

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA MUJERES VÍCTIMAS DE MALTRATO DOMÉSTICO: UN ESTUDIO PILOTO

María Arinero y María Crespo
Universidad Complutense de Madrid (España)

Resumen

En este artículo se evalúa la eficacia de un programa de tratamiento psicológico cognitivo-conductual, de ocho sesiones de duración en formato grupal, para mujeres víctimas de maltrato doméstico que presentan sintomatología postraumática sin llegar a cumplir los criterios diagnósticos para el Trastorno de Estrés Postraumático. El programa incluía psicoeducación, entrenamiento en control de la respiración, entrenamiento en mejora de la autoestima, reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas, planificación de tareas gratificantes y entrenamiento en habilidades comunicación, así como estrategias concretas para prevención de recaídas. La muestra estuvo constituida por 17 participantes (12 en el grupo experimental de tratamiento y 5 en grupo control en lista de espera). Los resultados muestran una marcada disminución de la sintomatología postraumática y depresiva y una mejora en la adaptación de las pacientes. Estos cambios se mantuvieron en los seguimientos realizados al mes, tres y seis meses después de finalizada la intervención. Se discuten los resultados y sus implicaciones clínicas.

PALABRAS CLAVE: *Mujeres maltratadas, tratamiento, eficacia, programa.*

Correspondencia: María Arinero, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos I (Psicología Clínica), Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Campus de Somosaguas s/n, 28223 Pozuelo de Alarcón, Madrid (España). E-mail: marinero@psi.ucm.es

Agradecimientos: Este estudio ha sido posible gracias a una Beca de Formación de Profesorado Universitario del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte de que la que disfruta María Arinero, coautora de este trabajo, desde 2002.

Las autoras de este estudio agradecen al profesor Francisco J. Labrador y a D^a. Paulina Rincón su colaboración en su desarrollo así como el acceso a la muestra y la realización de numerosas evaluaciones de las participantes consideradas.

Igualmente, se agradece a la Concejalía de la Mujer y Mayores del Ayuntamiento de Collado-Villalba, la Concejalía de la Mujer del Ayuntamiento de Toledo, las Oficinas de Asistencia a la Víctima de Móstoles y Coslada, y el Centro de la Mujer Rosa de Luxemburgo de Leganés, el acceso a la muestra y la facilitación del desarrollo de la intervención psicológica en los propios centros.

Abstract

This paper describes a treatment-outcome study of a cognitive-behavioural therapy programme, lasting eight sessions and using a group format, for battered women with posttraumatic symptoms although not satisfying diagnostic criteria for posttraumatic stress disorder. The therapeutic programme included psychoeducation, breath control training, self-esteem improvement procedures, cognitive therapy, problem solving, pleasant activities planning and communication skills training, as well as specific strategies for relapse prevention. The sample consisted of 17 women (12 in the experimental treatment group and 5 in a waiting control group). Results showed an important decrease in posttraumatic and depressive symptoms, and an improvement in adaptation levels. Gains were maintained at 1, 3 and 6 month follow-up. Issues and clinical implications are discussed.

KEY WORDS: *Battered women, therapy, effectiveness, program.*

Introducción

La violencia o maltrato doméstico se define como un patrón de conductas abusivas (agresiva y coercitiva) que incluye un amplio rango de maltrato físico, sexual y psicológico (que suelen presentarse de forma combinada), y que es usado por una persona en una relación íntima contra otra, para ganar o mantener poder, control y autoridad sobre ella (Walker, 1999). Este término ha estado asociado al maltrato contra la mujer en la casa común, aunque hoy en día su consideración es más amplia, abarcando también el maltrato a la pareja, hijos, hermanos, padres, ancianos,... y no limitándose a aquellas agresiones que tienen lugar en el hogar, o dentro de una relación familiar o doméstica, ya que pueden darse en personas que no conviven (p. ej., durante el noviazgo o una vez se ha producido la separación). No obstante, la forma de violencia doméstica más frecuente es la ejercida sobre la mujer por su pareja, ya sea dentro o fuera del hogar común. Según diversas estimaciones, en Estados Unidos de dos a cuatro millones de mujeres son maltratadas cada año por su pareja (Salber y Taliaferro, 2000; Tjaden y Thoennes, 1998), mientras que en España, según cifras publicadas por el Instituto de la Mujer (2001), se sitúa en torno a un 15% el número de mujeres que sufren maltrato físico, psicológico o sexual.

Los efectos del maltrato resultan devastadores a todos los niveles (físico, social, psicológico, laboral, económico,...), dificultando considerablemente la adaptación de la mujer a su ámbito de vida cotidiano. Desde un punto de vista psicológico, entre los efectos más habitualmente referidos por las mujeres se encuentran malestar general, tristeza, sentimientos de inutilidad, culpa,... (Taylor, Magnussen y Amundson, 2001). Walker (1984, 1999) acuñó el término específico *Síndrome de la Mujer Maltratada*, caracterizado por sentimientos de baja autoestima, inhibición, aislamiento, fatalismo, depresión y sensación de desamparo e impotencia. Asimismo se ha constatado la presencia de síntomas depresivos (Dutton-Douglas, 1992; Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997a; Taylor et al., 2001; Zubizarreta et al., 1996), abuso de alcohol o drogas como estrategia de afrontamiento a los problemas (Echeburúa et al., 1997a), baja

autoestima (Cox y Stoltenberg, 1991; Lynch, 2000; Mancoske, Standifer y Cauley, 1994), inadaptación a la vida cotidiana (Echeburúa *et al.*, 1997a), cogniciones postraumáticas distorsionadas acerca de sí mismas, del mundo, ideas de culpa (Foa, Tolin, Ehlers, Clark y Orsillo, 1999) e intentos o ideas de suicidio (Lorente, 2001; Taylor *et al.*, 2001). Entre los trastornos psicológicos los más frecuentes son la depresión, cuya prevalencia oscila entre el 47,6% (Golding, 1999) y el 63% (Campbell, Kub y Rose, 1996) para muestras americanas, situándose en torno al 40% en españolas (Echeburúa *et al.*, 1997a), y el trastorno de estrés postraumático (TEPT), que afecta a un 40-84% de las mujeres maltratadas en Estados Unidos (Hughes y Jones, 2000) y a un 50-60% de las víctimas españolas (Echeburúa, Corral y Amor, 1998). Herman (1992) plantea una reconceptualización del TEPT para esta población concreta, indicando que en mujeres maltratadas es frecuente encontrar un síndrome traumático complejo, muy similar al TEPT, pero con síntomas adicionales de depresión, ansiedad, distorsiones cognitivas (en concreto, idealización del maltratador) y síntomas de disociación. Este modelo se ha puesto a prueba con éxito en mujeres residentes en una casa de acogida (Levendosky y Graham-Bermann, 2001).

El evidente malestar psicológico de las mujeres víctimas de maltrato, así como las altas tasas de prevalencia de diversos síntomas y cuadros psicopatológicos ponen de manifiesto la necesidad de desarrollar intervenciones eficaces para este tipo de población. Hasta la fecha existen varias propuestas terapéuticas en su mayoría centradas en la reestructuración cognitiva, la mejora de la autoestima y el entrenamiento en control de la ansiedad, y complementadas en ocasiones con grupos de autoayuda (Echeburúa y Corral, 1998; Monnier, Briggs, Davis y Ezzell, 2001). Sin embargo, son escasos los estudios metodológicamente rigurosos para la evaluación de la eficacia de estas propuestas. Entre ellos, los trabajos de Cox y Stoltenberg (1991) y Tutty, Bidgood y Rothery (1993) evalúan tratamientos aplicables únicamente a mujeres en centros de acogida. Por su parte, Mancoske *et al.* (1994), comparan dos tratamientos en los que juega un papel central la intervención en crisis, obteniendo resultados poco alentadores. Los resultados más positivos han sido los alcanzados por Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta (1996), Kubany, Hill y Owens (2003) y Labrador y Rincón (2003). En los tres casos se utilizan programas multicomponentes cognitivo-conductuales diseñados específicamente para mujeres maltratadas con TEPT, en formato individual los dos primeros, y grupal el último. Todos ellos alcanzan resultados muy alentadores tanto en la reducción de la sintomatología postraumática (97, 94 y 100%, respectivamente, de las mujeres dejaron de cumplir criterios diagnósticos para el TEPT en el postratamiento), como en depresión o mejora de la autoestima. Es más, los resultados tendían a consolidarse en los seguimientos que alcanzaron al año en el trabajo de Echeburúa *et al.*, y los 3 meses en los otros dos. No obstante, la aplicación de estos tratamientos se ha limitado a aquellas mujeres que padecen TEPT, ante lo que cabría plantear la posibilidad de desarrollar un programa paralelo para aquellas otras mujeres maltratadas que, aun sin llegar a cumplir criterios diagnósticos para el TEPT presentan una sintomatología importante que interfiere con su funcionamiento y sus niveles de adaptación a la vida cotidiana.

El objetivo del presente trabajo es, precisamente, el diseño y evaluación de la eficacia de un programa de tratamiento breve, en formato grupal, que de cabida a un amplio rango de mujeres víctimas de maltrato doméstico (i.e. todas aquellas que presentan sintomatología postraumática aislada y grave deterioro en la adaptación al entorno). Se pretende conocer los cambios que se producen tras la intervención, determinar si existen diferencias en la sintomatología tras la aplicación del tratamiento con respecto a un grupo control, y comprobar si los cambios obtenidos por el tratamiento se mantienen en seguimientos de 1, 3 y 6 meses.

Método

Participantes

La muestra inicial estuvo constituida por 23 mujeres que sufrían o habían sufrido maltrato por parte de sus parejas, derivadas desde diversos servicios sociales municipales, concejalías de la mujer y juzgados. Se consideraron criterios de inclusión el ser mayor de 18 años, el que hubiera transcurrido más de un mes desde la primera agresión y el presentar al menos un síntoma postraumático (evaluado a través de la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT —EGS— de Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997b). Se excluyeron del estudio aquellas mujeres que cumplían criterios para el diagnóstico del TEPT¹, que presentaban abuso de alcohol (evaluado a través del CAGE —Ewing, 1984—) o drogas, déficit cognitivos o analfabetismo en castellano. Seis de las mujeres abandonaron el tratamiento antes de su finalización, por lo que la muestra final estuvo constituida por 17 mujeres (12 asignadas al grupo experimental de tratamiento y 5 al grupo control en lista de espera).

Como puede observarse en la Tabla 1, la media de edad de las participantes fue de 44,82 años (d.t.= 9,26). En su mayoría pertenecían a una clase social media (52,9%), habiendo completado estudios primarios (52,9%). Un 47,1% estaban casadas, y un 35,3% divorciadas, separadas o en trámites. El 11,8% restante eran solteras. La mayoría de las participantes (58,8%) convivían con el agresor en el momento de la evaluación pretratamiento, aunque sólo una minoría (35,3%) dependía económicamente de él. La duración media del maltrato fue de 15,88 años (DT=12,08), con un rango entre 1 y 45 años. En cuanto al tipo de maltrato sufrido, lo más frecuente fue la combinación de maltrato físico y psicológico (70,6%); el 17,6% había sufrido sólo maltrato psicológico, y un 11,8%, maltrato físico, psicológico y sexual. El 70,6% calificaba su situación «en el peor momento», el 11,8% se encontraba en un nivel intermedio, y el 17,6%, en el momento menos malo de su historia de maltrato. El 58,8% había denunciado la situación de violencia en la que se encontraba, y un 41,2% había abandonado su hogar debido al maltrato. La mayoría de las mujeres (88,2%) decía contar con el apoyo de la familia, y con apoyo social (76,5%). Finalmente, las ideas o intentos de suicidio se encontraban presentes en un 35,3% de las participantes.

1 La realización de este estudio contó con la colaboración de otro grupo de investigación que pretendía desarrollar y evaluar la eficacia de un programa de tratamiento específico para mujeres maltratadas con TEPT.

Tabla 1
Características demográficas e historia de maltrato de las participantes

VARIABLES	GRUPO EXPERIMENTAL (n=12)	GRUPO CONTROL (n=5)
Edad: Media (DT)	47,33 (8,15)	38,8 (9,81)
Clase Social (%)		
• Baja	15,5	-
• Media-Baja	25	40
• Media	50	60
• Media-Alta	8,3	-
Estado civil (%)		
• Solteras	16,7	-
• Casadas	50	60
• Separadas o en trámites	33,3	40
Nivel educativo (%)		
• Primarios incompletos	8,3	40
• Primarios completos	58,3	40
• Secundarios	25	-
• Universitarios	8,3	20
Conviven con el agresor (%)	67	40
Dependen económicamente del agresor (%) *	50	-
Duración del maltrato (en años): Media (DT)	16,25 (13,87)	15 (7,31)
Tipo de maltrato (%)		
• Psicológico	16,7	20
• Físico y Psicológico	66,7	80
• Físico, Psicológico y Sexual	16,7	-
Estado actual del la situación de maltrato (%)		
• Peor momento	75	60
• Nivel intermedio	8,3	20
• Momento menos malo	16,7	20
Han denunciado el maltrato (%)	58,3	60
Han abandonado el hogar (%) *	25	80
Cuentan con apoyo familiar (%)	91,7	80
Cuenta con apoyo social (%)	75	80
Presencia de ideas o intento de suicidio (%)	33,3	40

* $p \leq 0,05$

Diseño

Se empleó un diseño cuasiexperimental de dos grupos (grupo experimental y grupo de control en lista de espera), con medidas repetidas (pre y postratamiento y seguimientos al mes, tres y seis meses). Cabe reseñar, no obstante, que por motivos ajenos al programa de tratamiento, ninguna de estas mujeres se incorporó posteriormente al mismo, por lo que las medidas de ambos grupos (experimental y control) fueron independientes.

Instrumentación

Para la evaluación de las características y sintomatología de las mujeres se aplicó una batería en la que se incluían los siguientes instrumentos:

- «Ficha de antecedentes personales» (Rincón, 2001) en la que se incluyen datos sociodemográficos de las participantes (edad, clase social subjetiva, nivel educativo, estado civil,...), así como información acerca de la convivencia de la víctima con el agresor y la dependencia económica respecto a éste.
- «Pauta de entrevista para víctimas de maltrato doméstico» (Labrador y Rincón, 2003). Basada en la entrevista semiestructurada para víctimas de maltrato doméstico de Echeburúa y Corral (1998), recoge datos acerca de la historia de maltrato. Se incluyó en ella el CAGE (Ewing, 1984; traducción de Fonseca, Pérula y Martínez, 1993) para evaluar la posibilidad de un consumo abusivo de alcohol.
- «Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático» (EGS; Echeburúa *et al.*, 1997b), empleada para el diagnóstico del TEPT. El coeficiente de fiabilidad test-retest de esta escala es de 0,89 ($p \leq 0,001$) con un intervalo de cuatro semanas, y su índice de consistencia interna (*alfa* de Cronbach) de 0,92. Posee una sensibilidad diagnóstica del 100% y una especificidad del 93.7%.
- «Inventario de Depresión de Beck» (*BDI*; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; traducción de Vázquez y Sanz, 1997). Evalúa fundamentalmente los síntomas cognitivos de la depresión. En cuanto a sus propiedades psicométricas, la fiabilidad (*alfa* de Cronbach) es alta (0,9). En relación con la validez, dado que esta depende del propósito, se puede decir que el BDI es un instrumento válido para detectar y cualificar síntomas depresivos en los pacientes (Vázquez y Sanz, 1999).
- «Escala de Autoestima de Rosenberg» (1965; tomada de Echeburúa y Corral, 1998). Evalúa el sentimiento de satisfacción de una persona consigo misma. La consistencia interna de esta escala es alta, obteniéndose un valor de 0,82 (Pastor, Navarro, Tomas y Oliver, 1997).
- «Escala de Inadaptación» (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000). Refleja en qué medida la situación de maltrato doméstico que está sufriendo la víctima afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y convivencia familiar. También cuenta con una puntuación global que refleja el grado de inadaptación global a la vida cotidiana. La escala ha sido validada con población española, con un índice de consistencia interna (*alfa* de Cronbach) de 0,94.
- «Inventario de Pensamientos Postraumáticos» (*PTCI*; Foa *et al.*, 1999; traducción de Rincón, 2001). Evalúa la presencia de pensamientos postraumáticos en tres áreas concretas: cogniciones acerca de uno mismo, cogniciones acerca del mundo y síntomas de culpa. La puntuación global recoge la suma de estas tres subescalas. La consistencia interna de la escala (*alfa* de Cronbach) es de 0,97; la fiabilidad test-retest con un intervalo de tres semanas es de 0,74.

Asimismo durante el tratamiento se utilizaron diversos autorregistros. En concreto, se confeccionaron registros para la práctica de la respiración, para la reestructuración cognitiva, para facilitar la realización de actividades gratificantes, para identificar situaciones problemáticas, para implementar la técnica de solución de problemas y, finalmente, para llevar a cabo el entrenamiento en habilidades de comunicación.

Otros materiales terapéuticos empleados fueron folletos psicoeducativos (información de maltrato, autoestima, solución de problemas y habilidades de comunicación), tarjetas para la práctica de habilidades de comunicación y prevención de recaídas, y la formulación de un contrato terapéutico. Todos estos materiales fueron diseñados específicamente para el tratamiento.

Por otro lado, se aplicó la «Escala de Conductas-Objetivo» (Echeburúa y Corral, 1998), y el «Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento» (Larsen, Attkinson, Hargreaves y Nguyen, 1979). La primera se empleó en la primera sesión de tratamiento para determinar los objetivos individuales de cada participante, y, la segunda, en la última sesión, para evaluar cuantitativamente la satisfacción de las participantes con el tratamiento.

Procedimiento

En un primer momento se determinaron las características que debía tener el programa de tratamiento en función de la bibliografía y las necesidades concretas de las mujeres víctimas de maltrato doméstico. El programa elaborado constaba de ocho sesiones de 90 minutos de duración y se aplicó en grupos de 3 a 5 mujeres. Se optó por un formato grupal, ya que además de sus posibles ventajas en cuanto a la mejora de la relación coste-beneficios, en este tipo concreto de población parece más adecuado para lograr los objetivos terapéuticos y romper con el aislamiento en el que se encuentran las víctimas (Lundy y Grossman, 2001). El tratamiento, para cuya aplicación se elaboró un manual y diversos materiales terapéuticos, incluía: psicoeducación, entrenamiento en control de la respiración, entrenamiento en mejora de la autoestima, reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas, planificación de tareas gratificantes, entrenamiento en habilidades de comunicación y estrategias concretas para la prevención de recaídas.

En el primer contacto con las pacientes se realizaba la evaluación pretratamiento para determinar la idoneidad de las participantes para el programa, así como su estado en ese momento, para lo que se administraba la ficha de antecedentes personales, la entrevista para víctimas de maltrato doméstico, la Escala de Gravedad de Síntomas, el BDI, la Escala de Rosenberg, la Escala de Inadaptación y el PTCL. Esta evaluación se llevó a cabo en una única sesión individual de una hora y media de duración, aproximadamente.

Las sesiones de cada uno de los grupos de tratamiento se llevaron a cabo en las dependencias de los centros que habían derivado a las participantes. En los casos en que no se pudo formar grupo inmediatamente después de la primera evaluación, se llevó a cabo una nueva evaluación al cabo de dos meses, considerándose

éste el grupo control en lista de espera. Una vez finalizada la aplicación del tratamiento se realizó una nueva evaluación (postratamiento) en la que se incluían los mismos instrumentos que en la evaluación pretratamiento, a excepción de la ficha de antecedentes personales y la entrevista para víctimas de maltrato. Al cabo de un mes se contactaba de nuevo con las pacientes para llevar a cabo la evaluación de seguimiento, en una sesión de 45 minutos con las mismas características que la sesión de evaluación postratamiento, repitiéndose el mismo proceso a los tres y seis meses.

Análisis de datos

Dado el tamaño reducido de la muestra, los análisis de datos se basaron en estadísticos no paramétricos. Se aplicaron las pruebas U de Mann-Whitney y Chi Cuadrado de Pearson para comprobar la homogeneidad de los grupos y conocer la eficacia diferencial de las dos condiciones experimentales. Para evaluar los cambios producidos en el postratamiento y en los seguimientos se aplicó la prueba de rangos de Wilcoxon. Asimismo, para establecer la significación clínica de los cambios se calculó el tamaño del efecto.

Resultados

El 58,3% de las participantes asistió a la totalidad de las sesiones de tratamiento. Un 33,3% asistió a siete sesiones y el 8,3% asistió a seis. En cuanto a la realización de las tareas para casa, el 100% realizó más de la mitad de las tareas, y el 50% realizó más del 75% de las mismas. Un 8,3% de la muestra realizó todas las tareas encomendadas.

Para valorar la homogeneidad de los dos grupos se analizaron las diferencias entre ambos tanto en variables sociodemográficas, como en historia de maltrato y sintomatología (véanse Tablas 1 y 2). No hubo diferencias significativas entre los grupos en ninguna de las variables sociodemográficas consideradas. Por lo que respecta a la historia de maltrato se encontraron únicamente diferencias significativas en los porcentajes de mujeres que habían abandonado el hogar a causa del maltrato ($\chi^2=4,41$; $gl=1$; $p\leq 0,05$), así como en el número de mujeres que dependía económicamente del agresor ($\chi^2=3,86$; $gl=1$; $p\leq 0,05$), siendo significativamente mayor el abandono del hogar en el grupo control en lista de espera, mientras que el porcentaje de mujeres que dependía económicamente del agresor fue mayor en el grupo experimental. En cuanto a la presencia de sintomatología, no existieron diferencias significativas entre ambos grupos en ninguna de las variables consideradas.

Eficacia del tratamiento

Como puede observarse en la Tabla 2, en general, en el grupo de control se observa una tendencia al mantenimiento de la sintomatología entre las dos evaluaciones. Los cambios tan sólo alcanzaron significación estadística en la subescala de

Tabla 2
Resultados de la eficacia del tratamiento. Medias, desviaciones típicas y tamaños del efecto para cada variable evaluada

VARIABLES	GRUPO CONTROL (N=5)			GRUPO EXPERIMENTAL (N=12)							
	1ª Evaluación	2ª Evaluación ^b	Pretrat.	Posttrat.	Tamaño Efecto	Sgto. 1 mes ^d	Tamaño Efecto	Sgto. 3 meses ^e	Tamaño Efecto	Sgto. 6 meses ^f	Tamaño Efecto
Gravedad de Síntomas Posttraumáticos:											
■ Reexperimentación (0-15)	6,2 (2,17)	8,2 (1,3)*	3,75 (2,26)	3,2 (3,12)	0,20	1,5 (1,18) *	1,25	2,3 (2)	0,68	2,09 (2,77)	0,66
■ Evitación (0-21)	4,8 (1,30)*	8,6 (2,4)*	6,08 (2,78)	3,2 (3,29) *	0,95	2,6 (2,41) **	1,33	2,6 (3,1) **	1,18	2,36 (3,8) **	1,12
■ Hiperactivación (0-15)	4,2 (3,03)	6,6 (2,6)*	4,5 (2,47)	2,9 (2,64)	0,63	3,1 (2,28) *	0,59	2,5 (3,06) *	0,71	2 (2,45)	1,01
Depresión	19,2 (5,02)	17,8 (10,78)	17,83 (8,52)	9,64 (8,77) **	0,95	11,5 (10,8)	0,66				
Autoestima	25 (4,24)	26,8 (6,41)	30,42 (4,42)	32,92 (4,85)	0,54	30,9 (5,7)	0,09				
Inadaptación											
■ Trabajo y Estudios	3,4 (1,95)	2,4 (2,3)	2 (1,71)	1,83 (1,75)	0,10	2,1 (1,73)	0,06	1,27 (1,56)	0,45	1,45 (1,69)	0,32
■ Vida Social	3,2 (1,92)	3 (2)	2,58 (1,88)	2,75 (1,6)	0,10	2 (1,89)	0,31	1,73 (2,2)	0,42	2,18 (1,54)	0,5
■ Tiempo Libre	3,6 (1,14)	3,6 (1,14)	2,92 (1,88)	2,58 (2,07)	0,17	2,6 (1,9)	0,16	2,09 (2,21)	0,41	2,27 (1,62)	0,37
■ Relación de Pareja	3,4 (2,07)	4,4 (9)	4,17 (1,59)	3,5 (1,62)	0,42	2,7 (1,7)	0,89	3,09 (1,76)	0,64	2,82 (1,47) *	0,88
■ Vida Familiar	4,2 (1,1)	3,8 (1,3)	3,33 (2,10)	2,75 (1,86)	0,29	2,5 (1,84)	0,42	2,73 (1,95)	0,30	2,55 (1,75)	0,41
■ Escala Global	4,4 (0,89)	3,6 (1,52)	4,33 (0,98)	3 (1,6) **	1	2,4 (1,78) *	1,34	2,73 (1,85) *	1,08	2,64 (1,63) **	1,26
Pensamientos posttraumáticos											
■ Sí mismas	3,12 (0,67)	3,15 (1,52)	2,98 (1,28)	2,36 (1,04) *	0,53	2,48 (1,2) *	0,40	2,52 (1,33) *	0,35	2,18 (1,03) **	0,68
■ Mundo	4,22 (1,35)	3,65 (1,76)	4,04 (1,14)	3,81 (1,37)	0,18	3,94 (1,13)	0,09	3,82 (1,5)	0,17	3,46 (1,16) *	0,50
■ Culpa	4,48 (1,38)	3,9 (2,1)	3,31 (1,47)	2,92 (1,4)	0,27	3,14 (1,73)	0,10	3 (2)	0,18	2,83 (1,5)	0,32
■ Total	11,82 (1,37)	10,67 (3,96)	10,3 (3,29)	9,1 (3,45)	0,36	9,56 (3,82)	0,21	9,24 (4,49)	0,27	8,48 (3,5) **	0,53

^a Significación estadística basada en la comparación de las puntuaciones de las dos evaluaciones del grupo de control.

^b Significación estadística basada en la comparación de las puntuaciones de la segunda evaluación del grupo control y la evaluación posttratamiento del grupo experimental.

^c Significación estadística basada en la comparación de las puntuaciones pretratamiento y posttratamiento.

^d Significación estadística basada en la comparación de las puntuaciones pretratamiento y seguimiento 1 mes.

^e Significación estadística basada en la comparación de las puntuaciones pretratamiento y seguimiento 3 meses.

^f Significación estadística basada en la comparación de las puntuaciones pretratamiento y seguimiento 6 meses.

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

evitación ($z=-2,04$; $p<0,05$), produciéndose en este caso un agravamiento de los síntomas, lo que parece indicar que los síntomas no mejoran con el mero paso del tiempo y que incluso puede producirse un agravamiento.

Por su parte el grupo experimental muestra una tendencia a la mejoría de los síntomas tras la aplicación del tratamiento. Los cambios más importantes se producen en la gravedad de los síntomas postraumáticos, especialmente en la subescala de evitación, en la que se consigue una disminución respecto al pretratamiento estadísticamente significativa ($z=-2,39$; $p\leq 0,05$). En cuanto a las mejoras obtenidas en los síntomas depresivos, se constata una marcada reducción en su gravedad confirmada por la significación lograda en la evaluación postratamiento ($z=-2,73$; $p\leq 0,01$). Asimismo, se produjeron mejoras estadísticamente significativas en la escala global de inadaptación ($z=-2,64$; $p\leq 0,01$) y en los pensamientos postraumáticos sobre sí mismas ($z=-2,05$; $p\leq 0,05$). Tan sólo se produjo un ligero empeoramiento en el funcionamiento social de las participantes, que no llegó a alcanzar significación estadística.

La comparación entre la evaluación postratamiento y la segunda evaluación del grupo de control, reveló diferencias estadísticamente significativas en las subescalas de la EGS (reexperimentación, $z=-2,53$, $p\leq 0,001$; evitación, $z=-2,48$; $p\leq 0,05$; hiperactivación, $z=-2,1$; $p\leq 0,05$). Por otro lado, tanto en la escala de depresión, como en autoestima, inadaptación y la subescala de cogniciones postraumáticas sobre sí mismas del PTCL, las puntuaciones fueron menores en el grupo experimental, sin llegar en ningún caso a alcanzar la significación estadística.

Desde este punto de vista clínico, se puede afirmar que existieron mejoras importantes en el diagnóstico postraumático, ya que al inicio del tratamiento un 33% de las participantes presentaban sintomatología postraumática suficiente para constituir lo que Hickling y Blanchard (1992) denominaron Subsíndrome de Estrés Postraumático (SEPT) (i.e. cumplir el criterio diagnóstico TEPT del DSM-IV para reexperimentación, y uno de los otros dos, evitación o incremento de activación, pero no ambos). En la evaluación postratamiento ninguna participante mostraba SEPT. De hecho, el 100% de la muestra no presentaba en el postratamiento sintomatología postraumática que constituyera un cuadro patológico. La media de la gravedad total de los síntomas postraumáticos en el postratamiento es de 9,30 ($DT=8,42$). Sin embargo, el número de síntomas no es superior a 5 en ninguna de las participantes.

En cuanto a la depresión la reducción también fue clínicamente significativa. En el pretratamiento el 83,3% presentaba depresión, distribuyéndose entre los niveles de leve, moderada y grave. En el momento del postratamiento ese porcentaje se había reducido al 36,4%, dividiéndose entre los niveles leve y moderado.

Para cuantificar el impacto clínico de la intervención se determinó el tamaño del efecto para cada variable dependiente (véase Tabla 2), categorizándolos en función de los valores propuestos por Faul y Erdlefer (1992) (i.e. pequeño $<0,5$; mediano $>0,5$ y $<0,8$; y grande $>0,8$). Se encontraron tamaños del efecto *grandes* para todas las medidas que habían resultado estadísticamente significativas (subescala de evitación, depresión, y escala global de inadaptación). Para las medidas de la subescala de hiperactivación, autoestima y subescala de cogniciones postraumáticas acerca de sí mismas, el tamaño del efecto resultó *medio*.

Seguimientos

En líneas generales, tal y como puede observarse en la Tabla 2, las mejoras obtenidas en el postratamiento se mantienen en los seguimientos, sin que lleguen en ningún caso a alcanzarse los niveles pretratamiento. Así, en sintomatología postraumática, y en concreto, en la subescala de evitación se consigue una disminución respecto al pretratamiento estadísticamente significativa en todos los momentos de medida ($z=-2,83$, $z=-2,69$, $z=-2,58$ para 1, 3 y 6 meses respectivamente, todas ellas $p\leq 0,01$). También se vieron reducidos los síntomas de reexperimentación, que alcanzan la significación estadística en el seguimiento al mes ($z=-2,44$; $p\leq 0,05$), y los de hiperactivación, para los que se producen reducciones significativas en los dos primeros seguimientos ($z=-1,97$ y $z=-1,96$, ambos, $p\leq 0,05$).

En cuanto a las mejoras obtenidas en los síntomas depresivos, la marcada reducción obtenida en el postratamiento se confirma en el seguimiento a los 6 meses ($z=-2,34$, $p\leq 0,05$). No obstante, en los seguimientos al mes y a los 3 meses se produce un repunte que hace que la diferencia no alcance la significación estadística, aunque se mantiene una reducción importante respecto al pretratamiento, continuando e incrementándose esta tendencia en el seguimiento a los seis meses.

Con relación al nivel de autoestima, se produce una mejora en la media obtenida por las pacientes pese a que ésta no resulta en ningún momento estadísticamente significativa. En cualquier caso, el nivel alcanzado es bueno teniendo en cuenta que se suele aceptar una puntuación de 29 como punto de corte entre una baja y una media autoestima (Echeburúa y Corral, 1998).

Resulta muy importante señalar la significación que se alcanza en las conductas de inadaptación a la vida cotidiana de las víctimas, y que en algunos casos mejora en el seguimiento con respecto al postratamiento. En el caso de la escala global las mejoras obtenidas respecto al pretratamiento alcanzan la significación en todos los momentos de medida ($z=-2,38$, $z=-2,37$ para seguimientos 1 y 3 respectivamente, ambas $p=0,05$, y $z=-2,58$, para seguimiento de 6 meses, $p\leq 0,01$). En el caso de la adaptación a las relaciones de pareja, aunque se produce mejoría, ésta sólo alcanza la significación estadística en la evaluación efectuada a los seis meses de seguimiento ($z=-2,14$, $p\leq 0,05$).

Finalmente, respecto a la presencia de cogniciones postraumáticas, si bien los resultados apuntan a una mejoría en las tres áreas (sí mismas, el mundo y síntomas de culpa), sólo resultaron significativos los cambios en el seguimiento en la primera de estas áreas ($z=-1,99$, $z=-1,96$, para 1 y 3 meses respectivamente, todas ellas $p\leq 0,05$; y $z=-2,94$ para 6 meses, con $p\leq 0,01$) y en la escala global en el seguimiento a seis meses ($z=-2,94$; $p\leq 0,01$).

En cuanto a la significación clínica de los cambios en la sintomatología postraumática, se observa un ligero repunte en los seguimientos, con un 8,3% de los participantes con sintomatología constituyente de un SEPT. Sin embargo, la presencia de sintomatología se reduce como máximo a 4 síntomas. En los seguimientos el porcentaje de mejoría en sintomatología depresiva disminuye en cierta medida puesto que un 8,3% presenta depresión grave. Dado el tamaño reducido de la muestra, es posible señalar que este porcentaje, al igual que el repunte que se

obtiene en la evaluación de la sintomatología postraumática, corresponde a una de las víctimas que se encontraba en una situación judicial compleja en el momento en el que se llevaron a cabo los seguimientos. Por otro lado, cabe destacar que se produjeron importantes mejoras obtenidas en depresión en el último seguimiento en el que un 58,3% de las pacientes tratadas mostraban ausencia de depresión.

Finalmente, el tamaño del efecto fue *grande* en todos los seguimientos para la subescala de evitación y para la escala global de inadaptación. Del mismo modo, la subescala de reexperimentación en el seguimiento de 1 mes, la subescala de relación de pareja en el seguimiento de 1 y 6 meses, y la subescala de hiperactivación y depresión en el seguimiento a los 6 meses, revelaron también un tamaño del efecto *grande*. Se obtuvieron tamaños del efecto *medianos* en la subescala de hiperactivación y en depresión en el seguimiento de 1 mes; en la subescala de reexperimentación, en el seguimiento de 3 y 6 meses, y en la subescala de cogniciones postraumáticas acerca de sí mismas y en la escala global del PTCI en el seguimiento a los 6 meses.

Discusión

El objetivo de este estudio consistía en evaluar la eficacia de un programa de tratamiento psicológico breve en formato grupal para mujeres víctimas de maltrato doméstico. El trabajo resulta novedoso ya que constituye el primer intento de tratamiento para mujeres maltratadas no circunscrito a aquellas que cumplen criterios para un determinado diagnóstico clínico (TEPT y depresión, habitualmente). El tratamiento de este tipo de mujeres puede resultar adecuado, ya que aun no cumpliendo criterios diagnósticos, suelen presentar una importante sintomatología que interfiere en su funcionamiento y que suele acompañarse de un grave deterioro en la adaptación al entorno. De hecho, las participantes en este estudio mostraban una importante sintomatología depresiva y postraumática, así como problemas de adaptación. Sin embargo no parecen tan evidentes los signos de una baja autoestima como se ha señalado en investigaciones previas.

Desde un punto de vista metodológico, cabe destacar que el presente trabajo aporta la comparación con un grupo control. Aunque la utilización de grupos de control en este tipo de población presenta evidentes problemas éticos, por razones ajenas a la investigación no se pudo tratar inmediatamente a una parte de las mujeres de la muestra, por lo que se decidió posponer su tratamiento e incorporarlas al estudio como grupo control en lista de espera. Sin embargo, con posterioridad, y por diversos motivos, estas mujeres no pudieron incorporarse al programa de tratamiento, por lo que constituyen un grupo de control independiente.

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que las mujeres del grupo de control no mejoran entre las dos evaluaciones, lo que indica que la sintomatología no desaparece por el mero paso del tiempo. En el grupo de tratamiento se produjo, en cambio, una mejoría en todos los síntomas en el postratamiento, siendo significativas las reducciones en evitación, depresión, e inadaptación general, así como en las cogniciones postraumáticas sobre sí mismas. En la comparación de la segunda evaluación del grupo control y la evaluación post del grupo experimental de trata-

miento, se encontraron diferencias significativas en todos los síntomas postraumáticos, los cuales fueron menores en el grupo de tratamiento, lo cual resulta especialmente destacable dado que las diferencias iniciales en cuando a circunstancias vitales e historia de maltrato parecían poner a estas mujeres en peor situación, ya que en el grupo control aparecía un porcentaje significativamente mayor de mujeres que habían abandonado el hogar (80 vs. 25%).

Los datos acerca de la significación clínica de los cambios en síntomas postraumáticos y depresivos, también confirman la eficacia del tratamiento para estas variables. Así, del 33% de mujeres que presentaban sintomatología postraumática suficiente para constituir un subsíndrome de estrés postraumático en el pretratamiento, se pasa a un 0% en el postratamiento, y del 83,3% que presentaba depresión (distribuyéndose entre los niveles de leve, moderada y grave) se pasa a un 36,4%, (todas ellas entre los niveles leve y moderado).

Las mejorías obtenidas en el postratamiento no sólo se mantienen, sino que incluso se incrementan en los seguimientos, lo que apunta a una consolidación de las mismas y a una progresiva mejoría de la salud emocional de las víctimas. De hecho, algunos cambios resultan estadísticamente significativos sólo en los seguimientos y no en la evaluación postratamiento, lo que hace pensar en un posible efecto del aprendizaje. Tal es el caso de los pensamientos postraumáticos, y de los niveles de adaptación en la relación de pareja, variables en las que los cambios significativos se obtienen en el seguimiento a los 6 meses.

No obstante la evolución a lo largo de los seguimientos no resulta lineal, sino que en algunas variables (p. ej., depresión) se producen avances y retrocesos, los cuales podrían relacionarse con las situaciones a las que han de enfrentarse las mujeres. Concretamente, un 30% de las mujeres del grupo experimental dejaron de convivir con sus parejas durante el tratamiento y otras (50%), iniciaron trámites judiciales, los cuales se prolongaron durante los periodos de seguimiento. Esta situación, que se puede considerar ventajosa puesto que trata de poner fin a los malos tratos, es también una posible fuente de estrés que hace que las mejoras no sean tan rápidas, y puede haber tenido una gran repercusión en los resultados, sobre todo teniendo en cuenta el pequeño tamaño de la muestra. Echeburúa (2002) plantea que las mujeres que se ven envueltas en litigios tardan más tiempo en mejorar de sus síntomas puesto que la situación judicial tiende a mantenerlos, si bien a largo plazo estas mujeres tendrían un mayor grado de adaptación a la vida cotidiana, algo que parece reflejarse en este estudio ya que los resultados en el seguimiento a los 6 meses son mejores en todas y cada una de las variables que en el efectuado a los 3 meses.

Cabe reseñar la falta de cambios significativos en los niveles de autoestima de las participantes. Aunque se produce una mejoría, esta no llega a alcanzar la significación estadística, lo que podría explicarse por los buenos niveles de las participantes en esta variable en la evaluación pretratamiento. La media alcanzada en la evaluación pretratamiento es alta teniendo en cuenta el punto de corte que proponen Echeburúa y Corral (1998) e, incluso, los niveles alcanzados en el postratamiento en estudios similares (Kubany *et al.*, 2003; Labrador y Rincón, 2003), son inferiores al valor inicial del que partía esta muestra.

En general, los cambios obtenidos en este trabajo no resultan tan marcados como los alcanzados en trabajos previos (p. ej., Kubany *et al.*, 2003; Labrador y Rincón, 2003), algo esperable si se tiene en cuenta que el nivel de patología de las mujeres al iniciar la intervención era más leve que el que presentaban las participantes en esos estudios. Se produce así un «efecto techo» que hace que sea más difícil la consecución de reducciones significativas en la sintomatología. Aún así, las mejoras obtenidas que son, en muchos casos, estadísticamente significativas, confirman la necesidad e idoneidad de la intervención en víctimas de maltrato que no presentan un cuadro psicopatológico concreto, pero sí, evidentes síntomas de malestar emocional.

Finalmente, cabe señalar que la intervención terapéutica ha resultado en su conjunto, satisfactoria. La posibilidad de llevarlo a cabo en grupo supone dos importantes ventajas: a) la economía de tiempo y esfuerzo por parte de los terapeutas y el b) efecto beneficioso para las víctimas que favorece el apoyo mutuo y el intercambio de experiencias y relaciones. La satisfacción de las participantes en el programa ha sido, a su vez, muy alta, puesto que se obtuvo una media de 28,38 (DT=2,46) sobre 32 en la Escala de Satisfacción con el Tratamiento de Larsen, Attkinson, Hargreaves y Nguyen (1979).

No obstante, es preciso hacer mención a ciertas limitaciones del estudio. En primer lugar, el tamaño muestral es pequeño, lo que se debe a las dificultades para acceder a este tipo de población. Por otro lado, la generalización de los resultados se ve potencialmente limitada por el hecho de que todos los tratamientos fueron aplicados por una misma terapeuta, la primera firmante de este estudio. No obstante, en la aplicación del tratamiento se ha seguido un protocolo manualizado, lo que facilitaría la aplicación futura del mismo tratamiento por parte de otros terapeutas e incluso de otros grupos de investigación independiente, como recomienda la APA en sus criterios para la determinación de los tratamientos eficaces (Chambless y Hollon, 1998).

Por lo que respecta a la adherencia al tratamiento y el cumplimiento de tareas, el 74% de las mujeres contactadas inicialmente participaron en el estudio, si bien hay que reseñar que 5 (un 22% de la muestra inicial) formaron parte del grupo control y por consiguiente no fueron tratadas. No obstante, entre las que siguieron el tratamiento los porcentajes de asistencia resultaron satisfactorios (un 91,6% de las mujeres acudieron a 7 u 8 sesiones).

Con vistas a futuras investigaciones, y teniendo en cuenta los resultados de este estudio, en las que se observa una fluctuación en la sintomatología en los seguimientos, probablemente relacionada con la ruptura de la convivencia y todos los trámites que ello conlleva, cabe plantearse la conveniencia de tratar conjuntamente a mujeres que conviven con el maltratador y que por consiguiente continúan expuestas a la situación de maltrato, y a aquellas otras que lo han abandonado o que se encuentran en trámites de hacerlo. De hecho, estos grupos de mujeres podrían estar enfrentándose a situaciones diferentes, que podrían aconsejar, como señalan Kubany *et al.* (2003) intervenciones más ajustadas a las necesidades de cada una de ellas. Estos autores indican que en el caso de las mujeres que aún conviven con el maltratador, sería interesante que el tratamiento incluyera información sobre

medidas de seguridad, haciendo especial énfasis en los módulos de toma de decisiones. Igualmente, cuando las mujeres están haciendo frente a los trámites y posibles litigios que conlleva la ruptura, podría ser interesante dar una mayor importancia al entrenamiento en solución de problemas. Se trataría, en definitiva, de proporcionar a las participantes el tratamiento más adecuado para el momento en el que se encuentran, así como de establecer el momento de intervención óptimo para maximizar los resultados.

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª edición, texto revisado). Washington, DC: APA.
- Beck, A. T., Rush, B. F., Shaw, B. F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brower (original, 1979).
- Berns, S. B., Jacobson, N. S. y Gottman, J. M. (1999). Demand-withdraw interaction in couples with a violent husband. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 666-674.
- Campbell, J., Kub, J. E. y Rose, L. (1996). Depression in battered women. *Journal of the American Medical Women's Association, 51*, 106-110.
- Chambless, D. L. y Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 7-18.
- Cox, J. W. y Stoltenberg, C. (1991). Evaluation of a treatment program for battered wives. *Journal of Family Violence, 6*, 395-413.
- Dutton-Douglas, M. (1992). Treating battered women in the aftermath stage. *Psychotherapy in Independent Practice, 10*, 93-98.
- Echeburúa, E. (2002, mayo). Nuevas perspectivas en el tratamiento del estrés postraumático. *Curso Internacional de Trastorno de Estrés Postraumático*. Madrid.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación de Conducta, 24*, 527-555.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1997a). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 2*, 7-19.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997b). Escala de gravedad de síntomas de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta, 23*, 503-526.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación (EI): propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta, 26*, 325-340.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1996). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta, 22*, 627-654.
- Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *JAMA, 252*, 1905-1907.
- Faul, F. y Erdfelder, E. (1992). GPOWER: a priori, post-hoc and compromise power for MS-DOS (programa informático). Bonn: Bonn University, Dpto. de Psicología.
- Foa, E. B., Tolin, D. F., Ehlers, A., Clark, D. M. y Orsillo, S. M. (1999). The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): development and validation. *Psychological Assessment, 11*, 303-314.
- Fonseca, F. J., Pérula, L. A. y Martínez, J. (1993). Detección del alcoholismo en población general a través de la aplicación del test CAGE. *Atención Primaria, 11*, 393-399.

- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *Journal of Family Violence, 14*, 99-132.
- Hughes, M. J. y Jones, L. (2000). Women, domestic violence and posttraumatic stress disorder (PTSD). *Family Therapy, 27*, 125-139.
- Hickling, E. J. y Blanchard, E. B. (1992). Post-traumatic stress disorder and motor vehicle accidents. *Journal of Anxiety Disorders, 6*, 283-304.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*, 377-391.
- Instituto de la Mujer (2001). *Women in Figures*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Kubany, E.S., Hill, E.E. y Owens, J.A. (2003). Cognitive Trauma Therapy for Battered Women With PTSD: Preliminary Findings. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 81-91.
- Larsen, D., Attkinson, C., Hargreaves, W. y Nguyen, T. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and Program Planning, 2*, 197-207.
- Labrador, F. J. y Rincón, P. P. (2003). Trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: evaluación de un programa de intervención. *Análisis y Modificación de Conducta, 28*, 905-932.
- Levendosky, A. A. y Graham-Bermann, S. A. (2001). Parenting in battered women: the effects of domestic violence on women and their children. *Journal of Family Violence, 16*, 171-192.
- Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Ares y Mares.
- Lynch, S. M. (2000). Woman abuse and self-affirmation: influences on women's self-esteem. *Violence against Women, 6*, 178-197.
- Lundy, M. y Grossman, S. (2001). Clinical research and practice with battered women: what we know, what need to know. *Trauma, Violence and Abuse, 2*, 120-141.
- Mancoske, R. J., Standifer, D. y Cauley, C. (1994). The effectiveness of brief counseling services for battered women. *Research on Social Work Practice, 4*, 53-63.
- Monnier, J., Briggs, E. C., Davis, J. L. y Ezzell, C. E. (2001). Group treatment for domestic violence victims with posttraumatic stress disorder and depression. En L. VandeCreek y T. L. Jackson (dirs.), *Innovations in clinical practice: a source book* (Vol. 19, pp. 113-128). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Pastor, A., Navarro, E., Tomás, J. M. y Oliver, A. (1997). Efecto de método en escalas de personalidad: la escala de autoestima de Rosenberg. *Psicológica, 18*, 269-283.
- Rincón, P. P. (2001). *Trastorno de Estrés Postraumático en Víctimas de Maltrato Doméstico: Evaluación de un Programa de Intervención*. Proyecto D.E.A. Universidad Complutense de Madrid.
- Rosenberg, A. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton.
- Salber, P. R. y Taliaferro, E. (2000). *Reconocimiento y prevención de la violencia doméstica en el ámbito sanitario*. Barcelona: CEDECS.
- Taylor, W., Magnussen, L. y Amundson, M. J. (2001). The lived experience of battered women. *Violence Against Women, 7*, 563-585.
- Tjaden, W. J. y Thoennes, N. (1998). *Prevalence, Incidence and Consequences of Violence Against Women: Findings from the National Violence Against Women Survey*. National Institute of Justice Centers for Disease Control and Prevention: Research in Brief.
- Tutty, L. M., Bidgood, B. A. y Rothery, M. A. (1993). Support groups for battered women: research on their efficacy. *Journal of Family Violence, 8*, 325-343.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y validez de la versión española del inventario para la depresión de Beck de 1978. *Clinica y Salud, 8*, 403-422.
- 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*, 59-82.

- Walker, L. E. (1984). *The battered woman syndrome*. Nueva York: Springer.
- Walker, L. E. (1999). Terapia para sobrevivientes con mujeres golpeadas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 8, 201-210.
- Zubizarreta, I., Sarasua, B., Echeburúa, E., Corral, P., Saucá, D. y Emparanza, I. (1996). Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico. En E. Echeburúa (dir.), *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide.

