



EFICACIA A CORTO PLAZO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES MEXICANAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

FRANCISCO J. LABRADOR Y EDURNE ALONSO

Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid

Resumen: El objetivo de esta investigación es evaluar empíricamente la eficacia de un programa de intervención breve y específico para el tratamiento del trastorno de estrés posttraumático (TEPT) en mujeres víctimas de violencia doméstica. Participaron 34 mujeres mexicanas víctimas de malos tratos por parte de su pareja, todas con diagnóstico de TEPT (DSM-IV-TR). El programa de tratamiento, aplicado en formato grupal, consta de ocho sesiones, incluyendo psicoeducación, entrenamiento en control de la activación, terapia cognitiva y terapia de exposición. Se utilizó un diseño cuasiexperimental de medidas repetidas (en el pretratamiento, postratamiento y seguimientos a 1 y 3 meses). En el postratamiento y en los seguimientos se consigue una mejora significativa tanto en la sintomatología posttraumática (superación del TEPT en más del 85% de las participantes) como en los problemas asociados: Depresión, autoestima, inadaptación social y cogniciones posttraumáticas. Se comentan las implicaciones de este estudio para la práctica clínica.

Palabras clave: Trastorno de estrés posttraumático, mujeres maltratadas, terapia cognitiva, terapia de exposición.

Evaluation of the short term effectiveness of a treatment program for the posttraumatic stress disorder in Mexican women victims of domestic violence

Abstract: The objective of this investigation is to evaluate empirically the effectiveness of a brief and specific intervention program for the treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) in women victims of domestic violence. The participants were 34 Mexican women battered by their partner, all with a diagnosis of PTSD (DSM-IV-RT). The treatment program was applied in groups and consists of eight sessions comprising psychoeducation, training for activation control, cognitive therapy and exposure therapy. A quasi-experimental design of repeated measures was used (pre-treatment, post-treatment and 1 and 3 months' follow-up). The results at post-treatment and both follow-ups show a significant improvement in PTSD symptoms (elimination of PTSD in 85% of participants) as well as in related symptoms: depression, self-esteem, social maladaptation and post-traumatic ideation. The implications of this study for clinical practice are commented.

Keywords: Posttraumatic stress disorder, women victims of domestic violence, cognitive therapy, exposure therapy.

INTRODUCCIÓN

Se define la violencia doméstica como: «Un patrón de conductas abusivas que incluye un amplio rango de maltrato físico, sexual y/o psicológico (normalmente se presentan de mane-

Recibido: 10 enero 2007; aceptado: 16 abril 2007.

Correspondencia: Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología, Departamento de Psicología Clínica, Campus de Somosaguas s/n, 28223, Madrid. Correo-e: labrador@correo.cop.es

Agradecimientos: Esta investigación ha podido ser realizada gracias a una Beca para Estancias Breves en el Extranjero para becarios FPI de la Comunidad de Madrid concedida a Edurne Alonso Grijalba. Los autores deseamos agradecer la colaboración del Instituto Hidalguense de las Mujeres, el Centro Estatal de Atención al Niño y su Familia (D.I.F.), el Centro de Atención a Violencia Intrafamiliar (CAVI), la Unidad Especializada para la Prevención de todas las Formas de Violencia hacia la Mujer, el Grupo de Mujeres de Pachuca Cihuatl y el Refugio para la Mujer y sus Hijos/as en Situación de Violencia Familiar y/o Sexual (R1) que han permitido el acceso a la población de mujeres maltratadas y la facilitación del desarrollo del programa de intervención en estas instancias. Asimismo agradecemos a Dña Flor Hidalgo Salazar la recogida de los datos del seguimiento a tres meses.

ra combinada) y que es ejercido por una persona en contra de otra, en el contexto de una relación íntima, con el objeto de ganar o mantener el abuso de poder, control y autoridad sobre ella» (Walker, 1999, p. 23). En la inmensa mayoría de los casos esta violencia es ejercida por el hombre sobre la mujer.

La violencia doméstica es un grave problema social que afecta a todos los países independientemente de su nivel de desarrollo económico o democrático. Aunque es difícil conocer su prevalencia, pues muchas veces se mantiene oculto, pueden apuntarse algunos datos. La OMS, a partir de una revisión de 48 encuestas de población llevadas a cabo en diversos países, encontró que entre un 10% y un 69% de las mujeres había sido víctima de malos tratos físicos en algún momento de su vida (Krug, 2002). La Asociación Médica Americana estima que un 25% de las mujeres sufre violencia doméstica al menos una vez en su vida (American Psychological Association, 1999). En España se estima que la violencia doméstica afecta a alrededor del 20% de las mujeres (Fontanil et al., 2005; Labrador, Fernández-Velasco y Rincón, 2006). En la encuesta realizada en España por el Instituto de la Mujer (2003) sobre 20.652 mujeres, el 4% declaró haber sido víctima de malos tratos año por su pareja o ex-pareja en el último y el 11,1% de las encuestadas, sin conciencia de ello, cumplía las condiciones para ser considerada «técnicamente» como maltratada.

En México, aunque hay acuerdo en considerar a la pareja como uno de los focos más destacados de violencia, no se conoce con precisión la magnitud del problema. Los datos más fiables provienen de la encuesta que a nivel nacional realiza el Instituto Nacional de las Mujeres y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática sobre de dinámica de las relaciones en el hogar. En la última de ellas, realizada en 2003, el 47% de la población femenina mexicana mayor de 15 años y con pareja residente en el hogar, declaró haber sufrido al menos un incidente de violencia durante los 12 meses anteriores a la encuesta (Instituto Nacional de las Mujeres y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2004). Pero a pesar de la gravedad de este fenómeno,

son casi inexistentes los estudios dirigidos a su estudio y solución.

La violencia doméstica tiene efectos muy negativos sobre las víctimas. Aunque se pueden encontrar en las mujeres maltratadas todo tipo de lesiones, son muy frecuentes los trastornos funcionales (colon irritable, trastornos gastrointestinales, dolor crónico, etc.). Más graves son los problemas psicológicos como síntomas depresivos, sentimientos de ineficacia, constante hiperactivación y reexperimentación de sus vivencias, dudas sobre una misma y sobre la propia capacidad, pensamientos recurrentes de autoinculpación y distorsiones cognitivas (Taylor, Magnusen y Amundson, 2001). Los cuadros psicopatológicos asociados con más frecuencia a la violencia familiar son los trastornos de ansiedad, depresión, disfunciones sexuales, abuso y dependencia de sustancias. No obstante, es el trastorno por estrés posttraumático (TEPT) el que mejor caracteriza las consecuencias psicológicas que sufren estas mujeres (TEPT) (Campbell, Sullivan y Davidson, 1995; Dutton, 1992; Labrador, Rincón, De Luis y Fernández-Velasco, 2004). La prevalencia estimada del TEPT en mujeres víctimas de violencia doméstica oscila entre el 31 y el 84,4 %, con una media ponderada de 63,8% (Golding, 1999).

Es lógico pensar que el TEPT surge como consecuencia de la puesta en marcha de conductas que deberían servir para ayudar o proteger a la víctima. De hecho, parece que una parte muy importante de los procesos que subyacen al desarrollo de este trastorno tienen que ver con el procesamiento automático de la información (Ver Brewin, Dalgleish y Joseph, 1996, Labrador et al. 2004). Así, se considera que el TEPT incluye conductas automáticas, facilitadas genéticamente y, en consecuencia, bastante independientes de las condiciones culturales en las que se desarrolle el problema. Si esto es así, una vez que se dan las condiciones para que se desarrolle el TEPT, su aparición y mantenimiento sería bastante similar, con independencia de las características culturales de cada persona o ambiente. No obstante, algunos factores sociales como el nivel de apoyo social o el nivel de estrés tras el trauma parecen modular de forma importante su aparición (Brewin, Andrews y Valentine, 2000).

Asimismo, la categoría diagnóstica del TEPT incluye realidades diferentes en función del tipo de acontecimiento traumático experimentado, pudiéndose destacar características específicas de este cuadro clínico en mujeres maltratadas, que exigirían un abordaje o tratamiento específico. Entre estas características pueden señalarse: (1) El curso crónico y la reiteración de la violencia; (2) El hogar deja de ser un lugar seguro, aumentando la percepción de vulnerabilidad e inminencia de nuevas agresiones; (3) La vivencia de la violencia doméstica como un fracaso personal, al afectar a la relación de pareja y familia, lo que provoca sentimientos de culpa y pérdida de autoestima en la víctima; (4) El aislamiento personal y la pérdida de muchas de las actividades gratificantes; (5) El sentimiento de indefensión, al no haber una solución clara para escapar de esta violencia. Abandonar al agresor no es una panacea; (6) El recurso a soluciones de afrontamiento inadecuadas (consumo de alcohol y drogas, reclusión...) ante la falta de alternativas de acción eficaces; Y (7) la desorganización que provoca en distintas áreas de la vida: abandono del hogar, de los amigos, del trabajo, de los lugares habituales, etc. lo que provoca una grave inadaptación a nivel social y la pérdida de importantes redes de apoyo.

El malestar psicológico que sufren las víctimas de este tipo de violencia se traduce frecuentemente en un grave nivel de inadaptación a las diferentes áreas de la vida y en la pérdida de importantes redes de apoyo social, siendo ésta una de las características más destacables del TEPT en mujeres maltratadas. Por tanto, teniendo en cuenta las características específicas del TEPT y el grave nivel de inadaptación que manifiestan estas mujeres, es lógico pensar que el tratamiento del TEPT en víctimas de maltrato doméstico requiera de programas de intervención específicos. En la actualidad hay un cierto acuerdo sobre las características que debe tener la intervención en víctimas de violencia doméstica, que incluye: (1) La necesidad de que, además de tratar el propio TEPT, sean abordados los síntomas concomitantes más frecuentes, como síntomas depresivos, pérdida de autoestima, sentimientos de culpa y problemas de adaptación social y personal. (2) La importancia de seleccionar programas de interven-

ción que respondan a un marco teórico sólido, y utilicen técnicas que han demostrado empíricamente su eficacia para este problema. (3) La conveniencia de una intervención psicológica breve, que logre un alivio rápido del malestar y facilite la readaptación a la sociedad de estas mujeres. (4) La importancia de evaluar de forma empírica la eficacia de estos programas.

No obstante, son escasos los programas de intervención para reducir la sintomatología de TEPT en mujeres maltratadas y, menos aún, los evaluados de manera rigurosa (Cox y Stoltenberg, 1991; Tutty, Bidgood y Rothery, 1993; Mancoske, Standifer y Cauley, 1994; Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1996; Schlee, Heyman y O'Leary, 1998; Colosetti y Thyer, 2000; Labrador y Rincón, 2002; Labrador y Alonso, 2005; Rincón y Labrador, 2004; Kubany et al., 2004). De los trabajos publicados hasta la fecha, al menos cuatro cumplen con los requisitos de aplicar un tratamiento protocolizado a víctimas de violencia doméstica, dirigido específicamente al tratamiento del TEPT, incluyendo un grupo de control y con evaluación específica de los síntomas de TEPT y síntomas concomitantes asociados (Labrador y Rincón, 2002; Labrador y Alonso, 2005; Kubany et al., 2004; Rincón y Labrador, 2004).

El trabajo de Kubany et al. (2004) evaluó un programa de intervención para el TEPT y sintomatología concomitante (depresión, autoestima, vergüenza y sentimientos de culpa) en 125 mujeres maltratadas, que al menos llevaban un mes separadas del agresor. El programa de entre 8 y 11 sesiones, de hora y media de duración, se aplicó de forma individual, e incluía: reevaluación cognitiva y modificación de todos aquellos pensamientos de culpa y vergüenza relacionados con la ocurrencia del maltrato, psicoeducación sobre el TEPT y manejo del estrés, entrenamiento en relajación, exposición a películas sobre violencia doméstica, entrenamiento en asertividad, entrenamiento en autocuidado y autodefensa y entrenamiento para evitar la revictimización. Se constató una mejora significativa en todas las medidas evaluadas, esto es, depresión, ideas de culpa y vergüenza y autoestima, así como una remisión del TEPT en el 87% de las participantes en el programa al postratamiento, mejoría que se mantuvo a los

tres y seis meses de seguimiento. Los resultados del grupo experimental mostraron diferencias significativas con el grupo de control de lista de espera (recibieron tratamiento seis semanas más tarde).

A partir de las consideraciones anteriores así como de los desarrollos teóricos al respecto, en especial el modelo biproceso de Brewin et al. (1996), Labrador y Rincón (2002) desarrollaron un programa de tratamiento para mujeres víctimas de maltrato doméstico con TEPT crónico. Es un programa breve (8 sesiones de 90 minutos), en modalidad grupal, que incluye psicoeducación, entrenamiento en control de la activación, terapia cognitiva y terapia de exposición. En el grupo experimental (9 mujeres) el 100% de las participantes superaron el TEPT al postratamiento y 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 cogniciones postraumáticas). No aparecieron diferencias en ninguna de estas variables en el grupo control de lista de espera, que recibió el tratamiento dos meses más tarde.

En trabajos posteriores, utilizando muestras más amplias, se han confirmado estos resultados, con reducciones importantes tanto en el TEPT como en las variables concomitantes (Rincón y Labrador, 2004; Labrador y Alonso, 2005; Labrador, Fernández-Velasco y Rincón, 2006), resultados que se mantenían en los períodos de seguimiento.

A la luz de los resultados obtenidos, se puede afirmar que se ha desarrollado un programa de intervención breve y específico para mujeres víctimas de violencia doméstica que presentan TEPT, eficaz para eliminar el TEPT y modificar asimismo la sintomatología concomitante (depresión, ansiedad, autoestima, niveles de inadaptación a la vida cotidiana y cogniciones postraumáticas).

Ahora bien, si el TEPT es un problema esencialmente debido a la actuación del procesamiento automático (inconsciente) y, por lo tanto, poco sujeto a las variaciones culturales, debe esperarse que el programa de tratamiento que está resultando eficaz en las muestras de mujeres españolas, pudiera ser generaliza-

ble o exportable a las víctimas de maltrato doméstico de otros países, a pesar de posibles diferencias culturales. Sería muy útil poder probar, en consecuencia, que este programa de intervención es eficaz en otros ámbitos culturales.

El objetivo de este trabajo es constatar que el programa de tratamiento del TEPT para mujeres víctimas de violencia doméstica, desarrollado por Labrador y Rincón (2002), es eficaz en una población de mujeres mexicanas.

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo constituida por 43 mujeres que sufrían o habían sufrido malos tratos por su pareja y que, por tal motivo, habían demandado ayuda psicológica, social y/o jurídica en centros especializados en atención a estas víctimas. Los criterios de inclusión fueron: ser mujer mayor de edad, víctima de maltrato doméstico y cumplir criterios DSM-IV-TR (APA, 2000) para diagnóstico del TEPT. Los criterios de exclusión fueron tener un diagnóstico actual o previo de trastorno mental orgánico o psicosis según criterios DSM-IV-TR, inmediata y clara posibilidad de suicidio y abuso de alcohol o drogas. Las características sociodemográficas de la muestra pueden verse en la Tabla 1. Es de destacar que la mayoría de las mujeres (72,1%) no convivía con el agresor en el momento de la evaluación pretratamiento, aunque un 34,9% continuaba dependiendo económicamente de él.

Instrumentos

El material utilizado en las evaluaciones fue el siguiente: (1) *Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Maltrato Doméstico* (Labrador y Rincón, 2002); (2) *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático* (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997); (3) *Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV: Versión Clínica*

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra (N = 43)

Variables	n	%
Estado civil:		
Soltera	11	25,6
Casada o conviviente con agresor	12	27,9
Separada, divorciada o en trámites	20	46,5
Clase social:		
Marginal	2	4,7
Baja	14	32,6
Media-baja	19	44,2
Media	8	18,6
Media-alta	—	—
Alta	—	—
Nivel cultural:		
Sin estudios o estudios primarios incompletos	5	11,6
Estudios primarios completos	9	20,9
Estudios secundarios	23	53,5
Estudios universitarios	6	14,0
Profesión:		
Profesión cualificada	6	14,0
Estudiante	1	2,3
Ama de casa	8	18,6
Servicio domestico	4	9,3
Cocinera	2	4,7
Venta ambulante	11	25,6
Otra profesión no cualificada	7	16,3
En paro	4	9,3
Edad media (rango)	35,65 (20-58)	
Media n.º hijos (rango)	2,23 (0-7)	

(SCID-I; Spitzer y Williams, 1999) [Aplicación del módulo F para evaluar la presencia de otro trastorno de ansiedad]; (4) *Inventario de Depresión de Beck* (BDI; adaptación de Vázquez y Sanz, 1997); (5) *Inventario de Ansiedad de Beck* (BAI; versión española de Sanz y Navarro, 2003); (6) *Escala de Autoestima de Rosenberg* (1965); (7) *Escala de Inadaptación* (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000); (8) *Inventario de Cogniciones Postraumáticas* (Foa, Ehlers, Clark, Tolin y Orsillo, 1999). Además: (a) para evaluar el efecto que percibía cada participante tras cada una de las sesiones se aplicó la *Escala de Cambio Percibido de Rincón* (2003), (b) con el objeto de valorar el grado de satisfacción de las participantes con el programa de tratamiento recibi-

do se aplicó el *Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento* (Larsen, Attkinson, Hargreaves y Nguyen, 1979), y (c) para medir el comportamiento de las participantes en terapia se realizaron dos registros: *Registro de asistencia a sesión* y *Registro de cumplimiento de tareas*.

El material utilizado en el tratamiento consistió en: (1) Una grabadora de audio por participante para grabar la exposición en sesión y su posterior uso en casa; (2) Material psicoeducativo, que incluía: Trípticos sobre las características y curso de la violencia, sobre autoestima y hojas informativas acerca de la ansiedad, entrenamiento en respiración, estrategias de discusión de pensamientos negativos, solución de problemas, entrenamiento en estilo asertivo de comunicación y prevención de recaídas.

Diseño y variables

Se utilizó un diseño cuasiexperimental de medidas repetidas (pre, postratamiento y seguimientos al mes y tres meses).

Variables independientes. Programa de tratamiento. Aplicado en grupo, consta de 8 sesiones con los siguientes componentes: Psicoeducación, entrenamiento en control de la respiración, detención de pensamiento, reestructuración cognitiva, solución de problemas y terapia de exposición, aplicados en este orden. Para más detalle ver Tabla 2.

Variables dependientes. (1) Variables de adhesión al tratamiento: Número de sesiones a las que se asiste, y Tareas cumplidas del total de tareas asignadas para casa. (2) Variables clínicas referidas al TEPT: Puntuación global en la escala, Puntuación en la escala de reexperimentación, Puntuación en la escala de evitación, y Puntuación en la escala de hiperactivación. (3) Variables concomitantes: Puntuación en la escala de depresión, Puntuación en la escala de ansiedad, Puntuación en la escala de autoestima, Puntuaciones en la escala de inadaptación, y Puntuaciones en la escala de cogniciones postraumáticas.

Tabla 2. Resumen del programa de tratamiento (Labrador y Rincón, 2002)

Sesión	Contenido	Sesión	Contenido
1. ^a	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de las participantes y de la terapeuta. • Establecimiento de normas de trabajo en grupo. • Explicación de los objetivos del tratamiento • Explicación de los tipos de maltrato, ciclo de la escalada de violencia y consecuencias psicológicas del maltrato. • Entrenamiento en la técnica de <i>control de la respiración</i>. ✓ Asignación de tareas: • Control de la respiración. • Registro de síntomas de reexperimentación. 	5. ^a	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas. • <i>Solución de problemas</i>. • Control de la respiración. • Mejora de la <i>autoestima</i> ✓ Asignación de tareas: • Lectura material autoestima. • Práctica de la técnica de solución de problemas. • Realizar actividades gratificantes. • Control de la respiración.
2. ^a	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas. • Entrenamiento en <i>detención de pensamiento</i>. • Psicoeducación sobre el funcionamiento de la ansiedad. • Control de la respiración. ✓ Asignación de tareas: • Puesta en práctica de la detención de pensamiento. • Control de la respiración. 	6. ^a	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas. • <i>Exposición</i>. • Control de la respiración. ✓ Asignación de tareas: • Realizar autoexposición en imaginación. • Registro situaciones evitadas. • Práctica control de la respiración.
3. ^a	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas. • Evaluación de las cogniciones postraumáticas. • <i>Reevaluación cognitiva</i>. • Planificación de actividades gratificantes. • Control de la respiración. ✓ Asignación de tareas: • Leer material autoestima. • Realización de actividades gratificantes. • Registro hojas A-B-C-D. • Identificación y registrar situaciones problemáticas. • Control de la respiración. 	7. ^a	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas. • <i>Exposición</i>. • Entrenamiento en el estilo asertivo de comunicación. • Control de la respiración. ✓ Asignación de tareas: • Realizar autoexposición en imaginación. • Realizar autoexposición en vivo. • Ejercitar control de la respiración.
4. ^a	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas. • <i>Reevaluación cognitiva</i>. • Entrenamiento en <i>solución de problemas</i>. • Control de la respiración. ✓ Asignación de tareas: • Registrar y definición de situaciones problemáticas. • Registro hojas A-B-C-D. • Realizar actividades gratificantes. • Control de la respiración. 	8. ^a	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas. • <i>Exposición</i>. • Evaluación del tratamiento.

Procedimiento

Captación de las participantes. Las participantes fueron derivadas del Instituto Hidal-

guense de las Mujeres, el Centro Estatal de Atención al Niño y su Familia, el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar, la Unidad Especializada para la Prevención de todas las

Formas de Violencia hacia la Mujer, el Grupo de Mujeres de Pachuca Cihuatl y el Refugio para la Mujer y sus Hijos/as en Situación de Violencia Familiar y/o Sexual. Tanto la evaluación, como la intervención y los seguimientos fueron llevados a cabo en las dependencias facilitadas por las propias instituciones.

Evaluación pretratamiento. Se realizó en una sesión individual de 90 minutos, en la que se aplicó la batería de evaluación señalada. Si la participante cumplía los criterios de inclusión y aceptaba participar en el tratamiento, se le explicaba las características de éste y la necesidad de coordinar los horarios con las demás participantes. En los casos de exclusión se remitía a la participante a la institución desde la que había sido derivada para su evaluación, siempre en coordinación con la psicóloga responsable de la misma.

Tratamiento. Se aplicó el programa de intervención indicado en formato grupal. La duración del programa es de ocho sesiones de 100 minutos de duración, con una frecuencia semanal (en algún caso excepcional se realizaron dos sesiones semanales). Se formaron 11 grupos de tratamiento compuestos por entre 7 y 2 mujeres. Tras cada sesión (excepto en las dos primeras) se aplicó la Escala de Cambio Percibido.

Evaluación postratamiento y seguimientos. Concluido el tratamiento, y uno y tres meses después, se realizaron las evaluaciones correspondientes, utilizando los mismos instrumentos que en la evaluación pretratamiento, más el Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento (éste último únicamente se aplicó al postratamiento).

RESULTADOS

En análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS (versión 12.0). Para el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas de las participantes y de las características y circunstancias el maltrato se calcularon medias, desviaciones típicas y porcentajes. Para evaluar los cambios producidos en la sintomatología postraumática y concomitante en el postratamiento y seguimientos se llevaron a cabo

ANOVAs de medidas repetidas. Con el objeto de establecer la significación clínica de los cambios en aquellas variables que resultaron estadísticamente significativas se calculó el valor del tamaño del efecto con el programa G Power (Faul y Erdfelder, 1992).

Características de la violencia doméstica y psicopatológicas

Es de destacar el hecho de que la casi totalidad ha sufrido violencia física (97,7%), la dilatada duración promedio de esta (13,89 años), así como los datos de la violencia sobre los hijos,

Tabla 3. Características de la violencia ($N = 43$)

VARIABLES	<i>n</i>	%
Tipo de violencia:		
Psicológica, física y sexual	32	74,4
Psicológica y física	10	23,3
Psicológica	1	2,3
Comienzo del maltrato:		
Noviazgo	24	55,8
Primer año de convivencia	14	32,6
Primer embarazo	5	11,6
Han sufrido malos tratos diarios	27	62,8
Malos tratos el último mes	19	44,2
Malos tratos a los hijos:		
Testigo	12	27,9
Vivida a manos del padre	16	37,2
Vivida a manos de la madre	8	18,6
Violencia doméstica en familia de origen:		
Han observado maltrato del padre		
a la madre	28	65,1
Ellas habían sufrido malos tratos:		
Ambos padres		
(biológicos o adoptivos)	5	11,6
A manos del padre	10	23,3
A manos de la madre	9	21,0
A manos de un familiar cercano	4	9,2
Separadas del agresor	31	72,1
Dependen económicamente de él	15	34,9
Han denunciado el maltrato	23	53,5
Han contado con apoyo social	2	4,7
Han contado con apoyo familiar	7	16,3
Duración promedio de la situación de violencia		
	13,89 años	($DT = 9,21$)

siendo a menudo perpetrada por la propia madre (18,6%).

Destaca la gravedad de la situación de estas mujeres. Todas cumplían criterios de diagnóstico de TEPT crónico (DSM IV-TR) antes del tratamiento, con niveles muy elevados de intensidad (media = 32,94), todas presentaban algún nivel de depresión, en el 58,8% de los casos grave. También problemas importantes en ansiedad, autoestima y adaptación (ver Tabla 6).

El 100% de la muestra no presentaba problemas de consumo abusivo de alcohol u otras drogas. El 78,9% de las participantes no presentaba comorbilidad con otro trastorno de ansiedad. Únicamente un 11,6% presentaba crisis de angustia y un 9,5% un trastorno de ansiedad generalizada. Por último, un 58,1% de las participantes refiere tener pensamientos de suicidio aunque reconoce que no lo llevaría a cabo.

Tratamiento: Adhesión y eficacia del tratamiento

Variables de adhesión al tratamiento. Tres mujeres rechazaron el tratamiento. Nueve participantes abandonaron el tratamiento durante las primeras sesiones, cuatro por motivos laborales, una mujer por verse obligada a cambiar de ciudad para escapar del maltratador y la última al vivir excesivamente alejada de la institución en la que se llevaba a cabo el grupo. El resto de los motivos de abandono es desconocido. El 85,3% de las participantes asistió al menos a 7 de las 8 sesiones. *Cumplimiento de las tareas asignadas para casa:* la mitad de las participantes cumplió al menos con un 80% de las tareas encomendadas (ver Tabla 4).

TEPT. Se encontraron diferencias significativas entre el pre y el postratamiento, tanto en el índice global como en cada una de las tres subescalas de la Escala de Gravedad de Síntomas de TEPT. La mejoría alcanzada al postra-

tamiento se mantiene en el seguimiento al mes y tres meses en todas las medidas de TEPT, incluso aumenta (ver Tabla 5).

Sintomatología concomitante. Se han encontrado diferencias significativas entre el pre y el postratamiento en todas las medidas evaluadas. La mejoría alcanzada al postratamiento se mantiene en los seguimientos realizados, incluso aumenta en algunas medidas (ver Tabla 5).

Tamaño del efecto. Con el objeto de cuantificar el impacto clínico de la intervención se calculó el tamaño del efecto para las medidas evaluadas, siguiendo los valores propuestos por Faul y Erdelfer (1994) (i.e. pequeño: 0.2, medio: 0.5 y alto: 0.8). En la Tabla 5 se puede ver que el tamaño del efecto alcanzado para el TEPT es alto, siendo la reducción de la sintomatología postraumática tras la intervención superior a 2 desviaciones típicas en cada una de las subescalas y a 3 en la escala global, tanto en el postratamiento como en el seguimiento al mes y 3 meses. De la misma manera, la disminución en sintomatología depresiva y ansiosa alcanza las 2 desviaciones típicas en el postratamiento y en el seguimiento al mes y 3 meses. Finalmente, la mejora en el nivel de autoestima y en cada una de las medidas referidas a nivel de inadaptación y cogniciones postraumáticas es alta, siendo superior a una desviación típica en el postratamiento (a excepción de la subescala de pareja de la escala de inadaptación). Además, la cantidad de cambio producida tras la intervención se incrementa notablemente en todas las medidas de adaptación y cogniciones postraumáticas, alcanzando prácticamente o superando las dos desviaciones típicas, incluso en algunas medidas las 3 desviaciones típicas en los seguimientos realizados.

Evaluación clínica. Del 100% de las participantes con TEPT en el pretratamiento, un 85,3% (29 participantes) deja de cumplir criterios para el diagnóstico de este trastorno al postratamiento y un 82,4% en el seguimiento al mes. En el seguimiento a tres meses únicamente

Tabla 4. Frecuencia de asistencia y cumplimiento de tareas

Asistencia a las sesiones			Cumplimiento de tareas			
6 sesiones	7 sesiones	8 sesiones	100%	80-99%	79-65%	< 65%
14,7%	26,5%	58,8%	8,8%	41,2%	23,5%	26,4

Tabla 5. Resultados de la eficacia del tratamiento. Medias, desviaciones típicas, ANOVAs de medidas repetidas y tamaños del efecto (*TE*) en la escala de Gravedad de Síntomas del TEPT en las comparaciones pretratamiento-postratamiento, pretratamiento-seguimiento al mes y pretratamiento-seguimiento a 3 meses

Variables	N= 34			N= 31		N= 27	
	Pretratamiento	Postratamiento	<i>TE</i>	Seguimiento 1 mes	<i>TE</i>	Seguimiento 3 meses	<i>TE</i>
Escala global	32,94 (6,25)	12,71 (6,52)*	3,17	10,97 (6,62)*	3,45	12,04 (6,87)*	3,18
Experimentación	8,24 (2,24)	2,91 (1,92)*	2,56	2,23 (1,89)*	2,90	2,74 (1,91)*	2,64
Evitación	13,50 (3,54)	5,35 (2,87)*	2,53	4,77 (2,82)*	2,72	5,35 (3,44)*	2,34
Activación	10,91 (2,34)	4,41 (2,95)*	2,44	4,10 (2,62)*	2,74	3,91 (2,37)*	2,97
BDI	30,44 (10,76)	9,97 (9,13)*	2,05	7,87 (7,23)*	2,46	9,65 (8,64)*	2,13
BAI	36,71 (11,71)	14,03 (11,07)*	1,99	12,42 (8,84)*	2,34	12,70 (9,10)*	2,29
Escala Autoestima	24,44 (4,06)	30,94 (4,10)*	1,59	31,42 (4,21)*	1,69	31,83 (4,74)*	1,67
Escala Inadaptación	24,41 (4,20)	13,67 (6,21)*	2,02	8,61 (5,61)*	3,19	10,47 (4,92)*	2,39
Trabajo	3,44 (1,26)	2,12 (1,27)*	1,04	1,26 (1,09)*	1,86	1,43 (0,94)*	1,81
Vida social	3,79 (1,09)	1,97 (1,38)*	1,46	1,06 (1,20)*	2,39	1,30 (1,14)*	2,24
Tiempo libre	3,97 (1,40)	1,82 (1,29)*	1,60	0,90 (0,94)*	2,57	1,17 (0,98)*	2,33
Pareja	4,41 (0,95)	3,00 (1,45)*	0,96	2,06 (1,82)*	1,62	2,48 (1,56)*	1,49
Familia	3,97 (1,19)	2,26 (1,44)*	1,29	1,52 (1,45)*	1,85	1,83 (1,30)*	1,72
Escala global	4,29 (1,11)	2,50 (1,37)*	1,46	1,77 (1,17)*	2,21	2,17 (1,07)*	1,94
Cogniciones							
Postraumáticas	14,77 (3,38)	8,47 (3,87)*	1,73	7,74 (3,38)*	2,08	7,58 (3,30)*	2,15
Sí mismo	4,42 (1,31)	2,31 (1,19)*	1,68	2,05 (0,98)*	2,06	2,07 (0,99)*	2,02
Mundo	5,59 (1,08)	3,41 (1,64)*	1,57	3,45 (1,80)*	1,44	3,32 (1,63)*	1,64
Autopunición	4,73 (1,58)	2,70 (1,46)*	1,33	2,22 (1,16)*	1,81	2,02 (0,90)*	2,11

* $p < 0,001$ (comparaciones con respecto al pre-tratamiento).

Tabla 6. Número de casos con diagnóstico de estrés postraumático, depresión y ansiedad. Comparación pretratamiento, postratamiento y seguimiento al mes y tres meses (muestra que inició el tratamiento: $N = 34$)

Variables	Pretratamiento		Postratamiento		Seguimiento 1 mes		Seguimiento 3 meses	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Escala Gravedad Síntomas TEP								
Ausencia de trastorno	0	0,0	29	85,3	28	82,4	19	55,9
TEP agudo	0	0,0	0	0,0	0,0	0	0	0
TEP crónico	34	100	5	14,7	3	8,8	4	11,8
No se sabe	—	—	—	—	3	8,8	11	32,4
BDI								
Ausencia de depresión	0	0,0	19	55,9	21	61,8	14	41,2
Depresión leve	4	11,8	8	23,5	7	20,6	4	11,8
Depresión moderada	10	29,4	6	17,6	3	8,8	5	14,7
Depresión grave	20	58,8	1	2,9	0	0,0	0	0,0
No se sabe	—	—	—	—	3	8,8	11	32,4
BAI								
Normal	0	0,0	14	41,2	16	47,1	14	41,2
Leve—moderado	3	8,8	11	32,4	9	26,5	4	11,8
Moderada	5	14,7	5	14,7	4	11,8	5	14,7
Grave	26	76,5	4	11,8	2	5,9	0	0,0
No se sabe	—	—	—	—	3	8,8	11	32,4

te cuatro mujeres cumplen criterios de TEPT. Todas las participantes tenían problemas depresivos según el BDI en el pretratamiento, por el contrario, en el postratamiento, el 55,9% estaba libre de problemas depresivos. Además, del 58,8% de las participantes con un nivel grave de depresión al pretratamiento se pasó al 2,9% al postratamiento y a un 0% en el seguimiento al mes y 3 meses. Las puntuaciones del BAI señalan que del 76,5% de mujeres con un nivel grave de sintomatología ansiosa al pretratamiento se reduce a un 11,8% al postratamiento, a un 5,9% en el seguimiento al mes y a un 0% en el seguimiento a 3 meses (ver Tabla 6). Asimismo, las participantes perciben un cambio muy positivo con el tratamiento (se han obtenido puntuaciones por encima de los 5 puntos en las sesiones tres, cuatro y cinco, y por encima de los 6 en las sesiones seis, siete y ocho). Dado que se trata de una escala tipo Likert estructurada de 1 a 7 (1 «mucho peor», 2 «bastante peor», 3 «algo peor», 4 «igual», 5 «algo mejor», 6 «bastante mejor» y a 7 «mucho mejor»), las puntuaciones encontradas en esta investigación muestran que las participantes refieren encontrarse bastante mejor al finalizar el tratamiento. Si se tiene en cuenta que la puntuación máxima establecida para el Inventario de Satisfacción con el Tratamiento es de 32 puntos, la media en la puntuación total encontrada en el estudio (30,44) indicaría el alto grado de satisfacción de las participantes con la ayuda recibida.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos avalan la eficacia del programa de intervención de Labrador y Rincón (2002) aplicado a mujeres mexicanas con TEPT, víctimas de violencia doméstica. Pero, aunque por sí sólo este es un resultado muy relevante vale la pena discutir otras partes de trabajo.

Características de la muestra

Destaca, en comparación con las muestras españolas con las que hemos trabajado con ante-

rioridad (ver Rincón, Labrador, Crespo y Arriero, 2004), la gravedad del maltrato sufrido por estas mujeres mexicanas. En general presentan valores superiores en casi todos los índices del maltrato. Así, frente al 78,5% de las muestras españolas tratadas que habían sufrido violencia física, en este caso era el 97,7%; frente a una duración promedia de 7 años de maltrato en esta muestra era de casi 14 años; el porcentaje de mujeres que refirió recibir maltrato a diario era inferior (62,8% frente al 72,9% en las muestras de mujeres españolas).

También destacan las diferencias con respecto a los antecedentes familiares de violencia doméstica. Frente al 33% de las muestras españolas que había vivido el maltrato en la familia de origen, el 65,1% ha sido testigo de los malos tratos del padre a la madre, pero, lo que es peor, un 65,1% ha sufrido maltrato, destacando el hecho de que en el 32,6% de los casos sea su propia madre la maltratadora. Además, el maltrato ha afectado también al 85,7% de los hijos. Incluso el 18,6% de las participantes en el estudio reconoce haber ejercido violencia sobre sus hijos.

Estos datos señalan una mayor vivencia y, quizá por ello, tolerancia y aceptación de la violencia en el seno familiar. Violencia ejercida sobre la mujer, pero también, y de forma considerable, sobre los hijos. La familia destaca como vía de transmisión del maltrato, bien porque es la forma de interacción que se transmite, bien porque es el tipo de conductas de afrontamiento que se aprende para manejar situaciones de conflicto familiar. Las conductas violentas como conductas efectivas en la resolución de conflictos, en especial con los más débiles.

También habla de lo desesperado de la situación de estas mujeres, el hecho de que el 72,1% había decidido separarse del agresor para acabar con el maltrato, a pesar del escaso apoyo social y familiar que han recibido estas mujeres (un 95,3% y un 83,7% de ellas refiere no haber contado con apoyo social ni familiar, respectivamente), o el bajo nivel socioeconómico al que pertenecen. Es frecuente que estas mujeres opten volver a vivir con su familia de origen cuando deciden separarse, en la que, como se ha visto, es probable que experimenten nuevos episodios violentos. La gravedad del mal-

trato y la extensión de la violencia a los hijos son las razones que, con mayor frecuencia, refieren estas mujeres para escapar de la situación.

En cuanto a las *características psicopatológicas* de las participantes de este estudio, habría que señalar el alto nivel de intensidad de la sintomatología de TEPT experimentada por todas ellas en el momento de la evaluación pretratamiento (32,94 en la escala global del TEPT), así como la gravedad de la sintomatología ansiosa (el 76,5% presentaba problemas graves de ansiedad) y depresiva (un 58,8% tenía problemas de depresión grave), así como un grave deterioro en el nivel de autoestima y adaptación a la vida cotidiana. De nuevo la muestra de mujeres mexicanas presenta características psicopatológicas tan graves o mayores que las de las muestras españolas trabajadas. La alta duración promedio del maltrato, junto con el escaso apoyo social con que cuentan, sin duda son factores que pueden explicar la gravedad de la psicopatología encontrada en las participantes de este estudio.

Eficacia de la intervención

Con respecto al TEPT, el programa de tratamiento se ha mostrado altamente eficaz para reducir la sintomatología típica del TEPT, con mejoras significativas tanto en el índice global del TEPT (pasan de 32,94 a 12,71) como en cada uno de los tres grupos de síntomas reexperimentación (8,24 a 2,91), evitación (13,5 a 5,35) e hiperactivación (10,91 a 4,41). Estas reducciones se han mantenido, e incluso incrementado en los seguimientos a 1 y 3 meses. Desde el punto de vista clínico, del 100% de mujeres que presentan TEPT al pretratamiento se ha pasado a un 14,7% al postratamiento y a un 8,8% y 11,8% en los seguimientos al mes y tres meses, respectivamente. Es de destacar tanto la elevada eficacia del programa como la rapidez con se consiguen los cambios, sólo tras 8 sesiones de intervención, con resultados similares a los conseguidos con muestras españolas (Labrador y Rincón, 2002; Rincón y Labrador, 2004; Labrador y Alonso, 2005). Estos resultados confirman el valor de este programa de

intervención y apoyan la hipótesis de la importancia de los aspectos automáticos en el TEPT, limitando el valor de las diferencias culturales. Además, el programa se ha mostrado eficaz a pesar de que era una muestra con características psicopatológicas muy graves. Sin duda, el índice más significativo, el tamaño de efecto (TE), es muy alto en todos los casos, oscilando entre 3,17 para el valor total y 2,34 para los síntomas de evitación.

Con respecto a la sintomatología concomitante, se ha producido también una reducción muy significativa, tanto desde el punto de vista estadístico como desde el punto de vista clínico, en prácticamente todos los índices. Se puede destacar el cambio en los índices de depresión, que pasan de un 58,8% de depresión grave en el pretratamiento a un 2,9% en el postratamiento y un 0% en los seguimientos. De forma similar, el índice de ansiedad pasa de un 76,5% con problemas de ansiedad grave en el pre a un 11,8% en el post y continua descendiendo a un 5,9% y 0% en el seguimiento al mes y tres meses, respectivamente.

Respecto a las demás medidas, aunque en todas ellas se aprecian cambios significativos y muy positivos, son de destacar los cambios en la Escala de Inadaptación, aspecto considerado esencial para la reincorporación de estas mujeres a la vida social. Si se consideran los valores del TE al postratamiento, todos los índices, a excepción de la escala de pareja, están por encima de 1, incluso de 2 como es el caso del sumatorio total de esta escala. Asimismo, se aprecia un incremento importante en cada evaluación, llegándose en los dos seguimientos a que los valores del TE sean superiores a 1,49 y en el 50% de los índices superiores a 2.

En resumen, los elevados valores del TE señalan una mejora muy significativa en el TEPT así como en todos los índices concomitantes considerados, en especial en inadaptación social. Esto pone de relieve no sólo el valor del programa de tratamiento sino que también, de forma indirecta, confirma la importancia del TEPT en el deterioro de la vida de estas mujeres y lo adecuado de un tratamiento dirigido fundamentalmente a modificar el TEPT. La presencia del TEPT desorganiza prácticamente todas las áreas de la vida, estado

de ánimo, nivel de ansiedad, autoestima, cogniciones postraumáticas, y colabora de forma decisiva a una importante desadaptación social. El programa de tratamiento, centrado en modificar el TEPT, ha producido un cambio significativo en éste y en todos los demás índices psicopatológicos concomitantes. Es más, las mejoras conseguidas en el postratamiento se han consolidado, e incluso incrementado, en los seguimientos, señalando que las mujeres continúan mejorando, lo que es lógico esperar de un programa de aprendizaje. Tan importante como esto es el hecho de que el programa funcione con una eficacia similar al conseguido en España en otra realidad cultural y social, justificando, en consecuencia, la posibilidad de generalizar programas de tratamientos a otros países.

Parece necesario considerar a aquellas mujeres que no se han beneficiado tan claramente del tratamiento. En concreto al postratamiento, 4 mujeres siguen cumpliendo los criterios de TEPT. Son mujeres maltratadas físicamente por su madre durante la infancia y con una historia previa de trauma, concretamente una agresión sexual en tres de ellas y la muerte de hermana víctima de violencia doméstica en la cuarta. Es probable que estas mujeres, con una vivencia tan prolongada y grave de la violencia y con otros traumas, necesiten un tratamiento más prolongado, que incluya un trabajo específico con los otros traumas.

Por otra parte, el tratamiento, además de eficaz, ha sido bien aceptado por las participantes. Si bien nueve mujeres abandonan el tratamiento, seis de ellas lo hacen ante la imposibilidad de acudir al grupo por razones justificadas y comunicadas a la terapeuta. Los índices cuantitativos, como la adhesión al tratamiento, registrados a través del número de sesiones a las que estas mujeres asisten y del número de tareas que llevan a cabo entre las sesiones, indican lo importante que debe ser el programa para estas mujeres, que a pesar de las dificultades por las que están atravesando (en su mayoría están separadas, trabajan y deben hacerse cargo en solitario del cuidado de los hijos), presentan índices de cumplimiento muy elevados. No obstante, el hecho de que un porcentaje tan pequeño lleve a cabo el 100% de las tareas y que no todas asistan al 100% de las reuniones, indica-

ría, por un lado, que los efectos del programa podrían ser mayores si se elevaran las cifras de adhesión y cumplimiento. Pero también, que quizá sea un programa muy exigente para algunas de estas mujeres y que podría ser conveniente reducir algunas de las tareas. Las participantes hacen una evaluación del tratamiento muy favorable, informan estar muy satisfechas con la intervención recibida y refieren experimentar un cambio a lo largo de la misma, que es percibido de manera muy positiva, confirmando nuevamente el éxito del tratamiento.

Nos gustaría destacar la importancia que tiene la aplicación del programa en grupo. Estas mujeres han sido juzgadas muy severamente por su entorno social por haber «roto su familia», y apenas disponen de redes de apoyo social. Incorporarse a este grupo de tratamiento les ofrece por primera vez la posibilidad de sentirse comprendidas sin ser juzgadas, de no sentirse culpables por la ocurrencia del maltrato, de comprobar que no son las únicas mujeres que han experimentado esta situación, y además, proporciona una oportunidad de construir una nueva red de apoyo social, que ayude a romper su aislamiento. En este sentido, es fundamental en el trabajo con mujeres mexicanas que esta red social incipiente durante la terapia se extienda y afiance más allá de la misma, sin que peligre al terminar la intervención. La construcción de esta red social de apoyo permitió a las mujeres de este estudio no sólo comenzar a compartir actividades de ocio, también, desde el punto de vista laboral, aprender las unas de las otras ciertas habilidades (como por ejemplo habilidades culinarias) que facilitarían su vida laboral.

Asimismo hay que resaltar la brevedad del programa de intervención, que responde a las necesidades de estas mujeres y, más concretamente, a la urgencia con la que han de aliviar su malestar psicológico. El objetivo es lograr que estas víctimas puedan readaptarse a la vida cotidiana, en especial al trabajo, puesto que la mayoría de ellas se encuentra separada del agresor y tiene hijos a su cuidado.

En definitiva, y a la luz de los resultados obtenidos en términos de mejora de la sintomatología y alto grado de aceptación y satisfacción de las participantes con la intervención reci-

da, se puede afirmar que el programa de tratamiento aplicado en mujeres maltratadas mexicanas ha resultado altamente 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.

Entre las limitaciones de esta investigación, señalar, como suele ser habitual en los trabajos clínicos, una muestra no muy numerosa, debido en parte a la dificultad para acceder a este tipo de población, a la dificultad de formar los grupos y a la limitación temporal para llevar a cabo este estudio. En segundo lugar, la ausencia de un grupo control que permita comparar los resultados obtenidos en esta muestra con mujeres maltratadas no intervenidas. Si bien pueden servir de referencia nuestros estudios anteriores, en los que los grupos de control nunca presentaron cambios significativos del pre- al posttratamiento en ninguna de estas variables del TEPT o de la sintomatología concomitante. Además, se ha puesto de relieve el efecto tan importante conseguido de forma inmediata, sería conveniente continuar la evaluación de estas mujeres para constatar cuáles son los efectos que se consiguen a medio o largo plazo. Pero esto ya es motivo de otro trabajo con objetivos diferentes a los aquí presentados.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1999). Resolution of Male Violence against Women. Disponible en: <http://www.apa.org/pi/wpo/maleviol.html>
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4.ª ed. text revision.)*. Washington, DC:APA.
- Brewin, C., Andrews, B., & Valentine, J. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 748-766.
- Brewin, C., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review, 103* (4), 670-686.
- Campbell, R., Sullivan, C.M., & Davidson, W.S. (1995). Women who use domestic violence stulters: Changes in depression over time. *Psychology of Women Quarterly, 19*, 237-255.
- Colosetti, S., & Thyer, B.A. (2000). The relative effectiveness of EMDR versus relaxation training with battered women prisoners. *Behavior Modification, 24*, 5, 719-739.
- Cox, J., & Stoltenberg, C. (1991). Evaluation of a treatment program for battered wives. *Journal of Family Violence, 6*, 395-413.
- Dutton, M.A. (1992). *Empowering and healing the battered woman: 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*, 503-523.
- Echeburúa, E., Corral, P., y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta, 26*, 325-340.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B., y Zubizarreta, I. (1996). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta, 22*, 627-654.
- Faul, F., & Erdfelder, E. (1992). GPOWER: a priori, post-hoc and compromise power for MS-DOS (programa informático). Bonn: Bonn University, Dep. de Psicología.
- Foa, E.B., Ehler, A., Clark, D.M., Tolin, D.F., & Orsillo, S.M. (1999). The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment, 11*, 303-314.
- Fontanil, Y., Ezama, E., Fernández, R., Gil, P., Herrero, F., y Paz, D. (2005). Prevalencia de maltrato de pareja contra las mujeres. *Psicothema, 7*, 90-95.
- Golding, J.M. (1999). Intimate partner violence as risk factor for mental disorder: A mental 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: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2004). Resultados de la Encuesta de la Dinámica de las Relaciones en el Hogar. Disponible en <http://www.inegi.gob.mx>.
- Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., & Lozano, R. (2002). *World Report on Violence and Health*. Ginebra: World Health Organization.
- Kubany, E., Hill, E., Owens, J., Ianne-Spencer, C., McCaig, M.A., & 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 Alonso, E. (2005). Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia

- doméstica: un programa de intervención breve y específico. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 76/77, 47-65.
- Labrador, F.J., Fernández-Velasco, R., y Rincón, P. (2006). Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6.
- 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., Rincon, P.P., De Luis, P., y Fernández-Velasco, R. (2004). *Mujeres víctimas de violencia doméstica*. Madrid: Pirámide.
- Larsen, D., Attkinson, C., Hargreaves, W., & Nguyen, T. (1979). Assessment of client patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.
- Mancoske, R., Standifer, D., & Cauley, C. (1994). The effectiveness of brief counselling services for battered women. *Research on Social Work Practice*, 4, 53-63.
- Rincón, P.P. (2003). *Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid
- Rincón, P.P., y Labrador, F.J. (2004). Violencia doméstica: programa de tratamiento para mujeres con trastorno de estrés postraumático. Póster presentado al III Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud. 24-27 de Noviembre, La Habana (Cuba).
- Rincón, P.P., Labrador, F.J., Arinero, M. & Crespo, M. (2004). Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 105-116
- Sanz, J., y Navarro, M.E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9, 59-84.
- Schlee, K., Heyman, R., & O'Leary, D. (1998). Group treatment for spouse abuse: are women with PTSD appropriate participants. *Journal of Family Violence*, 13, 1-20.
- Spitzer, R.L., & Williams, J.B. (1999). *Structured Clinical Interview for DSM-IV*. Nueva York: New York State psychiatric Institute.
- Taylor, W., Magnussen, L., & Amundson, M.J. (2001). The lived experience of battered women. *Violence Against Women*, 7, 563-585.
- Tutty, L.M., Bidgood, B.AQ., & Rothery, M.A. (1993). Support group for battered women: research on their efficacy. *Journal of Family Violence*, 8, 325-343.
- 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.
- Walker, L.E. (1999). Psychology and domestic violence around the world. *American Psychology*, 54, 1, 21-29.