida social	4 (1,47)	2,17 (1,64)	2,84*	.70	1,9 (1,44)	2,53*	1,44	1,44 (1,42)	2,37*	1,77
Tiempo libre	3,67 (1,67)	2,17 (1,4)	2,87*	1,18	1,7 (1,16)	2,69*	1,37	1,33 (1,32)	2,53*	1,57
Pareja	4,67 (.65)	4 (1,27)	1,84	1,04	4,1 (1,1)	1,89	-	3,22 (1,3)	2,23*	1,34
Familia	4,17 (.93)	2,92 (1,56)	2,4*	.97	3,5 (1,35)	-1,65	-	3,11 (1,45)	1,89	-
Escala global	4,75 (.62)	2,92 (.66)	2,88*	1,29	3,4 (.69)	2,74*	2,07	2,89 (1,16)	2,54*	2
■ Escala de Cogniciones Postraumáticas										
Puntuación total	13,05 (3,93)	9,65 (3,2)	2,66*	.94	9,47 (3,2)	2,7*	1	8,91 (3,56)	2,52*	1,21
Escala sí mismo	3,84 (1,73)	2,94 (1,4)	2,93*	.57	2,6 (1,3)	2,55*	.81	2,41 (1,22)	2,07*	.96
Escala mundo	5,06 (.98)	3,89 (1,12)	2,85*	1,11	3,8 (1,38)	2,54*	1,06	3,6 (1,52)	2,54*	1,11
Escala autopunción	4,55 (1,62)	3,05 (1,33)	-2,91*	1,01	3,04 (1,28)	2,68*	1,04	2,9 (1,39)	2,54*	1,03

**Tabla 7**  
**Número de casos con diagnóstico de estrés postraumático, depresión y ansiedad. Comparación**  
**pretratamiento, postratamiento y seguimiento al mes y tres meses**

INSTRUMENTOS DE MEDIDA	PRETRATAMIENTO (N=12)		POSTRATAMIENTO (N=12)		SEGUIMIENTO UN MES (N=10)		SEGUIMIENTO 3 MESES (N=9)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>■ Escala Gravedad</b>								
<b>Síntomas TEP</b>								
Ausencia de trastorno	0	0,0	2	16,6	50	5	55,6	5
TEP agudo	0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0
TEP crónico	12	100	10	83,4	50	5	44,4	4
<b>■ BDI</b>								
Ausencia de depresión	0	0,0	4	33,3	60	6	44,4	4
Depresión leve	3	25	4	33,3	20	2	44,4	4
Depresión moderada	3	25	4	33,3	20	2	11,1	1
Depresión grave	6	50	0	0,0	0,0	0	0,0	0
<b>■ BAI</b>								
Normal	0	0,0	4	33,3	40	4	33,3	3
Leve-moderado	0	0,0	4	8,3	20	4	44,4	4
Moderada	3	25	5	41,7	40	4	22,2	2
Grave	9	75	2	16,7	0,0	0	0,0	0

**Tabla 8**  
**Medias y desviaciones típicas en la escala de cambio percibido en las**  
**sesiones 3ª a 8ª. (Puntuaciones 1-7)**

	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª
	SESIÓN	SESIÓN	SESIÓN	SESIÓN	SESIÓN	SESIÓN
<b>ESCALA DE CAMBIO PERCIBIDO</b>	4,83 (.38)	5,33 (.65)	5,33 (.49)	5,42 (.67)	5,58 (.9)	5,67 (.88)

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), puede consultarse en la siguiente tabla. La media de satisfacción de las participantes con el programa de tratamiento recibido es muy alta (29,75), siendo la puntuación en todos los ítems superior a 3 puntos.

## DISCUSIÓN

El objetivo del presente trabajo era desarrollar un programa de intervención, que permitiera a

las mujeres víctimas de violencia doméstica con TEP crónico aliviar su situación, mejorando su problema y favoreciendo su adaptación a una nueva forma de vida.

Lo primero que se debe destacar es que el programa diseñado, breve y específico ha podido ser cumplido por las participantes y, además, éstas informan que les ha resultado muy positivo, al menos de acuerdo con sus valoraciones subjetivas, tanto en lo que a satisfacción con el tratamiento se refiere, como a su propia percepción del cambio experimentado a lo largo del mismo. Es evidente que lo primero que debe caracterizar

**Tabla 9**  
**Medias y desviaciones típicas en el Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento**

Cuestionario de satisfacción con el tratamiento	MUESTRA TOTAL	
	Ítems	Media
1- Calidad del servicio	4	0
2- Satisfacción de expectativas	3,67	.49
3-Grado de satisfacción de necesidades	3,3	.77
4- Recomendación a otra persona	3,9	.28
5- Satisfacción con la ayuda recibida	3,5	.52
6- Eficacia de lo aprendido	3,6	.67
7- Satisfacción general con el tratamiento	3,7	.45
8- Volvería a participar	3,9	.28
PUNTUACION TOTAL	29,75	2,38

a un programa de intervención es la aceptación y valoración positiva por parte de las personas a quienes va dirigido. En este sentido, las participantes de este estudio perciben un cambio en la manera en que se sienten, que es experimentado de forma positiva a lo largo de la intervención y se muestran altamente satisfechas con la ayuda recibida.

Además otros índices cuantitativos como son la adhesión al tratamiento, medido a través del número de sesiones a las que han asistido y el número de tareas realizadas por las participantes, también hablan claramente de la eficacia de la intervención. Estos aspectos son más destacables aún si se tiene en cuenta que la participación en el tratamiento suele coincidir con un momento especialmente difícil para estas mujeres, ya que muchas de ellas se acaban de separar o están en trámites de separación, lo que supone tener que dedicar un importante tiempo y esfuerzo a rehacer su vida, esto es, a buscar trabajo, desarrollar nuevas redes de apoyo social, atender a los hijos en solitario, acudir a abogados y juicios para tramitar la separación, etc. Sin embargo, a pesar de la dificultad del momento que atraviesan y la gran cantidad de obligaciones a las que se deben enfrentar diariamente no impide la asistencia de las participantes al tratamiento.

Por lo que se refiere a las características del maltrato doméstico es de destacar la elevada

duración (una media de 14 años), con más de 20 años en el 40% de la muestra. También la frecuencia del maltrato, más del 80% sufría el maltrato de forma cotidiana, en muchos casos después incluso de haberse separado del maltratador. Estos datos pueden explicar, al menos en parte, la gravedad de la sintomatología de estas mujeres.

En cuanto a las *características psicopatológicas* de las mujeres que han participado en esta investigación, hay que resaltar la intensidad de la sintomatología postraumática experimentada por todas ellas antes de la intervención, así como la gravedad de la sintomatología ansiosa y depresiva y el grave deterioro en los niveles de autoestima y adaptación a la vida cotidiana. Estos resultados vienen a constatar el carácter altamente invalidante del TEP y su capacidad para desorganizar el funcionamiento global de estas mujeres, puesto que de manera concomitante afecta a su nivel de autoestima, estado de ánimo, nivel de ansiedad, inadaptación a su medio habitual y a su sistema de creencias previo. Parece lógico pensar que para una persona afectada por un problema de esta intensidad, que interfiere de forma tan significativa en el desempeño de las actividades de su vida cotidiana, tenga muchas dificultades para poder “normalizar” su vida y poder hacer frente a los problemas o retos cotidianos con una mínima eficacia. De ahí la importancia de abordar desde el principio y de forma específica el

TEP, 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.

El programa de intervención llevado a cabo en esta investigación ha resultado eficaz para reducir el TEP, produciéndose reducciones significativas tanto en cada uno de los tres grupos de síntomas que caracterizan este cuadro clínico como en su índice global. Por otro lado, el tratamiento se ha mostrado eficaz para reducir la sintomatología concomitante al TEP, esto es, depresión, autoestima, inadaptación a la vida cotidiana y cogniciones postraumáticas. Los resultados no sólo han sido positivos al postratamiento, sino que en los seguimientos a 1 y 3 meses de concluida la intervención se han mantenido e incluso han incrementado aún más las mejorías. Por el contrario, las mujeres del grupo de control no han presentado ningún cambio en las distintas medidas evaluadas, ni las relacionadas con el TEP, ni las relacionadas con la sintomatología concomitante. Parece evidente que no es el paso del tiempo el que produce los cambios en estas mujeres, sino la adscripción o no al programa de tratamiento.

Por lo tanto parece adecuado concluir que el tratamiento ha resultado eficaz para: a) Reducir la sintomatología específica de estrés postraumático y b) Lograr una mejoría en otros problemas asociados que se presentan en este tipo de víctimas, aunque éste no era el objetivo central del programa.

Es cierto que los resultados son inferiores a los conseguidos con este mismo programa en trabajos anteriores (Labrador y Rincón, 2002; Rincón y Labrador, 2004; Labrador y Fernández-Velasco, en preparación). Consideramos que la explicación a estas diferencias puede deberse, al menos en parte, a la elevada cronicidad del problema a la que se ha hecho referencia (media de 14 años de maltrato), así como a la intensidad de los síntomas en el pretratamiento. También, desde luego, a las condiciones de seguridad de las diferentes muestras como se abordará más adelante.

Respecto a la eficacia de la intervención hay que señalar algunos aspectos. Lo primero a destacar es que las ganancias obtenidas al final del

tratamiento tanto en el índice global del TEP y las tres subescalas, como en cada una de las áreas de adaptación y en las cogniciones postraumáticas continúan experimentando un incremento en los períodos de seguimiento. Esto parece poner de relieve que se ha producido un cambio importante en la forma, en las habilidades con que estas mujeres afrontan los retos y demandas del medio, y que este cambio en las habilidades de afrontamiento facilita la movilización de conductas más eficaces que mejoran la repuesta a las demandas del medio. Es probable que tal como se predecía, el problema del TEP sea una problema central que desorganice toda la vida de estas mujeres, y que una vez superado el trastorno se produzca un cambio drástico en la forma de enfrentar las demandas, facilitando en consecuencia una mejora significativa en el resto de las áreas, lo que se pone de relieve en esta mejora global observada.

Con todo, para que se produzca este cambio drástico, esto es, la desaparición del TEP y la mejora de los síntomas concomitantes parece determinante un aspecto: que la situación de violencia acabe. La forma en que esta situación finalice puede ser muy dispar, bien por separación de la pareja, bien por un cambio completo en la relación (algo más difícil, pero no imposible). Algunos datos parecen apoyar esta consideración. En primer lugar las diferencias que ha habido entre los resultados obtenidos en este trabajo y en trabajos anteriores (Labrador y Rincón, 2002; Rincón y Labrador, 2004), parecen apoyar esta hipótesis. En concreto en este trabajo el número de mujeres que en el postratamiento han superado completamente el TEP sólo ha sido de 2, elevándose a 5 en el seguimiento, frente a aproximadamente al 90% de mejoría en los trabajos citados. Estas diferencias parecen deberse a la “situación de seguridad” de las mujeres tratadas en uno y otro caso. En los trabajos anteriores la mayoría de las mujeres provenían de casas de acogidas u otros centros donde su “seguridad” estaba garantizada. En este caso la mayoría de las mujeres provenían de asociaciones de ayuda, pero no tenían esos “lugares de seguridad” contra los agresores tan claramente establecidos. En esta dirección apunta el hecho de que, a pesar de que la mayoría de las participantes en este trabajo

---

estaban separadas de su pareja (80%), un 45% había sido objeto de malos tratos en el último mes y un 30% en los últimos seis meses. Es decir, continuaban expuestas a repetidos encuentros con los agresores, bien inesperados y propiciados por éste último o bien por motivos judiciales o cuestiones relacionadas con la custodia de los hijos, en los que aprovechaba para perpetrar nuevos episodios de malos tratos, principalmente de tipo psicológico. Por el contrario, las cuatro mujeres latinoamericanas que participaron en la intervención, la mayoría de las cuáles había emigrado de su país huyendo de la violencia doméstica, por lo que se encontraban alejadas del agresor y, por tanto, en una situación que garantizaba el cese definitivo de la violencia, han mejorado considerablemente su sintomatología TEP. En especial esta mayor mejoría se evidencia en las escalas de hiperactivación y evitación, lo que se traduciría en una disminución en estas mujeres de la actitud de alerta constante ante cualquier situación cotidiana al dejar de ser valorada como potencialmente peligrosa. Por lo tanto, esta situación de vulnerabilidad a nuevos episodios violentos, que afecta en su mayoría a las mujeres españolas, supondría una fuente importante de inseguridad y probablemente una grave interferencia en su recuperación. Esto podría ser uno de los factores explicativos de la persistencia en la víctima de los problemas psicológicos derivados de la experiencia de malos tratos, a pesar de su alejamiento físico de la situación de violencia. No es suficiente con no estar ya en el lugar de peligro, es importante que la mujer perciba que tiene seguridad, que los malos tratos no van a volver a repetirse, que su vida deja de estar amenazada. El abandono definitivo de la situación de maltrato y la posibilidad de experimentar una existencia sin violencia, en la que poder reconstruir el sistema de creencias previo, parece pues un factor determinante en la superación del TEP en mujeres víctimas de violencia doméstica.

La buena práctica clínica dicta que el mejor tratamiento es aquel que mejora tanto el TEP como los síntomas comórbidos (Foa, Keane y Friedman; 2000). En este sentido hay que resaltar de esta investigación el cambio tan drástico que provoca la intervención en todas las variables concomitantes consideradas, esto es, depresión,

autoestima, nivel de inadaptación y cogniciones postraumáticas. En concreto y respecto a la sintomatología depresiva, más de un 30% se recupera al postratamiento y un 60% al seguimiento al mes, y en relación a la sintomatología ansiosa un 33% se recupera al postratamiento y un 40% al seguimiento al mes, resultados muy alentadores sobre la eficacia de la intervención que se mantienen a los tres meses de finalización de la intervención. Hay que señalar que el programa de tratamiento está específicamente centrado en el TEP y es muy escasa la intervención dirigida de forma directa a modificar todos esos aspectos. Esto hace pensar nuevamente en que es realmente determinante el efecto que tiene el cambio en el TEP, y 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. Es de esperar que con el paso del tiempo la mejoría en estas variables siga incrementándose. En este mismo sentido hay que señalar que si bien las diferencias globales en la escala de Inadaptación entre el pretratamiento y el postratamiento son significativas, no lo han sido para la subescala específica de pareja. Resulta esperable que haya sido la relación de pareja el área más directamente afectada por la violencia doméstica y, en consecuencia, tarde más tiempo en recuperarse. Es muy probable incluso que se necesite para ello un trabajo más específico o nuevas experiencias positivas que den la oportunidad a estas mujeres de vivenciar una relación sentimental alejada del maltrato y corregir creencias erróneas, justificadas a la luz de la experiencia vivida. En este sentido, hay que destacar que es en el seguimiento a los tres meses cuando aparecen por primera vez diferencias estadísticamente significativas en la subescala de pareja, lo que estaría confirmando la hipótesis de una mayor demora en la recuperación de este área.

A modo de conclusión y teniendo en cuenta no sólo los resultados de la intervención respecto a la sintomatología de las participantes, sino también respecto a la participación en el tratamiento, al grado de satisfacción obtenido y a la evaluación del cambio percibido, parece conveniente respetar en futuras investigaciones aspectos que han resultado importantes en este estudio. Uno

de los aspectos más importantes de este programa ha sido su brevedad, que responde a las necesidades de estas mujeres y, más concretamente, a la urgencia con la que es importante se recuperen de su malestar psicológico y puedan readaptarse a la vida cotidiana, principalmente al trabajo, puesto que la mayoría de ellas se encuentra separada del agresor y tiene hijos a su cuidado. Otro de los aspectos importantes de este estudio es la modalidad de intervención en formato grupal, que ofrece la posibilidad de comprobar que no son las únicas mujeres que experimentan esas reacciones, de sentirse comprendidas a la vez que aliviadas, de aprender de la experiencia del resto y de la ayuda proporcionada por ellas mismas a sus compañeras, y sobre todo la intervención grupal proporciona una oportunidad de construir una nueva red de apoyo social que ayuda a romper su aislamiento. También parece determinante el abordaje terapéutico del TEP de manera específica y desde el comienzo de la intervención. Sin duda un punto central es la necesidad del cese de la violencia doméstica para la eficacia de la intervención, y en esa misma dirección la necesidad de lugares de seguridad para poder iniciar una "nueva vida". Si bien ha de reiniciarse lo más rápido posible la "normalización" de la vida de estas mujeres, y para ello un punto esencial es lograr de nuevo una adaptación a su medio social.

En resumen, se ha desarrollado un programa de tratamiento para mujeres víctimas de violencia con TEP, derivado de modelos teóricos consistentes, breve (8 sesiones) y específico (centrado en el TEP), programa que logra alta adherencia, programa que produce una mejoría muy elevada en los síntomas clínicos del TEP y una mejoría significativa en las variables concomitantes asociadas al TEP, que es mantenida e incluso incrementada en el seguimiento y programa que es susceptible de ser aplicado con éxito en el medio habitual en el que estas víctimas demandan asistencia.

No obstante, esta investigación presenta limitaciones que suelen ser comunes a las investigaciones llevadas a cabo con muestras clínicas. En primer lugar, el reducido tamaño muestral que se deriva principalmente de la dificultad para acceder a este tipo de población. Y en segundo lugar

la ausencia de un seguimiento a largo plazo que permita estudiar la evolución de la mejoría en la sintomatología a lo largo del tiempo y que por supuesto están siendo llevados a cabo actualmente.

A partir de estas consideraciones surgen posibles líneas de investigación futuras como es el estudio de aquellos factores que pudieran estar implicados en el éxito y fracaso terapéutico y que estarían permitiendo el diseño de programas de tratamiento todavía más ajustados.

## AGRADECIMIENTOS

Esta investigación ha podido ser realizada gracias a una Beca de Formación de Personal Investigador de la Comunidad de Madrid de la que disfruta Edurne Alonso desde 2003.

Los autores deseamos agradecer la colaboración de la Asociación Amiga del pueblo Latinoamericano (APLA) y la Federación de Mujeres Progresistas de Madrid el acceso a la población de mujeres maltratadas y la facilitación del desarrollo del programa de intervención en estas instancias.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>a</sup> ed.). Washington, DC: APA, 1994.
2. **Astin MC, Ogland-Hand SM, Foy D y Coleman EM.:** Posttraumatic stress disorder and childhood abuse in battered women: comparison with martially distressed women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1995; 63: 308-312.
3. **Báguena MJ.:** Tratamientos psicológicos eficaces para el tratamiento del trastorno de estrés posttraumático. *Psicothema*, 2001; 13, 3: 479-492.
4. **Báguena MJ.:** Guías de tratamientos psicológicos eficaces para el tratamiento del trastorno de estrés posttraumático. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Eds.) *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*. Madrid: Pirámide, 2003
5. **Brewin C, Dalgleish T y Joseph S.:** A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 1996; 103 (4), 670-686.
6. **Campbell R, Sullivan CM y Davidson WS.:** Women who use domestic violence stulters: Changes in depression over time. *Psychology of Women Quarterly*, 1995; 19: 237-255.
7. **Chambless DL y Hollon SD.:** Defining empiri-

- cally supported therapies. *Journal of the Consulting and Clinical Psychology*, 1988; 66: 7-18.
8. **Colosetti S y Thyer BA.:** The relative effectiveness of EMDR versus relaxation training with battered women prisoners. *Behavior Modification*, 2000; 24, 5: 719-739.
  9. **Cox J y Stoltenberg C.:** Evaluation of a treatment program for battered wives. *Journal of Family Violence*, 1991; 6, 4: 395-413.
  10. **Dutton MA.:** Empowering and healing the battered woman: A model of assessment and intervention. Nueva York: Springer, 1992.
  11. **Echeburúa E y Corral P.:** Manual de Violencia Familiar. Madrid: Siglo XXI, 1998.
  12. **Echeburúa E, Corral P, Amor PJ, Zubizarreta I y Sarasua B.:** Escala de Gravedad de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático: Propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1997b; 23: 503-523.
  13. **Echeburúa E, Corral P, Sarasua B y Zubizarreta I.:** Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1996; 22: 627-654.
  14. **Echeburúa E, Corral P y Fernández-Montalvo J.:** Escala de Inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 2000; 26: 325-340.
  15. **Foa EB, Ehler A, Clark DM, Tolin DF y Orsillo SM.:** The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*; 1999, 11, 3: 303-314.
  16. **Foa EB, Keane TM y Friedman M.:** Tratamiento del estrés postraumático. Barcelona: Ariel Psicología, 2000.
  17. **Golding JM.:** Intimate partner violence as risk factor for mental disorder: A mental analysis. *Journal of Family Violence*; 1999, 14: 99-132.
  18. **Hayfield D, McLeod G y Hall P.:** The CAGE Questionnaire validation of a new alcoholism screening instrument. *American Journal of Psychiatry*; 1974, 131: 1121-1123.
  19. **Instituto de la Mujer.:** La violencia contra las mujeres. Resultados de la macroencuesta. II parte. Madrid: Instituto de la Mujer, 2003.
  20. **Kubany E, Hill E, Owens J, Ianne-Spencer C, McCaig MA y Tremayne KJ.:** Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 2004, 72, 1: 3-18.
  21. **Labrador FJ, Echeburúa E y Becoña E.:** Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica. Madrid: Dykinson-Psicología, 2000.
  22. **Labrador FJ y Rincón PP.:** Trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: Evaluación de un programa de intervención. *Análisis y Modificación de Conducta*; 2002, 28: 905-932.
  23. **Larsen D, Attkinson C, Hargreaves W, y Nguyen T.:** Assessment of client patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*; 1979, 2: 197-207.
  24. **Mancoske R, Standifer D y Cauley C.:** The effectiveness of brief counselling services for battered women. *Research on Social Work Practice*; 1994, 4, 1: 53-63.
  25. **Rincón PP.:** Trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: evaluación de un programa de intervención. Proyecto D.E.A. Universidad Complutense de Madrid, 2001.
  26. **Rincón PP y Labrador FJ.:** Violencia doméstica: programa de tratamiento para mujeres con trastorno de estrés postraumático. Poster presentado al III Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud. 24-27 de Noviembre, La Habana (Cuba), 2004.
  27. **Sanz J. y Navarro ME.:** Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*; 2003, 9, 1: 59-84.
  28. **Schlee S, Heyman L y O'Leary D.:** Group treatment for spouse abuse: are women with PTSD appropriate participants). *Journal of Family Violence*; 1998, 13, 1: 1-20.
  29. **Taylor W, Magnussen L y Amundson MJ.:** The lived experience of battered women. *Violence Against Women*; 2001, 7: 563-585.
  30. **Tutty LM, Bidgood BAQ y Rothery MA.:** Support group for battered women: research on their efficacy. *Journal of Family Violence*; 1993, 8: 325-343.
  31. **Spitzer RL, y Williams JB.:** Structured Clinical Interview for DSM-IV. Nueva York: New York State psychiatric Institute, 1999.
  32. **Vázquez C y Sanz J.:** Fiabilidad y valores normativos de la versión española del inventario para la depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*; 1997, 8 (3): 403-422.
  33. **Walker LE.:** Terapia para supervivientes con mujeres golpeadas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*; 1999, 8: 201-210.