

## **EFICACIA DE UN TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO**

Marta Santandreu y Victoria A. Ferrer  
*Universidad de las Islas Baleares (España)*

### **Resumen**

Este trabajo evalúa la eficacia de un tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de estrés posttraumático (TEPT) en víctimas de violencia de género. Ciento veintinueve mujeres víctimas de violencia de género fueron agrupadas según el tipo de agresión padecida: psicológica (21), física y psicológica (43), sexual (30) y psicológica, física y sexual (35). La evaluación consistió en una sesión de entrevista semiestructurada y la aplicación de dos test para medir los síntomas posttraumáticos y depresivos. Se realizó un tratamiento de 12 sesiones individuales y una sesión de seguimiento tres meses después de su finalización. Los resultados mostraron que los síntomas del TEPT aparecen en mayor medida en los casos donde ha existido violencia física y sexual y no tanto en los casos de violencia psicológica. Todo ello parece indicar que la agresión física o sexual hacia la víctima podría precipitar este tipo de síntomas con mayor probabilidad que otros tipos de violencia. Este estudio proporciona pruebas sobre la eficacia de la terapia cognitivo conductual para el TEPT en los casos de violencia de género.

*PALABRAS CLAVE: eficacia de tratamiento, terapia cognitivo conductual, violencia de género, depresión, trastorno de estrés posttraumático.*

### **Abstract**

This study evaluates the effectiveness of a cognitive behavioral treatment for posttraumatic stress disorder (PTSD) on women victims of intimate partner violence. Women victims of intimate partner violence ( $N= 129$ ) were grouped by type of violence experienced: psychological (21), physical and psychological (43), sexual (30), and psychological, physical and sexual (35). The assessment consisted of a semi structured interview session and the evaluation with two psychometric tests to obtain posttraumatic and depressive symptoms data. Treatment was applied in 12 individual sessions and a follow up session three months later. Results showed that PTSD symptoms are more common in cases where there has been physical violence and sexual violence as compared to cases of psychological violence. This suggests that the physical aggression to the victim (of any kind)

---

Agradecimientos al Institut Balear de la Dona, a través de su servicio de tratamiento psicológico para víctimas de violencia de género, por habernos cedido los datos clínicos para desarrollar esta investigación.

*Correspondencia:* Marta Santandreu, Departamento de Psicología Social, Facultad de Psicología, Edificio Guillem Cifre de Colonya, Carretera de Valldemossa, Km. 7,5, 07122 Palma de Mallorca (España).  
E-mail: mrtsantandreu@gmail.com

could precipitate such symptoms unlike other forms of violence. This study provides further evidence of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy for PTSD in all cases of intimate partner violence.

KEY WORDS: *effectiveness, cognitive-behavioral therapy, intimate partner violence, depression, post-traumatic stress disorder.*

## Introducción

La violencia de género no es un problema relacionado con el ámbito privado. Se manifiesta como el símbolo más brutal de la desigualdad existente en nuestra sociedad. Se trata de un tipo de violencia dirigida hacia las mujeres por el simple hecho de serlo (Organización de las Naciones Unidas, 1994). En España, los datos por muertes de mujeres a manos de sus parejas confirman que se trata de un problema social grave. En el año 2012, 52 mujeres fallecieron a manos de sus parejas y la comunidad autónoma de las Islas Baleares fue la que recibió un mayor incremento (6,8%) en el número de denuncias interpuestas por violencia de género (Observatorio de Violencia, 2012).

Las consecuencias de la violencia de género son muy amplias e influyen en todos los ámbitos de la vida de las mujeres y en su salud, en sus hijos y en el conjunto de la sociedad (García Moreno, 1999). El maltrato tiene efectos directos sobre la salud y, además, se incrementa el riesgo en las víctimas de padecer enfermedades en el futuro (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2002). Sin embargo, las consecuencias psicológicas son más frecuentes y se calcula que hasta el 60% de las mujeres maltratadas las padecen (Lorente, 2001).

De todas las repercusiones en salud mental que se apuntan en víctimas de violencia de género, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y la depresión presentan altas tasas de prevalencia, entre un 63,8% y un 47,6% respectivamente (Golding, 1999). Según el DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association [APA], 2001*), el trastorno de estrés postraumático (TEPT) puede iniciarse a cualquier edad y puede tener un curso variable. Existen tres tipos de modalidades: *estrés agudo* (no dura más de tres meses), *estrés crónico* (dura más de tres meses), *de inicio demorado* (aparece seis meses o más después del trauma). Según algunos autores, el trastorno no remitirá en un tercio de las personas que lo han padecido, incluso después de muchos años, tanto si ha recibido tratamiento psicológico como si no (Kessler y Wang, 2008). El TEPT crónico suele ser la forma más común del trastorno. Contrasta con el de inicio demorado, el cual aparece en muy pocas ocasiones (Schnurr, Friedman y Bernardy, 2002).

En el estudio de Rees *et al.* (2011), con una muestra total de 4.451 mujeres de nacionalidad australiana, y utilizando la "Entrevista diagnóstica internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS)" (*World Health Organization [WHO] Composite International Diagnostic Interview [CIDI]*; (WHO, 1990), el 56,2% mostraba síntomas postraumáticos. Por otra parte, Aguirre *et al.* (2010), sitúan la prevalencia del TEPT en un 60% en una muestra con 42 mujeres chilenas utilizando la "Escala de gravedad de estrés postraumático" (Echeburúa, Corral, Amor y Zubizarreta, 1997). Sin embargo, remarcan que prácticamente el 100% de

las mujeres víctimas de violencia de género manifiesta algún tipo de sintomatología postraumática subclínica.

Según Echeburúa y Corral (1998), utilizando el mismo instrumento de evaluación y con una muestra de 70 mujeres españolas señalan tasas más modestas situándose entre un 45% o 50%. Según los mismos autores, el trastorno de estrés agudo en mujeres víctimas de maltrato por parte de sus parejas se manifiesta entre el 70 y 94% de ellas, mientras que las tasas de prevalencia del TEPT agudo (un mes después) se sitúan entre el 48% el 64%, siendo las del TEPT crónico (tres meses después) entre el 22% y el 47% (Echeburúa y Corral, 1998).

En otro estudio con 148 mujeres españolas víctimas de violencia de género, aplicando la anterior escala de evaluación se encontraron tasas de prevalencia por debajo de los estudios anteriores, con un 33% de diagnóstico de TEPT (Sarasúa, Zubizarreta, Echeburúa y Corral, 2007). Utilizando el mismo instrumento de medida, otros autores lograron situar la prevalencia del TEPT en un 37,3% en una muestra de 212 mujeres españolas, porcentaje muy similar al anterior (Labrador, Fernández-Velasco y Rincón, 2010).

Parece ser entonces, que existen importantes variaciones en el porcentaje de mujeres que exhiben este trastorno tras haber padecido una situación de violencia de género. De acuerdo con la información disponible sobre este trastorno existen características individuales de especial vulnerabilidad ligadas al evento traumático que predisponen a desarrollarlo (Foa, Keane, Friedman y Cohen, 2009). Así, por ejemplo, la intensidad, duración y proximidad de la exposición al evento traumático constituyen los factores más importantes que determinan la probabilidad de presentar el diagnóstico. Se sabe, igualmente, que el bajo apoyo social percibido contribuye a la cronificación del trastorno (APA, 2001). Este factor, además, se ha visto asociado a unos peores resultados terapéuticos. Los antecedentes familiares, experiencias vividas en la etapa infantil, rasgos de personalidad y trastornos mentales preexistentes pueden influir en su aparición (APA, 2001; Labrador, Rincón, De Luis y Fernández-Velasco, 2004).

Al aplicar estos conocimientos al ámbito de mujeres que han padecido violencia de género, cabe suponer que algunos factores podrían predecir la aparición de estrés postraumático, como por ejemplo, una larga duración del abuso, lesiones y amenazas en la vida de la mujer y en la de sus hijos, las graves consecuencias que supone el trauma, el bajo apoyo social percibido y los problemas económicos. La gravedad del trastorno puede estar relacionada con los estilos de afrontamiento basados en la evitación, que se asocian a su vez, con esfuerzos personales por tratar de suprimir los pensamientos intrusos, aumentando la aparición de la reexperimentación traumática (Foa *et al.*, 2009).

En referencia a los síntomas depresivos, varios estudios han analizado y confirmado la presencia de esta problemática psicopatológica en un gran número de casos donde se ha dado una situación de violencia de género. En el estudio ya mencionado de Rees *et al.* (2011) se encontraron tasas de prevalencia del 52,5% para los trastornos depresivos, utilizando también la CIDI como instrumento de evaluación. O'Leary (1999) realizó un estudio con 50 mujeres víctimas de violencia de género, donde el 38% de ellas cumplía criterios para el diagnóstico de depresión mayor, donde se observó una mayor prevalencia en el grupo de

maltrato psicológico. El instrumento de evaluación utilizado fue la "Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV" (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*, SCID-I; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1997).

Otros investigadores afirman que las tasas de prevalencia en depresión son muy superiores, llegando al 80% (Riggs, Caulfield y Street, 2000). En España, Labrador, Fernández-Velasco y Rincón (2010) mediante el "Inventario de depresión de Beck" (adaptación española de Vázquez y Sanz, 1997), sitúan la prevalencia de la depresión en un 89%. En otro estudio, y con respecto a la comparación con un grupo de mujeres control, con una muestra total de 270 mujeres, se utilizó el "Cuestionario de salud general" (*General Health Questionnaire*, GHQ-28; Goldberg y Hillier, 1979) observando que las mujeres que habían padecido violencia de género mostraban un mayor número de síntomas depresivos respecto aquellas que no habían pasado por dicha experiencia (Matud, 2004).

Breslau, Davis, Peterson y Schultz, (2000) han demostrado que existe, en general, una alta correlación entre los síntomas postraumáticos y depresivos en personas que han padecido algún tipo de trauma (desde víctimas de violencia de género hasta víctimas de ataques sexuales o con armas). En un estudio 70 mujeres víctimas de violencia de género se observó que un 67,1% de ellas cumplía el diagnóstico de TEPT y un 85,7% para los síntomas depresivos (Rincón, Labrador, Arinero y Crespo, 2004).

Estas elevadas tasas de prevalencia justifican la necesidad de plantear intervenciones psicológicas con estas mujeres (Arinero y Crespo, 2004; Echeburúa, Sarasúa, Zubizarreta y Corral, 2013). El presente estudio tiene el objetivo evaluar la eficacia de un tratamiento cognitivo conductual individual para los síntomas postraumáticos (TEPT) y depresivos en mujeres víctimas de violencia de género, que hayan padecido violencia psicológica, física y sexual. Se pretende además, ofrecer datos sobre la presencia de sintomatología postraumática y depresiva en las mujeres que han sido víctimas de violencia de género, así como aquellas variables que puedan estar asociadas a su gravedad (ingresos económicos, formación o estado civil).

## Método

### *Participantes*

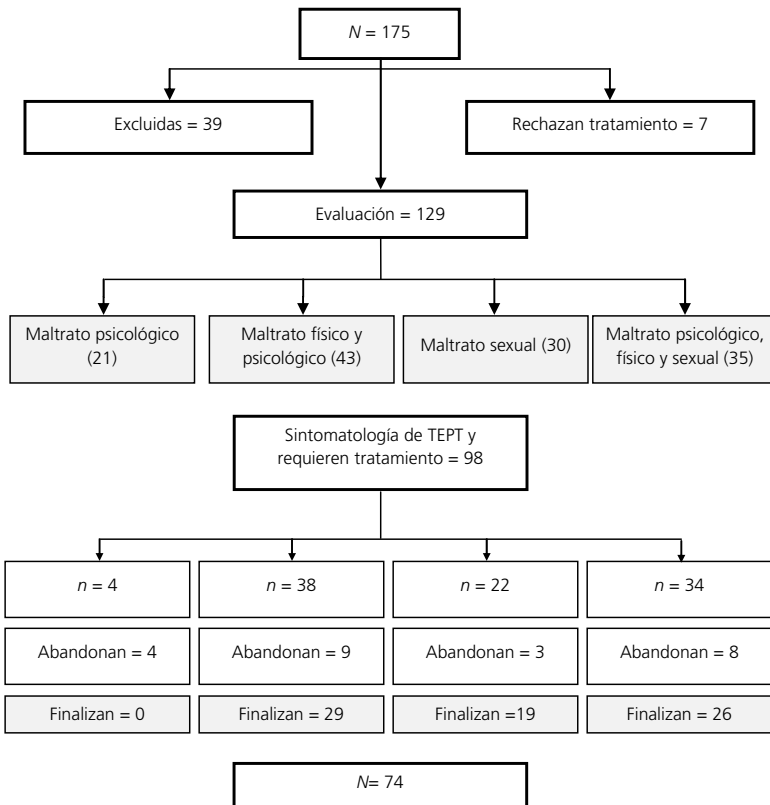
Para este estudio fueron entrevistadas 175 mujeres del servicio público de Asistencia Psicológica a Mujeres Víctimas de Violencia de Género de las Islas Baleares, De éstas, 39 fueron excluidas, 5 de ellas presentaban diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo, 9 manifestaron tener problemas de abuso de sustancias y 25 ejercían violencia cruzada hacia sus parejas. Además, 7 mujeres rechazaron recibir algún tipo de tratamiento psicológico. Así pues, se evaluaron síntomas en 129 mujeres que se dividieron en subgrupos por tipo de agresión padecida: 1) agresión psicológica exclusivamente; 2) agresión física y psicológica; 3) agresión sexual y 4) agresión combinada (psicológica, física y sexual). La media de edad de las mujeres participantes fue de 36,88 años ( $DT= 11,12$ ; rango: 18-65).

De las 129 participantes que realizaron la evaluación psicológica, el 16% tuvo maltrato exclusivamente psicológico, el 33% maltrato físico y psicológico, el 23% maltrato sexual y el 28% maltrato psicológico, físico y sexual. Cabe remarcar que ninguna de las mujeres participantes había padecido maltrato exclusivamente físico.

De todas ellas, 98 presentaban sintomatología del TEPT, según la “Escala de gravedad de síntomas de estrés postraumático” (Echeburúa *et al.*, 1997) y debían recibir tratamiento específico para ello. Las demás, recibieron terapia psicológica, aunque no fueron incluidas en el análisis de datos. Finalmente, 74 mujeres finalizaron el tratamiento psicológico (figura 1). En la muestra total, el 87% de las mujeres participantes era de nacionalidad española y el 13% restante se distribuía de la siguiente manera: el 58% era sudamericana o centroamericana, el 30% de origen marroquí y el 12% extracomunitaria. Todas ellas fueron informadas del procedimiento y firmaron un consentimiento de confidencialidad y garantía de protección de datos según la ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre.

Las características demográficas de la muestra aparecen en la tabla 1 y en la figura 1 se presenta el flujo de participantes durante el proceso.

**Figura 1**  
Flujo de las participantes en el estudio



**Tabla 1**  
Características demográficas de la muestra (n= 129)

Variable	Maltrato psicológico		Maltrato físico y psicológico		Maltrato sexual		Maltrato combinado	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Duración maltrato								
Más de 1 año	2	9,5	1	2,3	16	53,3	3	8,6
1 a 5 años	4	19	15	34,9	3	10	8	22,9
5 a 10 años	3	14,3	9	20,9	3	10	2	5,7
10 a 20 años	8	38,2	11	25,6	2	6,7	10	28,6
Más de 20 años	4	19	7	16,3	6	20	12	34,3
Nacionalidad								
Española	18	85,7	35	81,4	26	86,7	33	94,3
Marroquí	0	0	2	4,7	3	10	0	0
Sud-Centroamericana	3	14,3	5	11,6	0	0	2	5,7
Extracomunitaria	0	0	1	2,3	1	3,3	0	0
Nivel económico								
< 6.000	5	23,8	8	18,6	6	20	10	28,6
8-15.000	2	9,5	15	34,8	7	23,3	8	22,8
15-21.000	5	23,8	10	23,3	3	10	7	20
>21.000	9	42,9	10	23,3	14	46,7	10	28,6
Formación								
Leer / Escribir	5	23,8	17	39,5	3	10	19	54,2
Graduado Escolar	1	4,8	3	7	5	16,7	2	5,7
Bachillerato	4	19	6	14	5	16,7	2	5,7
FP	5	23,8	12	27,9	7	23,3	7	20
Universitarios	6	28,6	5	11,6	10	33,3	5	14,4
Estado civil								
Soltera	8	38,1	11	25,6	17	56,7	12	34,3
Casada	5	23,8	3	7	7	23,3	10	28,6
Separada	1	4,8	12	27,9	1	3,3	6	17,1
Divorciada	7	33,3	17	39,5	5	16,7	7	20

### Instrumentos

- Se utilizó una entrevista semiestructurada *ad hoc* para la exploración de las situaciones de violencia de género. Fue utilizada en la primera sesión para determinar la orientación diagnóstica respecto la sintomatología de estudio. Dicha entrevista se elaboró con base en la planificación y orden que recomienda el modelo de respuesta al maltrato de Dutton (1992): tipo y patrón de violencia, abuso y control, estrategias de las mujeres maltratadas para escapar, evitar o sobrevivir a la situación de abuso y factores que intervienen en la respuesta de abuso. Las preguntas orientadas a excluir o confirmar la existencia del tipo de violencia se basaron en diferentes ítems. Respecto a la exploración de la violencia psicológica: *gritar, insultar, humillar, romper objetos intencionadamente, omisión de trato, amenazas y coacciones*; violencia física: *empujar, tirar objetos, zarandear, abofetear, dar puñetazos*,

*patadas, tirones de pelo o quemaduras; violencia sexual: prácticas sexuales forzadas, humillantes o vejatorias, coaccionar, penetración vaginal, oral o anal, exhibición o burla.* En cuanto a las variables demográficas, se recogieron datos sobre la edad, ingresos económicos, formación y estado civil de las mujeres participantes. Adicionalmente, la paciente era preguntada por la existencia de un diagnóstico psiquiátrico añadido a la sintomatología asociada a los problemas motivo de consulta con el objetivo de excluir el caso en la participación del análisis de datos.

- La medida para la evaluación del trastorno de estrés postraumático fue la “Escala de gravedad del trastorno de estrés postraumático” (Echeburúa *et al.*, 1997). Se trata de una escala heteroaplicada que evalúa la gravedad de los síntomas de estrés postraumático correspondientes a la estructura diagnóstica del DSM-IV-TR (APA, 2001). La escala está estructurada en un formato tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas. Cuenta con 17 ítems de los que 5 hacen referencia a síntomas de reexperimentación, 7 de evitación y 5 de hiperactivación (*arousal*). La puntuación máxima es de 51 puntos en la escala global. En nuestro estudio, hemos elaborado cuatro categorías: no diagnóstico (0-14), leve (15-28), moderado (29-40) y grave (41-51). Según sus propios autores, se trata de una escala con una eficacia diagnóstica muy alta (95,45%) si se establece un punto de corte general de 15 y unos puntos de corte parciales a sus subescalas de 5, 6 y 4 en reexperimentación, evitación e hiperactivación (*arousal*) respectivamente. Se trata de una escala con un buen índice de fiabilidad (alfa de Cronbach de 0,92). Se ha optado por utilizar este instrumento dado que sus características psicométricas parecen ser suficientemente válidas y fiables, además de contar con múltiples aplicaciones en la investigación de estrés postraumático en España (Echeburúa, Corral y Amor, 2004; Labrador *et al.*, 2010).
- Para la evaluación de sintomatología depresiva en las participantes se utilizó el “Inventario de depresión de Beck” (*Beck Depression Inventory*, BDI-I; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). Este inventario consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de síntomas depresivos. En cada uno de los ítems se selecciona una opción de entre cuatro, la que mejor se adecúa a su estado de ánimo en la última semana. Cada ítem es valorado de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida. La puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63 puntos. En el caso que se elija más de una opción, puntuará la de mayor gravedad (Sanz y Vázquez, 1998). Siguiendo la puntuación marcada por los autores de la escala original (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), las categorías para considerar su gravedad son: menos de 10 puntos (sin depresión), de 10 a 18 puntos (depresión leve), de 19 a 29 (depresión moderada) y de 30 a 63 puntos (depresión grave). Concretamente, se utilizó la adaptación española del cuestionario de Vázquez y Sanz (1999). El resultado de la fiabilidad de la versión en español marcó un índice del 0,90.

### Procedimiento

Las mujeres participantes en esta investigación fueron evaluadas por una terapeuta mujer con el objetivo de determinar el diagnóstico y existencia de la sintomatología objeto de estudio para desarrollar el programa de tratamiento. Se tenían en cuenta los siguientes criterios de exclusión: diagnóstico psiquiátrico externo, consumo de sustancias o violencia cruzada hacia sus parejas. Para garantizar la fidelidad en el procedimiento se siguió el mismo orden que marca la estructura de terapia (tabla 1). Cada una de las sesiones de terapia tenía una duración total de 50 minutos y se llevó a cabo en un despacho amplio, con luz natural y con cómodos sillones habilitados para llevar a cabo las técnicas para el control de la ansiedad.

La regularidad con la que se llevaba a cabo la terapia era quincenal. Por lo tanto, para las mujeres que decidían finalizar el tratamiento, tenía una duración total de seis meses. Las sesiones de tratamiento psicológico no tenían ningún coste económico.

**Tabla 2**  
Estructura de tratamiento psicológico

Sesión	Contenidos
1	Acogida de la víctima. Entrevista semiestructurada.
2	Evaluación psicológica pre (TEPT y depresión).
3	Devolución de resultados en evaluación psicológica. Activación conductual. Psicoeducación TEPT y depresión. Técnicas de inervación vagal y respiración diafragmática. Tarea para casa.
4	Repaso activación conductual. Aplicación y ensayo de inervación vagal y respiración diafragmática. Tarea para casa.
5	Elaboración de jerarquía de exposición: en imaginación e in vivo. Inicio de exposición en imaginación en consulta. Tarea para casa.
6	Exposición en imaginación. Tarea para casa.
7	Exposición en imaginación. Tarea para casa.
8	Exposición en vivo. Tarea para casa.
9	Exposición en vivo. Tarea para casa.
10	Introducción a distorsiones cognitivas. Detección culpa y vergüenza. Tarea para casa con pruebas de realidad.
11	Repaso de detección de distorsiones. Discusión cognitiva. Resolución de problemas. Tarea para casa.
12	Discusión cognitiva respecto las pruebas de realidad. Revisión de procedimiento de solución de problemas. Cierre de la terapia.
13	Evaluación psicológica pos (TEPT y depresión).

El tipo de tratamiento psicológico individual se basó en la guía NICE (*National Institute for Clinical Excellence*, 2005) con respecto a los tratamientos más eficaces para el TEPT. Tres meses después de la finalización del tratamiento, las participantes eran nuevamente evaluadas con los mismos instrumentos que se



aplicaron antes de recibir el tratamiento psicológico. En la tabla 2 presentamos la estructura del tratamiento psicológico.

### *Análisis de datos*

Se utilizó el programa estadístico SPSS para Windows versión 15.0. Se llevó a cabo un estudio de la normalidad de la muestra total y submuestras. Dado el resultado de las mismas y el tamaño de las submuestras se optó por utilizar pruebas no paramétricas para determinar su significación estadística. Para el estudio epidemiológico de la muestra (prevalencia y estudio de variables demográficas) se llevaron a cabo pruebas chi-cuadrado.

Con el objetivo de analizar la coexistencia entre ambos tipos de síntomas, postraumáticos y depresivos, se ha realizado una correlación cuantitativa con la prueba de Pearson. Por lo que hace al propósito principal del estudio, con respecto a la eficacia de tratamiento y, más concretamente, para síntomas postraumáticos y depresivos, se aplicó la prueba Z no paramétrica de Wilcoxon de comparación intergrupos. Los niveles de significación estadística se situaron asumiendo una  $p=0,05$ .

Con el objetivo de conocer la magnitud del cambio ocurrido o tamaño del efecto en todos los grupos de estudio se utilizó la  $d$  de Cohen, cuyos valores indican lo siguiente (Cohen, 1988): valores inferiores a 0,20 indican cambios sin importancia; entre 0,20 y 0,49 pequeños cambios; entre 0,50 y 0,79 cambios moderados o medianos y valores superiores a 0,80 indican grandes cambios.

## **Resultados**

### *Variables demográficas*

En cuanto a las variables demográficas, y según lo que revelaron las pruebas de chi cuadrado, podemos afirmar que no existe asociación entre la gravedad del TEPT y los ingresos económicos,  $\chi^2 (12, n=129)= 17,534; p=0,131$ , ni con la formación recibida,  $\chi^2 (15, n= 129)= 8,243; p= 0,914$ , solamente el estado civil está asociado,  $\chi^2 (9, n=129)= 17,643; p= 0,040$ . Concretamente, y según indican los residuos tipificados corregidos del análisis de datos de la variable "estado civil", en el grupo que no padece estrés postraumático las diferencias se encuentran en mujeres casadas y separadas respecto el resto del grupo. Para el grupo de mujeres que padecen estrés postraumático leve, encontramos diferencias en el grupo de mujeres solteras. Por último, el resto de diferencias significativas las encontramos para el grupo de mujeres que padece estrés postraumático moderado, para aquellas solteras y casadas a diferencia de las demás (tabla 3).

**Tabla 3**  
Variables demográficas y gravedad de estrés postraumático

Nivel de TEPT		Estado civil			
		Soltera	Casada	Separada	Divorciada
Ninguno	<i>n</i>	12	10	1	7
	%	40	33,3	3,3	23,4
	RTC	0,4	2,2	-2,1	-0,6
Leve	<i>n</i>	9	8	9	15
	%	22	19,5	22	36,5
	RTC	-2,4	0	1,4	1,5
Moderado	<i>n</i>	22	3	7	10
	%	52,4	7,1	16,7	23,8
	RTC	2,5	-2,4	0,3	-0,7
Grave	<i>n</i>	5	4	3	4
	%	31,2	25	18,8	25
	RTC	-0,5	0,6	0,4	-0,3

Nota: RTC= Residuos tipificados corregidos obtenidos a partir de la prueba de chi-cuadrado.

### *Sintomatología postraumática*

Podemos afirmar que existe una alta prevalencia de sintomatología de TEPT en las mujeres que evaluamos en nuestro estudio. Así, encontramos que hasta un 76% de la muestra total refiere síntomas de TEPT. Los datos obtenidos señalan que existen diferencias significativas entre el tipo de maltrato padecido y la gravedad de sintomatología postraumática,  $\chi^2(9, n=129)= 53,902; p= 0,000$ . Concretamente, y según indican los residuos tipificados corregidos del análisis de datos de la variable "prevalencia TEPT", para el grupo de maltrato psicológico encontramos diferencias en las mujeres que no muestran síntomas o en su caso, moderados, respecto el resto de la muestra.

Por otra parte, y para las mujeres que padecieron maltrato físico y psicológico, encontramos las diferencias en aquellas que no muestran sintomatología frente las demás. Por último, y para el grupo de maltrato combinado (físico/psicológico y sexual), las diferencias aparecen de nuevo para el conjunto de mujeres que no muestran este tipo de síntomas (tabla 4).

**Tabla 4**

Distribución del trastorno de estrés postraumático según el tipo de maltrato sufrido por las participantes

Tipo de maltrato		Nivel de TEPT			
		Ninguno	Leve	Moderado	Grave
Psicológico	<i>n</i>	17	4	0	0
	%	81	19	0	0
	RTC	6,3	-0,9	-3,5	-1,9
Físico y psicológico	<i>n</i>	5	17	18	3
	%	11,6	39,5	41,9	7
	RTC	-2,2	1,3	1,6	-1,3
Sexual	<i>n</i>	7	4	12	7
	%	23,3	13,4	40	23,3
	RTC	0	-2,5	1	2,1
Combinado	<i>n</i>	2	15	12	6
	%	5,7	42,9	34,3	17,1
	RTC	-2,9	1,6	0,3	1

Nota: RTC= Residuos tipificados corregidos obtenidos a partir de la prueba de chi-cuadrado.

### *Sintomatología depresiva*

El 84% de las mujeres exhibe sintomatología depresiva en algún grado. Los datos señalan que nuevamente existen diferencias significativas entre grupos de mujeres que han padecido diferentes tipos de maltrato,  $\chi^2(9, n=129)= 24,597; p= 0,003$ . Concretamente, y según indican los residuos tipificados corregidos del análisis de datos de la variable "prevalencia depresión", para el grupo de mujeres que han padecido maltrato psicológico, encontramos las diferencias para aquellas que no muestran síntomas depresivos y para las que los padecen de manera grave respecto el resto de la muestra. Por último, observamos diferencias significativas para el grupo de maltrato combinado (físico/psicológico y sexual) donde, de nuevo, los grupos de mujeres víctimas sin síntomas depresivos y aquellas que exhiben una mayor gravedad marcan la diferencia estadísticamente significativa (tabla 5).

**Tabla 5**  
Distribución de la depresión según el tipo de maltrato sufrido por las participantes

Tipo de maltrato		Nivel de depresión			
		Ninguno	Leve	Moderado	Grave
Psicológico	<i>n</i>	10	4	3	4
	%	47,7	19	14,3	19
	RTC	6,3	0,4	-0,6	-3
Físico y psicológico	<i>n</i>	5	7	9	22
	%	11,6	16,3	20,9	51,2
	RTC	-0,9	0	0,3	0,4
Sexual	<i>n</i>	3	6	7	14
	%	10	20	23,3	46,7
	RTC	-1	0,6	0,6	-0,3
Combinado	<i>n</i>	2	4	6	23
	%	5,7	11,4	17,2	65,7
	RTC	-1,9	-0,9	-0,4	2,3

*Nota:* RTC= Residuos tipificados corregidos obtenidos a partir de la prueba de chi-cuadrado.

### *Correlación del TEPT y la depresión*

La correlación entre la sintomatología postraumática y depresiva aparece en la tabla 6. El grupo de mujeres que padecieron maltrato psicológico no muestra una alta correlación de ambos tipos de síntomas. Sin embargo, para la muestra total, sí podemos afirmar que la coexistencia entre ambos tipos de síntomas es alta y estadísticamente significativa ( $r= 0,698$ ;  $p= 0,000$ ).

**Tabla 6**  
Correlación entre el TEPT y la depresión según el tipo de maltrato sufrido por las participantes

Tipo de maltrato	<i>n</i>	TEPT		Depresión		<i>r</i>	<i>p</i>
		<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
Psicológico	21	9,81	5,01	5,66	12,34	0,392	0,079
Físico y psicológico	43	26,93	10,45	29,65	15,13	0,706	0,000
Sexual	30	29,00	13,93	29,43	15,48	0,751	0,000
Combinado	35	27,97	9,63	32,02	11,79	0,501	0,002
Total	129	24,91	12,39	27,96	14,86	0,698	0,000

*Eficacia del tratamiento para el TEPT y la depresión*

A partir de la prueba *Z* de Wilcoxon se compararon las puntuaciones en estrés postraumático y depresión previas al tratamiento psicológico con las puntuaciones obtenidas a la finalización del mismo. Un total de 74 participantes finalizaron el tratamiento, ninguna de ellas mujeres que hubieran padecido maltrato exclusivamente psicológico ( $n= 4$ ), por lo que éste fue retirado del análisis entre grupos. Se han obtenido tamaños del efecto ( $d$  de Cohen) reducidos en ambos tipos de síntomas (tablas 7 y 8).

**Tabla 7**

Eficacia del tratamiento para el trastorno de estrés postraumático (TEPT) según el tipo de maltrato sufrido por las participantes

Tipo de maltrato	<i>n</i>	TEPT pre		TEPT post		<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
		<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
Físico y psicológico	29	29,34	8,51	12,71	11,20	-4,70	0,000	0,41
Sexual	19	35,09	6,77	12,68	12,61	-3,82	0,000	0,34
Combinado	26	28,74	8,63	14,67	12,14	-4,46	0,000	0,39

**Tabla 8**

Eficacia del tratamiento para los síntomas depresivos según el tipo de maltrato sufrido por las participantes

Tipo de maltrato	<i>n</i>	Depresión pre		Depresión post		<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
		<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
Físico y psicológico	29	32,31	14,00	11,63	11,04	-4,93	0,000	0,43
Sexual	19	33,72	12,65	12,00	11,16	-3,82	0,000	0,33
Combinado	26	32,67	11,32	14,88	12,17	-4,62	0,000	0,41

*Abandono de tratamiento psicológico*

La cifra total de abandonos durante el tratamiento psicológico es de un 24%. Cabe destacar que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto a número de abandonos, ya que de las cuatro mujeres que padecieron maltrato psicológico ( $n= 4$ ), todas lo abandonaron,  $\chi^2(3, n= 24)= 13,765; p=0,003$ .

**Discusión**

Siendo la eficacia del tratamiento individual el eje fundamental de nuestra investigación, aún asumiendo los modestos resultados mostrados en el tamaño del efecto, podemos indicar que el tratamiento aplicado constituye una estructura de terapia razonablemente eficaz para el grupo de síntomas de TEPT y depresión que

presentan las mujeres víctimas de violencia de género. De hecho, se podría llevar a cabo con éxito para cualquier grupo de mujeres que hayan padecido cualquier tipo de maltrato. Sin embargo, hemos llegado a la conclusión que deben diseñarse tratamientos específicos para el caso de mujeres que han padecido maltrato psicológico y no cumplen con la sintomatología "clásica" y que manifiestan otro tipo de emotividad negativa, tal como: baja autoestima, culpa, rabia por lo sucedido, vergüenza o tristeza. Con respecto al contenido de la estructura de la terapia individual llevada a cabo, cabe considerar que gran parte de la misma fue dedicada a las tareas de exposición, tanto guiadas por el terapeuta en sesión, como de tarea para casa. Sabemos que la técnica de exposición es la más eficaz para la reducción de la sintomatología postraumática (APA, 2006; Foa *et al.*, 2009). La activación conductual, otro elemento de la terapia aplicada, podría contribuir a la mejora en los síntomas depresivos y en la desconexión de las cogniciones frecuentes tras haber padecido una relación de malos tratos. Además, supone la preparación para las tareas de exposición y favorece el inicio del cambio cognitivo substituyendo a las conductas de evitación, primeras responsables del mantenimiento de síntomas, tal como se ha observado en otros casos de trastorno de estrés postraumático (Jakupack *et al.*, 2004).

Hasta un 85% de la muestra exhibe una remisión parcial de síntomas postraumáticos a los tres meses de la finalización del tratamiento y entre un 55 y 75% en síntomas depresivos. Si lo comparamos con otros estudios, vemos cómo los porcentajes de reducción de síntomas oscilan entre el 40% (los más modestos) y el 100% de la muestra (Labrador *et al.*, 2004; Rauch y Cahill, 2003). Sin embargo, un 15% de las mujeres participantes en nuestra muestra manifestaba algún tipo de sintomatología postraumática en el momento de la evaluación posttest. Este dato podría resultar congruente con lo que señalan algunos autores respecto a que un tercio de pacientes tratados por estrés postraumático no mostraran ningún tipo de remisión de síntomas sea cuál sea el tratamiento psicológico que reciban (Kessler y Wang, 2008).

En el intento de buscar factores que determinaran la gravedad de la sintomatología que normalmente manifiestan las mujeres víctimas de violencia de género (TEPT y depresión), hemos visto cómo los ingresos económicos o bien el nivel de formación no influye aunque sí parece estar relacionado el estado civil. Con relación al trastorno de estrés postraumático hemos observado que este fenómeno psicopatológico está presente en un mayor porcentaje cuando ha existido un daño físico o sexual y no tanto cuando el maltrato ha sido exclusivamente psicológico. A este respecto, vemos cómo los síntomas postraumáticos dependen, en gran medida, de estar expuesto físicamente a un daño. Parece que la "invasión" física o sexual del propio espacio personal sin consentimiento previo de la víctima (lo que diferenciaría a su verdugo de un desconocido que aquí es su pareja) determinaría la existencia de sintomatología postraumática, tal y como lo sugiere el criterio A del DSM-IV-TR para el diagnóstico del TEPT: "*la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los otros...*" (APA, 2001).

En los casos de maltrato psicológico no parece que el TEPT en toda su estructura sintomática sea el cuadro psicopatológico más prevalente. Tan sólo un 19% de mujeres en nuestra muestra de estudio y que había padecido maltrato psicológico han mostrado sintomatología postraumática *per se*. Parece pues, esencial la evaluación de la existencia de una sintomatología subsindrómica (Rincón *et al.*, 2004) y de características de personalidad que puedan ser determinantes en la percepción del peligro. Modelos de evaluación de expectativas, como el de Reiss (1980), podrían ayudar a conocer la vulnerabilidad o sensibilidad al daño, la evaluación negativa o a padecer ansiedad de cada una de las mujeres víctimas.

En términos generales, hasta un 76% de nuestra muestra total manifiesta síntomas postraumáticos, un dato superior al hallado en ciertos estudios revisados (Labrador *et al.*, 2010; Rees *et al.*, 2011; Sarasúa *et al.*, 2007), que sugiere, tal y como ya constataron Aguirre *et al.* (2010), Golding (1999) y Rincón *et al.* (2004), que la sintomatología postraumática es mucho más frecuente de lo esperado en el conjunto de mujeres víctimas de violencia de género. Por otra parte, hasta un 82% de la muestra de estudio manifiesta sintomatología depresiva habiendo padecido violencia de género. Otros estudios han indicado tasas muy similares, entre el 64 y el 80% (Echeburúa *et al.*, 1997; Labrador *et al.*, 2010; Riggs *et al.*, 2000). Tal como indican los resultados del estudio realizado por Rincón *et al.* (2004), la prevalencia de sintomatología depresiva es mayor que la de trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia de género. Sin embargo, no podemos confirmar en nuestra muestra de estudio lo que indica O'Leary (1999) respecto a que la mayor gravedad en depresión la manifiestan las mujeres que han padecido maltrato psicológico frente a las de maltrato físico.

El 48% de las mujeres que padecieron violencia psicológica por parte de sus parejas no mostraba síntomas depresivos. Cabe tener en cuenta que puede existir sintomatología moderadamente incapacitante aunque no cumpla con los requisitos del trastorno depresivo mayor: disforia, déficit de autoestima, incapacidad para la toma de decisiones, en definitiva, alta emotividad negativa (culpa, vergüenza o rabia por lo ocurrido) no constitutiva de nosología psicológica/psiquiátrica. Si consideramos que la depresión tiene tendencia a aparecer con más frecuencia que otros trastornos en las víctimas de violencia de género, entenderemos que la correlación entre síntomas sea tan frecuente. Recordemos que la asociación que se establece entre ambas categorías diagnósticas se explica por la presencia de algunos síntomas característicos compartidos: pérdida de interés o de participación en actividades significativas, sensación de acortamiento respecto al futuro, evitación de personas y alteraciones del sueño.

Por otra parte, la presencia de síntomas postraumáticos conjuntamente con la depresión es muy frecuente en las mujeres de nuestro estudio que han padecido violencia de género y hemos encontrado una correlación importante entre ambos tipos de síntomas. Dicha correlación ha sido encontrada con frecuencia y de manera positiva en otros trabajos (Breslau *et al.* 2000; Rincón *et al.*, 2004).

Con relación a la pérdida de participantes en el estudio y los factores que podrían estar asociados, aunque la mayoría de mujeres que padecieron maltrato

psicológico no participaron en el estudio, éste parece el grupo con un mayor porcentaje de abandono. Cabe indicar, sin embargo, que la muestra de estudio es muy reducida para llegar a conclusiones estadísticamente robustas. Por otra parte, en relación al resto, no podemos afirmar que haber padecido un tipo de maltrato concreto esté asociado con el abandono del tratamiento, puesto que no se han encontrado diferencias significativas. Por lo que respecta al índice total de abandono del tratamiento, encontramos cifras muy similares a diversos estudios que analizan los factores y porcentajes de abandono de los distintos tratamientos psicológicos, sobretudo, aquellos basados en la exposición y el afrontamiento del recuerdo traumático (p. ej., Bisson, Ehlers y Turner, 2007; Marks, Lovell, Noshirvani, Livanou y Thrasher, 1998).

En cuanto a las limitaciones del estudio cabría destacar la falta de un grupo control equivalente a los grupos experimentales. Igualmente, no haber empleado escalas específicas de medida para cuantificar el tipo de abuso padecido y la ausencia de información sobre la continuidad o no de las mujeres en la relación de maltrato a lo largo de la intervención pueden ser consideradas como limitaciones en este trabajo.

Por otra parte, se considera esencial la existencia de una medida de variables mediadoras que explique el afrontamiento o no a la violencia, entendida como un acontecimiento altamente estresante. Así mismo, cabría apuntar si realmente la violencia es vivida como tal, debido a la habituación y familiaridad a la que están sometidas las mujeres que padecen una situación de violencia de género. El conocimiento de la interacción entre dichas variables, nos permitiría desarrollar un modelo de diátesis-estrés específico, donde las respuestas a situaciones de alarma o inmediata supervivencia se vieran bloqueadas o anuladas por factores de aprendizaje o de tipo caracterial.

En definitiva, pensamos que los resultados que se han obtenido proporcionan suficiente evidencia para que se pueda desarrollar la estructura de tratamiento que presentamos garantizando en un alto porcentaje el éxito terapéutico para el grupo de mujeres que haya padecido violencia de género, más concretamente, en aquellas donde exista sintomatología de tipo postraumático.

## Referencias

- Aguirre, P., Cova, F., Domarchi, M. P., Garrido, C., Mundaca, I., Rincón, P., Troncoso, P. y Vidal, P. (2010). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia de género. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 48, 114-122.
- American Psychiatric Association (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. DSM-IV-TR (4ª ed. rev.) Washington, DC: Autor (Orig. 2000).
- American Psychiatric Association (2006). Presidential task force on evidence-based practice. *American Psychology*, 61, 271-285.
- Arinero, M. y Crespo, M. (2004). Evaluación de la eficacia de un programa de tratamiento cognitivo conductual para mujeres víctimas de maltrato doméstico. *Psicología Conductual*, 12, 233-249.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer. (Orig., 1979).



- Bisson, J., Ehlers, A. y Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic posttraumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 97-104.
- Breslau, N., Davis, G. C., Peterson, E. L. y Schultz, L. R. (2000). A second look at comorbidity in victims of trauma. The posttraumatic stress disorder-major depression connection. *Biological Psychiatry*, 48, 902-909.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Dutton, M. A. (1992). *Empowering and healing the battered woman*. Nueva York: Springer.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1995). Trastorno de estrés postraumático. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (dirs.) *Manual de psicopatología* (vol.2) (pp.171-186). Madrid: McGraw-Hill.
- 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. y Corral P. (dirs.) (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (2004). Evaluación del daño psicológico en víctimas de delitos violentos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 4, 227-244.
- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I. y Corral, P. (2013). Tratamiento psicológico de mujeres víctimas de agresiones sexuales recientes y no recientes en la vida adulta. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 21, 249-269.
- First M. B., Spitzer R. L., Gibbon, M. y Williams J. B. W. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders-clinician version (SCID-CV)*. Washington DC: American Psychiatric Association Press.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J. y Cohen, J. A. (2009). *Effective treatments for posttraumatic stress disorder: practice guidelines from the international society for traumatic stress disorder* (2ª ed.). Nueva York: Guilford.
- García Moreno, C. (1999). Violence against women, gender and health equity. *Harvard Center for Population and Development Studies Working Paper series*, 99, 1-8.
- Goldberg, D. P. y Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14, 99-132.
- Jakupack, M., Roberts, L. J., Yoshimoto, D., Mulick, P. S., Martell, C., Balsam, K. F., Devine, K., Martell, J., Michael, S. T., Reed, R., Sewell, J. y McFall, M. (2004, julio). *Behavioral Activation for the treatment of PTSD: a pilot study*. Comunicación presentada en la American Psychological Association Annual Convention, Honolulu, Estados Unidos.
- Kessler R. y Wang P. S. (2008). The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the US. *Annual Review of Public Health*, 29, 115-129.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy J. A., Zwi, A. B. y Lozano, R. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, DC: Organización Mundial de la Salud.
- Labrador, F. J., Rincón, P. P., De Luis, P. y Fernández, R. (2004). *Mujeres víctimas de violencia doméstica*. Madrid. Pirámide.
- Labrador, F. J., Fernández-Velasco, M. R. y Rincón, P. (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema*, 22, 99-105.
- Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Ares y Mares.
- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M. y Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring. *Archives of General Psychiatry*, 55, 317-325.
- Matud, M. P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 16, 397-401.

- Mulick, P. S. y Naugle, P. S. (2006). Behavioral activation for comorbid PTSD and major depression: a case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 378-387.
- National Institute for Clinical Excellence (2005). *Posttraumatic stress disorder guideline in primary and secondary care*. Practice guideline num. 26. Recuperado el 19 de mayo de 2009, desde [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)
- Observatorio de Violencia. (2012). *Información estadística de violencia de género. Comunidades Autónomas*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de España. Recuperado el 12 de diciembre de 2012, desde [www.msps.es](http://www.msps.es)
- O'Leary, K. D. (1999). Psychological abuse: a variable deserving critical attention in domestic violence. *Violence and Victims*, 14, 1-21.
- Organización de las Naciones Unidas (1994). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres. (Res. AG/48/104)*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Rauch, S. y Cahill, S. (2003). Treatment and prevention of posttraumatic stress disorder. *Primary Psychiatry*, 10, 60-65.
- Rees, S., Silove, D., Chey, T., Ivancic, L., Steel, Z., Creamer, M., Teeson, M., Bryant, R., McFarlane, A., Mills, K., Slade, T., Carragher, N., O'Donnell, M. y Forbes, D. (2011). Lifetime prevalence of gender-based violence in women and the relationship with mental disorders and psychosocial function. *The Journal of Medical American Association*. 306, 513-521.
- Reiss, S. (1980). Pavlovian conditioning and human fear: an expectancy model. *Behavior Therapy*, 11, 380-396.
- Riggs, D., Caulfield, M. y Street, A. (2000). Risk for domestic violence: factors associated with perpetration and victimization. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1289-1316.
- Rincón, P. P, Labrador, F. J., Arinero, M. y Crespo, M. (2004). Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 105-116.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10, 303-318.
- Sarasúa, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E. y Corral, P. (2007). Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. *Psicothema*, 19, 459-466.
- Schnurr, P., Friedman, M. y Bernardy, N. (2002). Research on posttraumatic stress disorder: epidemiology, pathophysiology and assessment. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 877-889.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clinica y Salud*, 10, 59-81.
- World Health Organization (1990). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*. Ginebra: Autor.

RECIBIDO: 25 de noviembre de 2013

ACEPTADO: 6 de marzo de 2014