



Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica

Francisco Javier Labrador¹ (*Universidad Complutense de Madrid, España*),
M^a del Rocío Fernández-Velasco (*Universidad Complutense de Madrid, España*)
y Paulina P. Rincón (*Universidad de Concepción, Chile*)

(Recibido 25 de octubre 2005 / Received October 25, 2005)

(Aceptado 16 de febrero 2006 / Accepted February 16, 2006)

RESUMEN. El objetivo del presente estudio es determinar la eficacia de un programa de tratamiento breve del trastorno por estrés postraumático (TEP) en mujeres víctimas de violencia doméstica. La muestra estuvo constituida por 20 participantes, todas cumplían los criterios *DSM-IV-TR* para el diagnóstico de TEP, constituyendo 10 el grupo de control de lista de espera y 10 el grupo de tratamiento. El programa de tratamiento, derivado del de Labrador y Rincón, se aplicó de forma individual y constaba de 8 sesiones (2 meses), siendo sus componentes fundamentales la psicoeducación, técnicas de desactivación, terapia cognitiva y terapia de exposición. Se utilizó un diseño cuasi-experimental con dos grupos independientes de medidas repetidas (en el pretratamiento y en el postratamiento). Los resultados en el postratamiento indican que el programa fue efectivo para la reducción del TEP en el 100% de los casos. Se produjo además una mejora significativa en otras variables concomitantes: depresión, autoestima, inadaptación y cogniciones postraumáticas. No se encontraron, sin embargo, diferencias significativas en función de que se alterara el orden de aplicación de la terapia cognitiva y la terapia de exposición. Se discuten las implicaciones de este estudio para la práctica clínica y futuras investigaciones.

¹ Correspondencia: Departamento de Psicología Clínica. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas s/n, 28223. Madrid (España). E-Mail: labrador@correo.cop.es

PALABRAS CLAVE. Trastorno por estrés postraumático. Violencia doméstica. Terapia cognitiva. Terapia de exposición. Estudio cuasi-experimental.

ABSTRACT. The objective of this work is 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 (10 in the experimental group and 10 in the control group); all they accomplished the criteria of DSM-IV-TR for the PTSD diagnosis. The treatment program, evolved from Labrador and Rincón, individually applied, consists of eight sessions (2 months) and it includes psychoeducation, training for the control of the activation, cognitive therapy, and exposure therapy. A quasi-experimental design of two independent groups with repeated measures (at the pre-treatment and at the post-treatment) has been used. The results in the post-treatment indicate that 100% of the women in the experimental group reduce the PTSD. Also an improvement in all the concomitant evaluated measures, depression, self-esteem, social inadaptation and posttraumatic cognitions, was obtained. No significant differences were obtained according to the different application order of cognitive therapy and exposure therapy. The implications of this study for the clinical practice and future investigations are discussed.

KEYWORDS. Posttraumatic stress disorder. Domestic violence. Cognitive therapy. Exposure therapy. Quasi-experimental study.

RESUMO. O objectivo do presente estudo é determinar a eficácia de um programa de tratamento breve da perturbação de stress postraumático (PSPT) em mulheres vítimas de violência doméstica. A amostra foi constituída por 20 participantes, todas cumpriam critérios *DSM-IV-TR* para o diagnóstico de PSPT, constituindo 10 o grupo de controlo de lista de espera e, 10 o grupo de tratamento. O programa de tratamento, derivado do de Labrador y Rincón, aplicou-se de forma individual e constava de 8 sessões (2 meses), sendo as suas componentes fundamentais a psicoeducação, técnicas de desactivação, terapia cognitiva e terapia de exposição. Utilizou-se um plano quase experimental com dois grupos independentes de medidas repetidas (no pré-tratamento e no pós-tratamento). Os resultados no pós-tratamento indicam que o programa foi eficaz para a redução da PSPT em 100% dos casos. Produziu-se uma melhoria significativa em outras variáveis concomitantes: depressão, auto-estima, inadaptação e cognições postraumáticas. Não se encontraram, no entanto, diferenças significativas em função da ordem de aplicação da terapia cognitiva e a terapia de exposição. Discutem-se as implicações deste estudo para a prática clínica e futuras investigações.

PALAVRAS CHAVE. Perturbação de stress pós-traumático. Violência doméstica. Terapia cognitiva. Terapia de exposição. Estudo quase experimental.

Introducción

La violencia doméstica es un problema social de gran magnitud, tanto por su alta frecuencia como por la gravedad de los hechos y las consecuencias tan negativas que entraña para las víctimas directas y personas próximas. La violencia doméstica se define como un patrón de conductas abusivas que incluyen un amplio rango de maltrato físico, sexual y psicológico, usado por una persona en una relación íntima contra otra, para poder ganar o mantener el abuso de poder, control y autoridad sobre esa persona (Walker, 1999). Se distinguen tres tipos de maltrato, físico, psicológico y sexual, aunque estos tipos suelen estar interrelacionados, presentándose generalmente de forma combinada. Los elementos mínimos que debe reunir un comportamiento para caracterizarlo de violencia doméstica incluyen: a) ejercicio de violencia física, sexual y/o psicológica; b) practicada 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; c) el agresor está en una situación de dominio permanente, en los casos en que la víctima es la mujer; d) en el caso de la violencia psicológica, que ésta se presente de forma reiterada o habitual.

El informe de la Población Mundial 2000 de Naciones Unidas, señala que una de cada tres mujeres en el mundo ha padecido malos tratos o abusos (Varela, 2002). En España se estima que afecta a alrededor del 20% de las mujeres. En la encuesta realizada por el Instituto de la Mujer (2003) sobre una muestra de 20.652 mujeres, un 11,1% de las encuestadas cumplía las condiciones para ser consideradas técnicamente como “maltratadas” por alguna persona de su hogar, novio o pareja.

Las consecuencias negativas de la violencia doméstica sobre la salud física de las víctimas son importantes, destacándose los trastornos funcionales (colon irritable, trastornos gastrointestinales, dolor crónico, etc.), lesiones y daños permanentes en articulaciones, pérdida parcial de audición o visión y/o disfunciones sexuales. Más importantes aún son sus consecuencias psicológicas. Se estima que el 60% de las mujeres maltratadas tiene problemas psicológicos moderados o graves (Lorente, 2001), predominando los síntomas depresivos, los sentimientos de ineficacia, dudas sobre la propia capacidad, síntomas de autoinculpación y pensamientos distorsionados sobre sí mismo y el mundo, junto con desconfianza hacia los demás (Taylor, Magnusem y Amundson, 2001). Los cuadros clínicos asociados más frecuentemente a la violencia doméstica son los trastornos de ansiedad, depresión, 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; Labrador, Rincón, De Luis y Fernández-Velasco, 2004). El metanálisis realizado por Golding (1999), que revisa 11 estudios de TEP en víctimas de violencia doméstica, encuentra tasas de prevalencia que van desde 31 a 84,4%, con una media ponderada de 63,8%. El TEP no sólo es el trastorno de mayor prevalencia entre las víctimas de violencia doméstica, también es la categoría diagnóstica que mejor caracteriza las consecuencias psicológicas en estas personas, aunque puedan presentar síntomas de otros trastornos.

El TEP consecuencia de la violencia doméstica tiene características específicas. Por un lado, debido al tipo de trauma. Es un trauma reiterado, es muy probable volver a sufrirlo en cualquier momento, se produce en el lugar que debería ser el más seguro

para la persona, su hogar, y por la persona que debería ser la que mayor seguridad y apoyo aportara a la víctima, su pareja. Estas características facilitan un estado permanente de vigilancia e hiperactivación, junto con la vivencia de fracaso personal y con frecuencia sentimientos de culpa y pérdida de autoestima en la víctima. Además, suele ser un problema crónico y prolongado; las mujeres tardan alrededor de 10 años de media en pedir ayuda, debido a las consecuencias personales, familiares y sociales para la víctima. Entre ellas, la pérdida de muchas de las actividades cotidianas, en especial sociales y de ocio, reduciéndose las tasas de reforzadores y facilitando la aparición de síntomas depresivos; la falta de una solución clara y eficaz para la situación de violencia (abandonar al agresor) a veces lleva a una situación de mayor amenaza, seguir con él asegura mantener el problema. Es más, el TEP en estas mujeres suele estar acompañado de una desorganización completa del patrón de vida: abandono del hogar y la pareja, de los amigos, a veces del trabajo, de los lugares habituales y de referencia, tener que afrontar en solitario el cuidado y crianza de los hijos, problemas económicos, etc. Todo esto provoca, al menos en los primeros momentos, una grave inadaptación social y la pérdida de importantes redes de apoyo.

Es lógico, pues, que el tratamiento del TEP producto de la violencia doméstica tenga también características específicas: a) la necesidad de tratar, además del TEP, los síntomas asociados, entre los que se encuentran síntomas depresivos, pérdida de autoestima, sentimientos de culpa y problemas de adaptación personal y social; b) la necesidad de una intervención psicológica, no sólo eficaz sino también breve, que facilite cuanto antes la superación del problema y la readaptación a la sociedad.

Al menos cuatro 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, Hills y Owens, 2003; Kubany *et al.*, 2004; Labrador y Rincón, 2002; Rincón, 2003).

Kubany *et al.* (2003), aplican un programa cognitivo conductual, de entre 8 y 11 sesiones y con formato individual, a 37 mujeres víctimas de violencia doméstica con TEP. Las participantes fueron divididas en dos grupos: a uno se le aplica el programa de forma inmediata y al otro demorada (6 semanas más tarde), siendo utilizado como grupo control de lista de espera. El programa estaba enfocado a la reevaluación cognitiva y modificación de los pensamientos e ideas de culpa y vergüenza relacionadas con el maltrato. Además incluía psicoeducación sobre el TEP y control del estrés, entrenamiento en relajación, exposición a películas sobre violencia doméstica y a recuerdos, entrenamiento en asertividad, entrenamiento en autocuidado y autodefensa, entrenamiento para evitar la victimización secundaria y búsqueda de apoyo social. Los resultados indican que las participantes mejoran en todas las medidas evaluadas (TEP, depresión, autoestima, vergüenza y culpa), manteniéndose los resultados a los tres meses de seguimiento. Por otro lado, no aparecen diferencias significativas entre la primera y segunda evaluación pretratamiento, para el grupo de inicio demorado. El trabajo de Kubany *et al.* (2004), es similar al anterior pero con una muestra más amplia, 125 mujeres maltratadas. Los resultados mostraron mejorías 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, mientras que en el grupo de control no aparecieron cambios.

El programa de tratamiento de Labrador y Rincón (2002) se fundamenta en el modelo biproceso de Brewin, Dalgleish y Joseph (1996). Es un programa de formato grupal y breve (8 sesiones de 90 minutos), en el que se incluye psicoeducación, entrenamiento en control de la activación, terapia cognitiva y terapia de exposición. Fue aplicado a 9 mujeres víctimas de violencia doméstica con TEP crónico y sus resultados fueron comparados con los de un grupo control de lista de espera (6 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 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 cambios en ninguna de estas variables entre la primera y la segunda evaluación a los dos meses. El trabajo de Rincón y Labrador (2004) es una réplica del anterior con 34 mujeres. El tratamiento fue aplicado a 18 mujeres frente a un grupo control de 17 mujeres, todas ellas 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. También hay 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.

Constatada la eficacia de este programa, parece adecuado comprobar si pueden obtenerse estos resultados cuando se aplica en formato individual, lo que beneficiaría a aquellas mujeres que tienen dificultades para acudir con regularidad al tratamiento grupal. También se trata de someter a prueba las predicciones derivadas de la teoría biproceso sobre el TEP de Brewin *et al.* (1996). Según este modelo, en primer lugar, es necesario integrar conscientemente la información verbalmente accesible con las creencias preexistentes y los modelos del mundo. En segundo lugar, es preciso activar la información de la memoria situacionalmente accesible, a través de la exposición a las claves relativas al evento traumático. El tratamiento, en consecuencia, debe incluir dos componentes, terapia cognitiva y exposición. Se espera que la exposición extinga las reacciones emocionales experimentadas durante el trauma, predominantemente de miedo, y que la terapia cognitiva reduzca las reacciones emocionales secundarias derivadas de la evaluación consciente del evento traumático. De acuerdo con este modelo, el tratamiento más adecuado ha de incluir primero la intervención cognitiva y después la exposición (Brewin, 2001).

Los objetivos del presente estudio cuasi-experimental (Montero y León, 2005) son, pues, constatar: a) si el programa de tratamiento del TEP de Labrador y Rincón (2002) es eficaz cuando se aplica en formato individual; b) si el orden en que se aplican la exposición y la terapia cognitiva afecta a la eficacia del programa. El trabajo es presentado conforme a la estructura propuesta por Ramos-Álvarez y Catena (2004).

Método

Participantes

La muestra está formada por 20 mujeres que demandaron asistencia psicológica. Criterios de inclusión en el programa: a) ser mujer víctima de violencia doméstica, y b) cumplir criterios *DSM-IV-TR* (American Psychiatric Association, 2000) para el diagnóstico de TEP crónico. Criterios de exclusión: a) diagnóstico actual o previo de trastorno mental orgánico o psicosis según *DSM-IV-TR*, b) inmediata o clara posibilidad de suicidio, c) abuso de alcohol o drogas, d) estar en algún tipo de terapia para este problema en el momento del estudio.

Materiales

Instrumentos de evaluación diagnóstica:

Evaluación del TEP:

- Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Maltrato Doméstico (Rincón, 2001), identifica si las participantes cumplen los criterios de inclusión o exclusión del programa y aporta información relevante sobre los datos sociodemográficos, historia del problema, consumo de sustancias adictivas y trastornos de ansiedad -ver el formato de entrevista en Rincón (2003)-.
- Escala de Gravedad de Síntomas del trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997), para cuantificar la presencia e intensidad de los síntomas del TEP según criterios *DSM-IV-TR*.

Evaluación de la sintomatología concomitante:

- Inventario de Depresión de Beck (*BDI*); (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961), en la adaptación de Vázquez y Sanz (1997).
- Inventario de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965).
- Escala de Inadaptación (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000), para evaluar en qué medida el problema/s que presenta la mujer afecta o interfiere en diferentes áreas de su vida cotidiana.
- Inventario de Cogniciones Postraumáticas (Foa, Ehlers, Clark, Tobias y Orsillo, 1999), para evaluar los pensamientos y las creencias relacionados con el trauma.

Material utilizado en el tratamiento: se utilizaron diversos autorregistros (respiración, reexperimentación, exposición al recuerdo, solución de problemas, etc.) y material psicoeducativo (violencia doméstica, autoestima y solución de problemas). Se utilizó una grabadora de audio por participante para grabar la exposición en sesión y para su posterior uso en casa. 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.

Diseño

Diseño cuasi-experimental de dos grupos independientes con medidas repetidas. Grupo de control: grupo de lista de espera compuesto por 10 mujeres.

Grupo experimental: compuesto por 10 mujeres a las que se aplicó el programa de tratamiento de 8 sesiones de 60 minutos cada una, con periodicidad semanal. El grupo experimental fue dividido en dos, formados por 5 mujeres cada uno: GE-1 (psicoeducación, control de la respiración, terapia de exposición y terapia cognitiva); GE-2 (psicoeducación, control de la respiración, terapia cognitiva y terapia de exposición).

Procedimiento

Prueba piloto del programa: se probó el programa de tratamiento, en ambas modalidades, en dos mujeres. Los resultados obtenidos señalaron su idoneidad formal, por lo que se mantuvieron los contenidos y tareas para las sesiones y la reducción temporal a 60 minutos.

Captación de las participantes: las participantes fueron derivadas de Oficinas de Atención a Víctimas del Decanato Plaza de Castilla de Madrid, de los Juzgados de Primera Instancia de Coslada y de los Juzgados de Primera Instancia de Móstoles; Centro Municipal de la Mujer de las Concejalías de la Mujer del Ayuntamiento de Leganés y del Ayuntamiento de Collado-Villalba.

La evaluación y programa de tratamiento se desarrollaron en la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense y en instalaciones cedidas por los centros de derivación contactados. El objetivo de esta decisión fue facilitar el acceso y participación de las mujeres en el programa.

Evaluación pretratamiento: se realizó en una sesión individual, de 90 minutos, en la que se aplicaba la Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Maltrato Doméstico, la Escala de Gravedad de Síntomas del TEP y los instrumentos de autoinforme para evaluar la sintomatología concomitante. A las participantes del grupo control ($n = 10$) se les repitió esta evaluación pretratamiento, a excepción de la entrevista semiestructurada, dos meses después de la primera, sin que hubieran recibido tratamiento.

Tratamiento: el programa de tratamiento consta de ocho sesiones de 60 minutos, aplicado en formato individual y con periodicidad semanal. Los componentes básicos, comunes en las dos modalidades experimentales, son psicoeducación, control de la respiración diafragmática, terapia cognitiva y terapia de exposición. Las sesiones están estructuradas según aparecen descritas en la Tabla 1.

Evaluación postratamiento: en la evaluación postratamiento se utilizó la Escala de Gravedad de Síntomas del TEP y los instrumentos de valoración de la sintomatología concomitante ya reseñados.

TABLA 1. Resumen del programa de tratamiento para las dos modalidades de tratamiento: terapia cognitiva + terapia exposición (GE-1) y terapia exposición + terapia cognitiva (Grupo GE-2). Las sesiones correspondientes al GE-2 se incluyen entre paréntesis.

<i>Sesión</i>	<i>Contenido</i>	<i>Tareas</i>
<i>GE-1 GE-2</i>		
1 (1)	<ul style="list-style-type: none"> - Establecimiento de normas de trabajo - Explicación del problema - Explicación de los objetivos del tratamiento - Explicación de los conceptos de ciclo y escalada de violencia - Entrenamiento en control de la respiración 	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercitar control de la respiración - Registrar síntomas de reexperimentación
2 (5)	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas - Detención de pensamiento - Entrenamiento en control de la respiración 	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercitar detención de pensamiento - Completar hojas A-B-C - Ejercitar control de la respiración
3 (6)	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas - Reevaluación cognitiva 	<ul style="list-style-type: none"> - Leer material autoestima - Realizar actividades gratificantes - Completar hojas A-B-C-D - Identificar y registrar situaciones problemáticas - Ejercitar control de la respiración - Identificar, registrar y definir situaciones problemáticas
4 (7)	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas - Reevaluación cognitiva - Solución de problemas 	<ul style="list-style-type: none"> - Leer material acerca de solución de problemas - Realizar actividades gratificantes - Ejercitar control de la respiración - Identificar y registrar situaciones problemáticas y solucionar un problema diario
5 (8)	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas - Solución de problemas 	<ul style="list-style-type: none"> - Registrar síntomas de reexperimentación - Ejercitar control de la respiración
6 (2)	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas - Exposición 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar autoexposición en imaginación - Registrar situaciones evitadas - Ejercitar control de la respiración
7 (3)	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas - Exposición 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar autoexposición en imaginación - Realizar autoexposición en vivo
8 (4)	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas - Exposición 	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercitar control de la respiración

Resultados

Características sociodemográficas de la muestra: la edad media de las mujeres es de 35 años (rango 19-50 años), un alto porcentaje de ellas se encuentran ya separadas, divorciadas o en trámites de separación, de modo que la mayoría ya no convive con el agresor (85%). La mayoría ha finalizado los estudios primarios (45%) y/o secundarios (40%). El 75% tiene hijos, siendo la media 1,35 (rango 0-4). La mayoría se considera de clase media (70%), se encuentran activas laboralmente (80%), siendo el sector servicios el más usual (55%). En la Tabla 2 se recogen las variables sociodemográficas.

TABLA 2. Características sociodemográficas de la muestra.

<i>Variables</i>	<i>Muestra completa N = 20</i>	<i>Grupo de tratamiento n = 10</i>	<i>Grupo control n = 10</i>
Edad media (DT)	35,4 (11,86)	36 (12,5)	34 (11,68)
Estado civil			
Soltera	30%	30%	30%
Casada	10%	10%	10%
Conviviente	15%	0%	30%
Trámites separación/ separada/ divorciada	45%	60%	30%
Nivel educacional			
Primarios incompletos	10%	0%	20%
Primarios completos	45%	40%	50%
Secundarios	40%	50%	30%
Universitarios	5%	10%	0%
Clase social subjetiva			
Baja	0%	0%	0%
Media-baja	20%	40%	0%
Media	80%	60%	100%
Media-alta	0%	0%	0%
Alta	0%	0%	0%
Ocupación actual			
Sector servicios	55%	50%	60%
Sector administrativo	15%	30%	0%
Ama de casa	10%	10%	10%
Desempleada	20%	10%	30%
Número de hijos	1,35 (1,08)	1,6 (1,17)	1,1 (1)

En la Tabla 3 se recogen los datos referidos al maltrato. Destaca la duración media del maltrato (7,6 años), la frecuencia (75% a diario), el número de denuncias interpuestas (3,25), y la proporción de la muestra ha necesitado asistencia médica (40%), psicológica o psiquiátrica (55%) debido a los malos tratos, encontrándose un alto porcentaje en procesos judiciales (75%). Por otro lado, el maltrato también ha afectado a los hijos en la mayoría de los casos (60%).

Características psicopatológicas: como se aprecia en la Tabla 4, todas las participantes cumplían criterios diagnósticos de TEP crónico, mostrando una intensidad elevada en todos los grupos de síntomas. La media en la Escala de Gravedad de Síntomas del TEP es de 33,3 (punto de corte, 15); subescala de reexperimentación, 10,75 (punto de corte, 5); subescala de evitación, 12,2 (punto de corte, 6); y subescala de activación, 10,85 (punto de corte, 4).

En cuanto a la comorbilidad con otros trastornos, la muestra se caracteriza por presentar altos índices de sintomatología depresiva –media equivalente a un diagnóstico de depresión moderada–; baja autoestima –la puntuación mínima en esta escala es de 10 puntos y la máxima de 40– e inadaptación o falta de ajuste a la vida cotidiana –la puntuación media total de dicha escala, 21,35, supera claramente el punto de corte establecido (12 puntos), así como cada una de las subescalas (punto de corte: 2 puntos)–. A pesar de que no existen datos normativos acerca del Inventario de Cogniciones Postraumáticas, la medias obtenidas por las participantes indican que están entre levemente de acuerdo y muy de acuerdo con “ideas negativas acerca del mundo” y están

TABLA 3. Caracterización de la muestra respecto al maltrato, denuncias, asistencia y apoyo. Según las variables se incluyen medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) o porcentajes (%).

<i>Variables</i>	<i>Muestra completa</i> <i>N = 20</i>	<i>Grupo de tratamiento</i> <i>n = 10</i>	<i>Grupo control</i> <i>n = 10</i>
Tipo de maltrato			
Psicológico	30%	20%	40%
Físico y psicológico	45%	40%	50%
Físico, psicológico y sexual	25%	40%	10%
Duración del maltrato en años	7,6 (7,35)	7,4 (5,9)	7,8 (9,2)
Frecuencia del maltrato último mes			
A diario	75%	90%	60%
2 veces por semana	25%	10%	40%
Denuncias interpuestas	3,25 (3,58)	3,4 (3,2)	3 (4,4)
Denuncias retiradas	0,13 (0,34)	0,2 (0,4)	0 (0)
Abandono del hogar			
Número veces	1,46 (0,96)	1,5 (1,38)	1,43 (0,5)
Sí	60%	50%	70%
No	40%	50%	30%
Asistencia médica por lesiones			
Número de asistencias	2 (0,89)	2,5 (0,7)	1,75 (0,95)
Sí	40%	40%	40%
No	60%	60%	60%
Asistencia psicológica y/o psiquiátrica			
Sí	55%	30%	80%
No	45%	70%	20%
Maltrato previo			
Sí	20%	20%	20%
No	80%	80%	80%
Maltrato previo en familia de origen			
Sí	35%	30%	40%
No	65%	70%	60%
Maltrato a los hijos			
Sí	60%	70%	50%
No	40%	30%	50%
Tipo de maltrato presenciado			
Psicológico	35%	40%	30%
Físico	10%	0%	20%
Físico	15%	30%	0%
Apoyo social			
Sí	65%	60%	90%
No	35%	40%	10%
Apoyo familiar			
Sí	75%	50%	80%
No	25%	50%	20%
Apoyo legal			
Sí	80%	70%	90%
No	20%	30%	10%

levemente de acuerdo o les son indiferentes los ítems relacionados con “pensamientos negativos acerca de sí mismas y de autopunición”. No sorprenden estos datos, ya que es habitual que exista un deterioro a todos los niveles en las víctimas de violencia doméstica, interfiriendo en su proceso de adaptación al medio.

TABLA 4. Medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) de las puntuaciones obtenidas en las escalas referidas al TEP y sintomatología concomitante.

<i>Medida</i>	<i>Muestra completa N = 20</i>	<i>Grupo de tratamiento n = 10</i>	<i>Grupo de control n = 10</i>
Escala gravedad de síntomas de estrés postraumático			
Escala global	33,3 (7,8)	33,9 (7,86)	32,7 (8,11)
Subescala: reexperimentación	10,75 (3,07)	11,9 (3,31)	9,6 (2,45)
Subescala: evitación	12,2 (3,91)	12,2 (4,15)	12,2 (3,88)
Subescala: aumento de activación	10,85 (3,32)	10,8 (3,2)	10,9 (3,6)
Inventario de Depresión	28,25 (10,75)	26,7 (10,93)	29,8 (10,92)
Escala de Autoestima	24,2 (4,34)	24,8 (3,99)	23,6 (4,81)
Escala de Inadaptación	21,35 (4,93)	21,3 (5,01)	21,4 (5,12)
Trabajo	3,01 (0,97)	2,81 (1,03)	3,2 (0,91)
Vida social	3,45 (1,19)	3,4 (1,17)	3,5 (1,26)
Tiempo libre	3,9 (1,16)	3,9 (1,37)	3,9 (0,99)
Relación de pareja	4,1 (1,21)	4 (1,33)	4,2 (1,13)
Vida familiar	2,7 (1,78)	3 (1,76)	2,4 (1,83)
Global	4,2 (0,69)	4,2 (0,63)	4,2 (0,79)
Inventario de Cogniciones Postraumáticas	14,46 (3,33)	14,64 (3,16)	14,38 (3,66)
Cogniciones negativas acerca de sí mismo	4,5 (1,3)	4,1 (1,39)	4,9 (1,14)
Cogniciones negativas acerca del mundo	5,41 (1,28)	5,38 (1,38)	5,44 (1,26)
Autopunición	4,49 (1,91)	4,94 (1,62)	4,04 (2,15)

A) *Equivalencia de los grupos*

Se analizó si había diferencias significativas entre los grupos de tratamiento y control; y entre los dos grupos experimentales, en aquellas variables demográficas, de la historia de maltrato y de diagnóstico, que pudieran afectar diferencialmente a la eficacia del tratamiento. Para ello se utilizaron las pruebas *t* para las medidas continuas y *Chi-cuadrado* para las medidas categoriales. No aparecieron diferencias significativas en ninguna de las variables señaladas.

B) *Resultado de la intervención*

B.1. Eficacia del grupo de tratamiento frente al grupo control de lista de espera

Para comprobar la eficacia del tratamiento se realizaron ANOVAS (2 x 2). La eficacia del tratamiento vendría indicada por la existencia de un efecto de interacción entre el factor tratamiento (tratamiento-control: intersujeto) y el factor momento de evaluación (pretratamiento-postratamiento: intrasujeto). Cuando los análisis revelan este

efecto de interacción, se realizan pruebas *t* de medidas independientes o medidas repetidas para determinar el significado de dicha interacción.

- B.1.1. Sintomatología de TEP en los grupos de tratamiento y control: los resultados de las medidas de sintomatología del TEP, evaluadas con la Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático para los dos grupos (tratamiento y control), en los dos momentos de evaluación (pretratamiento y postratamiento), aparecen en la Tabla 5.

TABLA 5. Medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) de las medidas de sintomatología del trastorno por estrés postraumático pre y postratamiento para el grupo de tratamiento y grupo control.

Medida	Grupo tratamiento		Grupo de control		<i>p</i> de la prueba <i>F</i> para el efecto de interacción
	<i>n</i> = 10	<i>n</i> = 8	<i>n</i> = 10	<i>n</i> = 10	
	Pre	Post	Pre	Post	
Escala global	33,63 (6,16)	10,63 (5,9)	32,7 (8,11)	31,3 (6,86)	0,001*
Subescala: reexperimentación	12,13 (3,35)	2,5 (1,85)	9,6 (2,46)	10,1 (1,37)	0,001*
Subescala: evitación	12 (3,85)	3,88 (2,41)	12,2 (3,88)	11,7 (4,49)	0,001*
Subescala: aumento activación	10,75 (2,96)	4,5 (2,2)	10,9 (3,6)	9,5 (3,3)	0,006*

**p* < 0,05.

Los resultados del ANOVA (2 x 2) realizado sobre las medidas de TEP revelaron un efecto significativo para la variable momento de evaluación (intrasujeto) ($F_{(1, 16)} = 58,77$; $p < 0,001$) y efecto significativo del factor tratamiento ($F_{(1, 16)} = 11,89$; $p < 0,003$). Estos efectos quedaban matizados por el efecto de interacción entre el momento de evaluación y el tipo de tratamiento ($F_{(1, 16)} = 46,05$; $p < 0,001$). Las pruebas *t* de medidas repetidas señalan en el grupo de tratamiento una disminución estadísticamente significativa en sus puntuaciones en la Escala de Gravedad de Síntomas del TEP ($t_{(7)} = 7,96$; $p < 0,001$), mientras que en el grupo control no hay cambios significativos entre las dos evaluaciones (pre y post) ($t_{(9)} = 0,84$; *n.s.*).

En resumen, las mujeres que reciben tratamiento disminuyen significativamente sus niveles de sintomatología del TEP al finalizar éste, en la escala global y en las tres subescalas. Las del grupo control no muestran cambios en la sintomatología del TEP entre los dos momentos de evaluación.

- B.1.2. Variables de adaptación y sintomatología concomitante en los grupos de tratamiento y control: para cada una de las variables de sintomatología concomitante consideradas (sintomatología depresiva, autoestima, inadaptación y cogniciones postraumáticas) se realizó un ANOVA 2 x 2 de medidas repetidas con el tratamiento como factor intersujeto y el momento de evaluación como factor intrasujeto. Los resultados pueden observarse en la Tabla 6.

TABLA 6. Medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) de las variables de adaptación y sintomatología concomitante pre y postratamiento para grupo de tratamiento y el grupo control.

Medida	Grupo de tratamiento		Grupo de control		<i>p</i> de la prueba <i>F</i> para el efecto de interacción
	<i>n</i> = 10	<i>n</i> = 8	<i>n</i> = 10	<i>n</i> = 10	
	Pre	Post	Pre	Post	
Inventario de Depresión	23,63 (7,17)	11,13 (9,17)	29,8 (10,92)	30,2 (12,14)	0,01*
Escala de Autoestima	24 (4,1)	30,13 (3,6)	23,6 (4,81)	22 (3,62)	0,02*
Escala de Inadaptación	20,38 (4,5)	12,73 (7,17)	21,4 (5,12)	21,7 (6,03)	0,04*
Trabajo	2,39 (0,54)	1,5 (1,3)	3,2 (0,92)	3,10 (1,52)	<i>n.s.</i>
Vida social	3,25 (1,16)	1,75 (1,28)	3,5 (1,27)	3,9 (1,1)	0,03*
Tiempo libre	3,87 (1,46)	2,63 (1,92)	3,9 (0,99)	4 (1,15)	<i>n.s.</i>
Relación de pareja	4 (1,41)	3 (2,07)	4,2 (1,13)	4 (1,56)	<i>n.s.</i>
Vida familiar	2,88 (1,8)	1,5 (1,41)	2,4 (1,84)	3,2 (1,81)	<i>n.s.</i>
Global	4 (0,53)	2,25 (1,49)	4,2 (0,79)	3,5 (1,43)	<i>n.s.</i>
Inventario de cogniciones postraumáticas	14,64 (3,16)	9,62 (3,59)	14,38 (3,66)	14,19 (3,86)	<i>n.s.</i>
Cogniciones negativas sobre sí mismo	4,1 (1,39)	2,53 (1,17)	4,9 (1,14)	4,73 (1,52)	0,03*
Cogniciones negativas acerca del mundo	5,38 (1,38)	4,15 (1,76)	5,44 (1,26)	5,12 (1,43)	<i>n.s.</i>
Autopunición	4,94 (1,62)	2,9 (1,24)	4,04 (2,15)	4,34 (1,54)	<i>n.s.</i>

Los resultados del ANOVA (2 x 2) realizados sobre las medidas de depresión, autoestima, inadaptación y cogniciones postraumáticas, revelaron un efecto significativo para las variables depresión, autoestima, inadaptación, tanto la puntuación total de dicha escala como la subescala de vida social, y de cogniciones negativas acerca de sí mismo del Inventario de Cogniciones Postraumáticas.

Sintomatología depresiva: se detecta un efecto significativo del factor momento de evaluación ($F_{(1, 16)} = 7,19$; $p < 0,02$) y un efecto significativo del factor tratamiento ($F_{(1, 16)} = 8,6$; $p < 0,01$). Estos efectos quedaban matizados por el efecto de interacción entre el momento de evaluación y el tipo de tratamiento ($F_{(1, 16)} = 8,15$; $p < 0,02$). Las pruebas *t* de medidas repetidas señalan una disminución estadísticamente significativa en el grupo de tratamiento ($t_{(7)} = 3,47$; $p < 0,01$), pero no en el grupo control ($t_{(9)} = -1,41$; *n.s.*).

En resumen, las mujeres que reciben tratamiento disminuyen su sintomatología depresiva al finalizar éste; las del grupo control no tienen cambios en esta sintomatología tras dos meses de espera.

Autoestima: hay un efecto significativo del factor momento de evaluación ($F_{(1, 16)} = 6,1$; $p < 0,02$) y un efecto significativo del factor tratamiento ($F_{(1, 16)} = 6,21$; $p < 0,03$). Estos efectos quedan matizados por el efecto de interacción entre el momento de evaluación y el tipo de tratamiento ($F_{(1, 16)} = 17,73$; $p < 0,001$). Las pruebas *t* señalan un aumento significativo en las puntuaciones del grupo de tratamiento ($t_{(7)} = 3,3$; $p < 0,02$), sin cambios en el grupo control ($t_{(9)} = 2,22$; *n.s.*).

En resumen, las mujeres que recibieron tratamiento incrementaron sus puntuaciones en autoestima al finalizar éste, pero las del grupo control no muestran cambios tras el periodo de espera.

Inadaptación: hay un efecto significativo en el factor momento de evaluación ($F_{(1,16)} = 4,17; p < 0,05$), y en el factor tratamiento ($F_{(1,16)} = 6,11; p < 0,02$). Estos efectos quedan matizados por el efecto de interacción entre el momento de evaluación y el tipo de tratamiento ($F_{(1,16)} = 4,87; p < 0,04$). Las pruebas t señalan una disminución estadísticamente significativa en los valores de inadaptación en el grupo de tratamiento ($t_{(7)} = 2,58; p < 0,04$), pero no en el grupo control ($t_{(9)} = 0,31; n.s.$). Asimismo, el cambio en la subescala de inadaptación social también es significativo en el grupo de tratamiento ($t_{(7)} = 3,56; p < 0,03$), pero no en el grupo control ($t_{(9)} = 0,31; n.s.$).

En resumen, las mujeres con tratamiento redujeron sus puntuaciones en la escala total de inadaptación y en la subescala de inadaptación social al finalizar éste, pero no las del grupo de control.

Cogniciones postraumáticas: hay diferencias en las puntuaciones pre y postratamiento del grupo experimental y control, aunque no llegan a ser significativas. Sólo en una subescala, la de cogniciones negativas sobre sí mismo, se detecta un efecto significativo del factor momento de evaluación (intrasujeto) ($F_{(1,16)} = 10,10; p < 0,006$) y un efecto significativo del factor tratamiento ($F_{(1,16)} = 8,81; p < 0,009$). Estos efectos quedan matizados por el efecto de interacción entre el momento de evaluación y el tipo de tratamiento ($F_{(1,16)} = 5,97; p < 0,03$). Las pruebas t señalan una disminución significativa en el grupo de tratamiento ($t_{(7)} = 3,34; p < 0,02$), pero no en el grupo control ($t_{(9)} = 1,35; n.s.$).

En resumen, las mujeres que recibieron tratamiento reducen sus puntuaciones en la subescala de cogniciones negativas de sí mismo al finalizar éste, pero las del grupo control no muestran cambios.

B.2. Eficacia diferencial entre las dos modalidades de tratamiento

- B.2.1. Sintomatología del TEP y sintomatología concomitante: para la comprobación de la eficacia diferencial entre las dos modalidades de tratamiento, dado el reducido tamaño de las muestras, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes. Los resultados señalan que no hay diferencias significativas entre los grupos experimentales, ni en la sintomatología del TEP, ni en variables de adaptación y sintomatología concomitante (ver Tablas 7 y 8). Ambos tratamientos se han mostrado igualmente eficaces.

TABLA 7. Medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) de las medidas de sintomatología del TEP pre y postratamiento para los dos grupos de tratamiento: GE-1 (TC+TE) y GE-2 (TE+TC).

Medida	GE-1: TC + TE n = 4		GE-2: TE + TC n = 4		<i>p del estadístico Z para determinar la eficacia diferencial</i>
	Pre	Post	Pre	Post	
Escala global	32 (5,03)	12,5 (7,14)	35,25 (7,5)	8,75 (4,57)	<i>n.s.</i>
Subescala: reexperimentación	12,25 (2,87)	3 (2,16)	12,13 (3,35)	2 (1,63)	<i>n.s.</i>
Subescala: evitación	12,5 (4,5)	4,75 (2,63)	11,5 (3,69)	3 (2,16)	<i>n.s.</i>
Subescala: aumento de activación	9,75 (3,59)	4,75 (2,87)	10,75 (2,96)	4,25 (1,7)	<i>n.s.</i>

* $p < 0,05$.

TABLA 8. Medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) en adaptación y sintomatología concomitante pre y postratamiento para los grupos de tratamiento: GE-1 (TC+TE) y GE-2 (TE+TC).

Medida	GE-1: TC + TE n = 4		GE-2: TE + TC n = 4		<i>p del estadístico Z para determinar la eficacia diferencial</i>
	Pre	Post	Pre	Post	
Inventario de Depresión	21 (7,87)	13,5 (11,15)	26,25 (6,29)	8,75 (7,54)	<i>n.s.</i>
Escala de Autoestima	26,75 (3,3)	29,25 (4,71)	21,25 (2,87)	31 (2,45)	<i>n.s.</i>
Escala de Inadaptación	23 (2,7)	14,5 (9)	17,75 (4,65)	10,75 (5,43)	<i>n.s.</i>
Trabajo	2,39 (0,54)	1,5 (1,3)	3,2 (0,92)	3,10 (1,52)	<i>n.s.</i>
Vida social	3,25 (1,16)	1,75 (1,28)	3,5 (1,27)	3,9 (1,1)	<i>n.s.</i>
Tiempo libre	3,87 (1,46)	2,63 (1,92)	3,9 (0,99)	4 (1,15)	<i>n.s.</i>
Relación de pareja	4 (1,41)	3 (2,07)	4,2 (1,13)	4 (1,56)	<i>n.s.</i>
Vida familiar	2,88 (1,8)	1,5 (1,41)	2,4 (1,84)	3,2 (1,81)	<i>n.s.</i>
Global	4 (0,53)	2,25 (1,49)	4,2 (0,79)	3,5 (1,43)	<i>n.s.</i>
Inventario de Cogniciones Postraumáticas	13,55 (4,17)	10,3 (4,17)	15,07 (1,37)	8,95 (3,39)	<i>n.s.</i>
Cogniciones negativas sobre de sí mismo	3,77 (0,89)	3 (1,45)	3,92 (1,33)	2,07 (0,74)	<i>n.s.</i>
Cogniciones negativas acerca del mundo	4,57 (1,99)	4,1 (2,04)	6,02 (0,38)	4,2 (1,76)	<i>n.s.</i>
Autopunición	5,15 (2,57)	3,2 (1,54)	4,87 (0,41)	2,6 (0,99)	<i>n.s.</i>

* $p < 0,05$.

- B.2.2. Adherencia al tratamiento: en ambos grupos una de las participantes no acabó el tratamiento. La participante del GE-1 fue retirada del tratamiento debido a que no acudió a consulta en dos ocasiones repetidas sin aviso previo y/o justificación. La participante del GE-2 abandonó voluntariamente el tratamiento debido a que experimentó una alta reactividad psicológica y fisiológica

a los primeros momentos de la exposición. Respecto al comportamiento de las participantes en la clínica, en concreto la asistencia a las sesiones, el 100% de la muestra, para los dos grupos experimentales, presenta un comportamiento adecuado, a excepción de los dos casos, considerados como fracasos, ya señalados.

C) Significación clínica del cambio terapéutico con respecto al TEP (grupo de tratamiento versus control)

En la evaluación pretratamiento, toda la muestra presentaba diagnóstico de TEP crónico. En el grupo control, el 100% de la muestra sigue presentando TEP en la segunda evaluación. En el grupo de tratamiento, el 100% de las participantes que completaron el programa no alcanzaron los puntos de corte mínimos en la Escala de Gravedad de Síntomas del TEP, para el diagnóstico del mismo. Si se considera el total de las participantes que comenzaron el tratamiento, el 80% de la muestra del grupo de tratamiento logró el éxito desde un punto de vista clínico, es decir, desaparición del TEP. El fracaso sólo afecta a las personas que no completaron el tratamiento, en éstas no aparece mejoría en la sintomatología postraumática con el paso del tiempo sin tratamiento (ver Tabla 9).

TABLA 9. Distribución de la muestra según diagnóstico de estrés postraumático: comparación pre y postratamiento (grupo de tratamiento vs. control).

	<i>Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático</i>							
	<i>Grupo control</i>				<i>Grupo tratamiento</i>			
	<i>Pre-tratamiento</i>		<i>Post-tratamiento</i>		<i>Pre-tratamiento</i>		<i>Post-tratamiento</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Ausencia de trastorno	0	0%	0	0%	0	0%	8	80%
Trastorno de estrés postraumático agudo	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Trastorno de estrés postraumático crónico	10	100%	10	100%	10	100%	2	20%

Nota. Distribución de la muestra teniendo en cuenta fracasos terapéuticos.

D) Significación clínica de la eficacia del tratamiento para las variables de adaptación y sintomatología concomitante (grupo de tratamiento versus control)

En relación a las variables de adaptación y sintomatología concomitante, al comparar la significación clínica en los dos momentos de evaluación pre y postratamiento, hay una mejoría clínica en la mayoría de las variables dependientes en el grupo de tratamiento pero no en el de control (ver Tabla 10).

Respecto a los síntomas de depresión, en el grupo control se mantienen los valores en los dos momentos de evaluación (10% depresión leve, 40% moderada y 50% grave), en el grupo de tratamiento un 50% de la muestra no presenta diagnóstico de depresión en el postratamiento. En relación a la autoestima, en la evaluación pretratamiento, el 90% de la muestra presentaba puntuaciones bajas. En el grupo control las puntuaciones

TABLA 10. Distribución de la muestra según variables de depresión, autoestima e inadaptación: comparación pre y postratamiento en el grupo de tratamiento.

<i>Instrumento de medida</i>	<i>Pretratamiento</i>		<i>Postratamiento</i>			
	<i>n = 10</i>		<i>n = 10^a</i>		<i>n = 8^b</i>	
BDI						
Ausencia de depresión	1	5%	5	50%	5	62%
Depresión leve	1	5%	0	0%	0	0%
Depresión moderada	5	55%	5	50%	3	27%
Depresión grave	3	35%	0	0%	0	0%
Inventario de autoestima						
Autoestima alta	1	10%	4	40%	4	50%
Autoestima baja	9	90%	6	60%	4	50%
Escala de inadaptación						
Adaptación	0	0%	4	40%	4	50%
Inadaptación	10	100%	6	60%	4	50%

Nota. ^a Referido a las 10 personas que comenzaron el tratamiento; ^b referido a las 8 personas que acabaron el tratamiento.

bajas en autoestima llegan al 100% en la segunda evaluación, mientras que en el grupo de tratamiento bajan al 60%. Respecto a la adaptación a la vida cotidiana, en la evaluación pretratamiento, el 100% de la muestra encaja en la categoría de inadaptación, manteniéndose este porcentaje en el grupo de control en la segunda evaluación, y reduciéndose hasta el 60% en el grupo de tratamiento. Si se consideran sólo las participantes que han finalizado el tratamiento los resultados mejoran de forma sustancial.

Discusión

El resultado fundamental de este trabajo es que el programa breve de tratamiento del TEP en mujeres víctimas de violencia doméstica desarrollado por Labrador y Rincón (2002), que había mostrado su eficacia cuando se aplica en un formato grupal (Labrador y Rincón, 2002; Rincón, 2003; Rincón y Labrador, 2004), ha demostrado su eficacia también cuando se aplica en formato individual. No obstante, otros aspectos de este trabajo merecen ser abordados.

Primero, en la muestra estudiada destaca, además de la baja edad promedio (35 años), la cronicidad de las historias del maltrato, con un media superior a los 7 años, y una alta frecuencia, en el 75% de los casos el maltrato es diario. Como en la mayoría de los trabajos sobre violencia doméstica, las mujeres acuden en busca de ayuda profesional tras un largo período de maltrato. Respecto a las características psicopatológicas, todas las participantes cumplían los criterios *DSM-IV-TR* para el diagnóstico de TEP crónico, mostrando además índices de una intensidad elevada. Destaca también la comorbilidad con otros trastornos, presentándose altos índices de sintomatología depresiva, baja autoestima e inadaptación o falta de ajuste a la vida cotidiana. Estos datos ponen de relieve el deterioro a todos los niveles que suele producirse en las víctimas de violencia doméstica, en especial tras una larga duración de esta situación, y las dificultades adicionales que esta comorbilidad supone para poder llevar a cabo un proceso de adaptación (re-adaptación) al medio.

Respecto a la eficacia del tratamiento debemos destacar lo siguiente:

a) Que el mero paso del tiempo (dos meses en el grupo de control) no produce mejora en los síntomas de las participantes, ni en los del TEP, ni en los de los trastornos concomitantes. No era esperable un cambio en los síntomas del TEP, pero el hecho de que tampoco haya una mínima mejoría en los síntomas de los trastornos concomitantes parece señalar lo decisivo que es, en estas víctimas, la superación del TEP. Mientras el TEP no se reduzca no se producirá un cambio en ninguno de los otros síntomas psicopatológicos.

b) La eficacia del programa de intervención y la rapidez de sus efectos. El tratamiento se ha mostrado eficaz para el TEP en solo dos meses. Esta reducción se evidencia tanto en el índice general de TEP como en cada una de las subescalas de síntomas, reexperimentación, evitación e hiperactivación. En todos los casos los valores promedios están por debajo de los puntos de corte para el TEP. Estos cambios estadísticos, van acompañados de una mejoría clínica sustancial. Las mujeres, tras el tratamiento, ya no presentan TEP, en el 100% de los casos si se considera a las participantes que han concluido el tratamiento, en el 80%, si se consideran todas las que iniciaron el tratamiento.

c) Aunque el programa no estaba dirigido específicamente a mejorar la sintomatología concomitante, es de señalar la importante reducción tanto en los síntomas depresivos como en los problemas de autoestima o en el índice de inadaptación general. Los cambios son significativos a nivel estadístico y también a nivel clínico. Destaca la reducción de la sintomatología depresiva, desde un 100% en el pretratamiento al 50% tras el tratamiento. Esta reducción en la sintomatología concomitante, sin un tratamiento específico para ello, vuelve a señalar la importancia de la superación del TEP. Cuando ésta se produce afecta positivamente a las variables psicopatológicas asociadas.

Los resultados con respecto a la escala de inadaptación, muestran cambios significativos en el índice general y en la escala de vida social, pero no en el resto de las escalas. Estos resultados eran de esperar, pues las dificultades con que se encuentran durante el proceso de abandono de la situación de violencia, sin duda reducen las posibilidades de un cambio rápido en áreas como la vida familiar, la relación de pareja o el tiempo libre. La mayoría de las participantes están inmersas en procesos judiciales, lo que interfiere significativamente en su proceso de adaptación, al tener que exponerse de forma continuada a una evaluación de la credibilidad de su testimonio, a encontrarse con el agresor y asumir los riesgos que esto conlleva, sin poder reiniciar una nueva vida alejada completamente de los sucesos vividos. En otros casos, se añade la falta de un hogar propio, al vivir de forma provisional en casas de emergencia, de familiares o amigos, lo que les dificulta establecer unos patrones personales de adaptación. También suelen darse problemas económicos asociados que impiden disponer de recursos que facilitarían el ajuste cotidiano. No obstante, a pesar de estas condiciones los resultados, en general, cambian en la dirección deseada (mejor adaptación), aunque no alcancen significación estadística. Por último, el tamaño de la muestra, también puede dificultar alcanzar niveles de significación estadística. Con todo, parece sensato pensar que estos cambios deben “seguir” en el tiempo a la mejora del TEP y

necesitar un período más amplio que los dos meses del tratamiento y una cierta mejora en las condiciones de vida y/o en los recursos de las mujeres. El paso del tiempo, en especial sin TEP, y el desarrollo de habilidades de afrontamiento favorecerán una mejor adaptación.

En cuanto a los aspectos cognitivos, evaluados por el Inventario de Cogniciones Postraumáticas, aparece un cambio ya en las cogniciones negativas acerca de sí misma, lo que señala la mejora de la mujer en su propia consideración. Este dato está en concordancia con las mejoras señaladas en autoestima. No aparecen diferencias significativas con relación al grupo control, ni en la escala global, ni en las subescalas de cogniciones negativas acerca del mundo y autopunición. Este efecto podría explicarse por la mayor lentitud en cambio a nivel cognitivo frente al conductual, el cambio de momento sólo llega a aspectos más personales, donde ha podido ya constatar una situación diferente, junto con la limitada atención que se le presta por ser un programa de tan solo 8 sesiones.

Tercero, eficacia diferencial de los tratamientos. Se esperaban mejores resultados en el GE-1 (primero técnicas cognitivas, después exposición), que en el GE-2 (primero exposición, después técnicas cognitivas), pero no han aparecido diferencias ni estadística ni clínicamente significativas. Esta falta de diferencias, en contra de la propuesta del modelo de Brewin, puede deberse a que la eficacia del tratamiento del GE-2 es ya muy elevada, por lo que se dan efectos de techo para el GE-1. Otra posibilidad es que la exposición por sí sola, con independencia de si va acompañada por otros componentes, puede ser suficiente para reducir el TEP, si bien en este caso sería más difícil explicar los cambios en las variables concomitantes. También puede esperarse que las diferencias aparezcan más a largo plazo, aunque esto es poco compatible con la teoría de Brewin. También es posible que el reducido tamaño de los grupos haya ocultado posibles diferencias. Pero, aunque los resultados hayan sido similares en ambos grupos, parece aconsejable mantener el orden de las técnicas propuestos a partir del modelo de Brewin, sus resultados clínicos son similares, y desde un punto de vista teórico es más adecuado. Quizás el hecho de que la única mujer que ha abandonado el tratamiento perteneciera al grupo GE-2 y explique su abandono por lo negativo que le resultó la exposición, apunta también en esta dirección. Las sesiones previas con técnicas cognitivas pueden preparar a la mujer para afrontar las sesiones de exposición con menos ansiedad. De hecho, todas las mujeres señalaron que la sesión más difícil fue la primera sesión de exposición, en especial las mujeres del GE-2.

Cuarto, con respecto a la adherencia al tratamiento, el 80% de las participantes ha seguido el tratamiento completo, lo que supone una alta adherencia sobre todo si se tienen en cuenta las dificultades para acudir al tratamiento en un momento en que deben re-adaptarse a una nueva vida, a la vez que son víctimas de una sintomatología psicopatológica importante. El hecho de que desde los primeros momentos las mujeres reconozcan que el tratamiento les resulta beneficioso puede explicar en parte estos resultados. En esta dirección nos gustaría señalar la impresión personal de la importancia que tiene una primera sesión en la que se “explique” a la persona qué es lo que le está pasando y cuál es el significado de toda la sintomatología que presenta. “Comprender” su problema es el primer paso para que la mujer vea que es “normal” que aparez-

can esos problemas en las condiciones tan “anormales” que ha vivido, que pueden solucionarse y que entienda qué es lo que se debe hacer.

Finalmente, con respecto a limitaciones de la investigación, sería conveniente constatar si estos resultados al postratamiento se mantienen en el seguimiento. De hecho eso es lo que se ha encontrado en trabajos anteriores con este programa de Labrador y Rincón. Pero el objetivo de este trabajo era ver si el tratamiento era eficaz para reducir el TEP, reducido éste (el 100% de las mujeres que completaron el tratamiento lo logran), es evidente que otras variables puedan determinar o colaborar en que los efectos del tratamiento se mantengan.

Asimismo, es menester señalar que el grupo de control utilizado es un grupo de lista de espera debido a razones coyunturales, la imposibilidad de aplicar el tratamiento nada más que se produce la demanda por razones diversas. Realmente sería más adecuado un grupo de control sin tratamiento y la asignación de los sujetos al azar a éste, pero es difícil justificar éticamente ese proceder. El disponer de un grupo de lista de espera del que se toman dos medidas de evaluación en un periodo temporal similar al de la aplicación del tratamiento, permite una solución plausible metodológicamente y éticamente aceptable.

En resumen, puede afirmarse que el tratamiento desarrollado por Labrador y Rincón (2002), aplicado en formato individual, también se ha mostrado eficaz para reducir la sintomatología del TEP, mejorando además, significativamente, los síntomas depresivos, la autoestima, y en parte también el nivel de adaptación y algunas de las cogniciones disfuncionales asociadas al trauma.

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR* (4ª ed.). Washington, DC: Autor.
- Astin, M.C., Ogland-Hand, S.M., Foy, D.W. y Coleman, E.M. (1995). Posttraumatic stress disorder in childhood abuse in battered women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 308-312.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J.E. y Erbaugh, T. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
- Brewin, C. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 373-393.
- Brewin, C., Dalgleish, T. y Joseph, S. (1996). A dual representation theory of post-traumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670-686.
- Campbell, R., Sullivan, C.M. y Davidson, W.S. (1995). Women who use domestic violence shelters: Changes in depression over time. *Psychology of Women Quarterly*, 19, 237-255.
- Dutton, M.A. (1992). *Empowering and healing battered women. A model of assessment and intervention*. Nueva York: Springer.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997). 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*, 23, 325-340.

- Foa, E., Ehlers, A., Clark, D.M., Tolin, D.F. y Orsillo, S.M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 303-314.
- Golding, J.M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14, 99-132.
- Instituto de la Mujer (2003). *La violencia contra las mujeres. Resultados de la macroencuesta. II parte*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Kubany, E., Hills, E. y Owens, J. (2003). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD: Preliminary findings. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 81-91.
- Kubany, E., Hills, 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, 3-18.
- Labrador, F.J. y Rincón, P.P. (2002). Trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: evaluación de un programa de intervención. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 905-932.
- Labrador, F.J., Rincón, P.P., De Luis, P. y Fernández-Velasco, R. (2004). *Mujeres víctimas de la violencia doméstica*. Madrid: Pirámide.
- Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Ares y Mares.
- Montero, I. y León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Ramos-Álvarez, M.M. y Catena, A. (2004). Normas para la elaboración y revisión de artículos originales experimentales en Ciencias del Comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 173-189.
- Rincón, P.P. (2001). *Trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: Evaluación de un programa de intervención*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Rincón, P.P. (2003). *Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: Evaluación de programas de intervención*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Rincón, P.P. y Labrador, F.J. (2004, noviembre). *Violencia doméstica: Programa de tratamiento para mujeres con trastorno de estrés postraumático*. Póster presentado en la IV Conferencia Internacional de Psicología de la Salud. La Habana.
- Rosenberg, A. (1965). *Society and adolescent self-image*. Nueva York: Princeton.
- Taylor, W.J., Magnussen, L. y Amundson, M.J. (2001). The lived experience of battered women. *Violence Against Women*, 7, 563-585.
- 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, 403-422.
- Varela, N. (2002). *Íbamos a ser reinas*. Barcelona: Ediciones B.
- Walker, L. (1999). Psychology and domestic violence around the world. *American Psychologist*, 54, 21-29.