

**TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN MUJERES VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA DE GÉNERO (II)**

**ANA BELÉN GONZÁLEZ REY
UNIVERSIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA**

6. OBJETO DE ESTUDIO E HIPÓTESIS DE TRABAJO

6.1. OBJETIVOS

6.2. HIPÓTESIS

6.3. EVALUACIÓN

7. TERAPIAS UTILIZADAS EN TRATAMIENTOS CON MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA MACHISTA

7.1. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

7.2. PSICOLOGÍA POSITIVA

7.3. PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA FOCAL Y BREVE

7.4. TERAPIA CONSTRUCTIVISTA-SISTÉMICA

7.5. TERAPIA INTEGRADORA HUMANISTA

8. ANÁLISIS DE LOS ESTUDIOS ENCONTRADOS

8.1. ESTUDIOS QUE UTILIZAN TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

8.2. ESTUDIOS CON PROGRAMAS DE PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA FOCAL Y BREVE

8.3. ESTUDIOS QUE UTILIZAN UN PROGRAMA CONSTRUCTIVO-SISTÉMICO

8.4. ESTUDIOS QUE UTILIZAN UN PROGRAMA DE PSICOTERAPIA INTEGRADORA HUMANISTA

8.5. ESTUDIOS QUE UTILIZAN UN PROGRAMA MULTICOMPONENTE

9. COMPARATIVA DE LOS DIFERENTES TIPOS DE TERAPIAS

10. CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

6. OBJETO DE ESTUDIO E HIPÓTESIS DEL TRABAJO



6.1. OBJETIVOS

Una vez llegados a este punto, ya se conocen muchos de los aspectos fundamentales relacionados con la violencia de género. Se han tratado los conceptos básicos para entender el problema, la situación actual y cómo hemos llegado a ella, las consecuencias que se derivan de él, etc. Pero el tema que aquí se pretende tratar en profundidad, es la intervención psicológica de las mujeres que lo sufren.

Para ello, en primer lugar se estudiarán los distintos tipos de terapia que se usan con la finalidad de conocer sus técnicas, y las bases que los fundamentan. De esta forma, una vez se comprendan los principios en que se sustentan, será necesario averiguar como han sido llevados a la práctica. Por lo tanto, se hará una descripción de los principales estudios encontrados, que basándose en las terapias descritas anteriormente, han sido utilizadas para comprobar su eficacia en la recuperación de las víctimas.

Una vez analizados los estudios, a través del procedimiento que han llevado a cabo, las técnicas utilizadas, y especialmente los resultados, se podrá percibir con mayor claridad la efectividad de cada uno.

Así, el objetivo último y principal de este trabajo, es investigar y descubrir la intervención psicológica más eficaz que puede llevarse a cabo para la recuperación de las mujeres víctimas de violencia de género.

6.2. HIPÓTESIS



Siendo el principal objetivo de este trabajo, el de averiguar el tipo de terapia que mejor se adapta en la intervención con mujeres víctimas de violencia de género, la hipótesis de trabajo de la que se parte es, que la eficacia de una terapia enfocada a mujeres que han sufrido maltrato, se encuentra en relación con la variedad de problemas y situaciones que con ella se puedan abordar, su duración, y la modalidad en que se pueda aplicar, ya sea grupal o individual. De acuerdo con la hipótesis, señalamos que la Terapia Cognitivo Conductual es la intervención más eficaz para el tratamiento de mujeres maltratadas.

Este planteamiento, surge de la mayor eficacia y efectividad que se ha demostrado en este tipo de terapias en las últimas décadas. No solo en un tipo específico de trastornos, sino en una gran variedad de problemas psicológicos. Además, la posibilidad de adaptarla a diversas situaciones, en diferentes modalidades, grupales o individuales, en un tiempo limitado y relativamente breve, hacen de ella una terapia muy rentable en cuanto a coste-beneficio (Ruiz, Diaz, y Villalobos, 2012).

6.3. EVALUACIÓN



Para poder llevar a cabo la comparación de los diferentes estudios, y así desvelar unas conclusiones acertadas, se deben definir los parámetros a los que se prestará mayor atención de cara a analizar la eficacia de cada tratamiento utilizado.

Tipo de terapia y técnicas utilizadas

La primera clasificación que se hará será en función del tipo de terapia utilizado, pues este es el dato principal en el que fijarse para conseguir el objetivo fijado.

Los medios y técnicas utilizadas también son de interés, la facilidad o complejidad de aplicar el tratamiento, o la proporcionalidad coste/beneficios pueden hacer que nos decantemos por un tratamiento en lugar de otro.

Otro aspecto a tener en cuenta es la elección del planteamiento de la terapia de modo grupal, o individual. De ambos tipos se han señalado algunas ventajas. Como señala Echeburúa (2004), la terapia grupal presenta beneficios, como la posibilidad de desahogo con víctimas que han pasado por la misma situación, además de comprender que no es la única persona con esos sentimientos y reacciones. Facilita, a partir de la experiencia de otras mujeres que pasan por lo mismo, y la visualización de la superación en estas, el aprendizaje de estrategias de afrontamiento y el aumento de la confianza en los recursos de una misma. Además, ayuda a la posibilidad de crear una red de apoyo social, y a no estar únicamente pendientes de las propias limitaciones.

Por otra parte, la aplicación del tratamiento de forma individual permite ajustar el tratamiento a las necesidades específicas que demande cada mujer, pues como ya se ha visto, las consecuencias pueden ser múltiples, y no todas las víctimas están afectadas del mismo modo. Además, existen determinadas técnicas, que resulta más adecuado llevarlas a cabo de forma individual, como por ejemplo la exposición a un recuerdo traumático. (Arinero, 2006)

No obstante, ambos tipos de terapia, grupal e individual, no son excluyentes. Cabría la posibilidad de alternar ambos tipos de sesiones para así beneficiarse de las ventajas de cada una de ellas.

Foco de intervención

Los programas de intervención deben estar dirigidos y adaptados a tratar la sintomatología de las mujeres. Aunque esta puede ser variable de mujer a mujer, la mayoría de los estudios se centran en tratar los trastornos y síntomas que con mayor frecuencia se dan, como el TEPT, la depresión, ansiedad, etc. ya que esta es la mejor forma de poder generalizar el tratamiento al resto de la población. La mejoría en los síntomas evidenciará en parte la eficacia del tratamiento.

La Muestra

La muestra es un factor a tener en cuenta a la hora de analizar un estudio, ya que a partir de esta se deducen características del resto de la población. Es por ello que debe ser una muestra representativa, de forma que los resultados puedan extrapolarse al resto de la población.

Además, la división de la muestra entre grupo control y experimental resulta adecuado para considerar la eficacia del tratamiento. De esta forma, se pueden considerar las diferencias en la sintomatología que existen entre un grupo y otro al finalizar el tratamiento. Pero no todos los estudios cuentan con dicha división. En muchas ocasiones la ausencia del grupo control se presenta por motivos éticos, ya que si se incluyese se estaría privando a estas mujeres de un tratamiento que necesitan. Las investigaciones que sí lo incluyen suelen estar formadas por mujeres en lista de espera.

Del mismo modo, una muestra adecuada debe ser asignada de forma aleatoria tanto al grupo experimental como al grupo control.

Número de sesiones

Dado el grave malestar que presentan las víctimas cuando inician el tratamiento, lo idóneo, es conseguir con este una rápida recuperación. Además, la necesidad que existe de readaptación a la vida cotidiana con la nueva realidad que se presenta, hace que uno de los objetivos que deben plantearse de cara a la intervención es encontrar mejorías en un periodo breve de tiempo (Alonso, 2007).

Resultados

Evidentemente, los resultados que muestran la existencia o ausencia de mejoras en los síntomas y en que proporción lo hacen, son el principal parámetro en el que se basan los estudios para comprobar su eficacia.

Además, de una comparación con el grupo control, como ya hemos dicho antes, también resulta apropiado, realizar un seguimiento, y verificar que el tratamiento y los resultados se mantienen a largo plazo y no solo obtener resultados en el postratamiento.

Adherencia al tratamiento

El nivel de participación de las víctimas en un programa, puede conocerse en base al abandono del tratamiento, al número de sesiones a las que asisten o se ausentan, y al cumplimiento de las tareas que se pide que realicen. Conocer estos casos, y los motivos que llevan a la pasividad, la ausencia o el abandono, ayudarán a establecer la aceptación que tiene el tratamiento por parte de las mujeres y a considerar la modificación de algunos aspectos en caso de que las causas puedan derivarse de este.

Limitaciones

Por último, es necesario conocer los obstáculos o limitaciones que presentan los estudios. Una muestra reducida, ausencia del grupo control, o falta de seguimiento son las principales que se darán en los estudios que se describirán más adelante.

7. TERAPIAS UTILIZADAS EN TRATAMIENTOS CON MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA MACHISTA



7.1. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

La terapia Cognitivo-Conductual (TCC), es un tipo de intervención psicológica que trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, que han sido adquiridas a través de la experiencia. Dicho en otras palabras, relaciona entre sí los pensamientos, las acciones y los sentimientos (Rosselló y Bernal, 2007).

El modo en que una persona estructura su mundo, se verá reflejado en su modo de actuar. De esta forma, una persona que elabore pensamientos distorsionados, provocará emociones, y comportamientos que lo desequilibrarán, presentando así diferentes tipos de trastornos (Beck, 1983)

Por todo eso, que su principal objetivo es la resolución de los problemas actuales, y para ello, trabaja atenuando los síntomas mediante la intervención de cogniciones para así poder modificar el comportamiento (Yapko, 2006).

Existe un amplio abanico de técnicas y procedimientos, para realizar intervenciones desde esta perspectiva, de la misma forma que permite tratar diversos tipos de problemas y trastornos psicológicos. Es por ello, que en las últimas décadas, debido a la mayor evidencia empírica y experimental que ha recibido sobre su eficacia y efectividad, ha experimentado un crecimiento en sus ámbitos de aplicación. Además, muestra también beneficios por su rentabilidad en cuanto a costes-beneficios, ya que se trata de intervenciones limitadas en el tiempo, con posibilidad de realizarlas en grupo o individualmente y capaz de integrarse en distintos ámbitos de tratamiento interdisciplinar (Ruiz, Diaz, y Villalobos, 2012).

La intervención se estructura en tres pasos: evaluación, tratamiento y seguimiento. La evaluación consiste en recabar y abordar todo lo que concierne el paciente, para de esta forma llegar al problema que debe tratarse y crear un diagnóstico adecuado. El tratamiento es la parte de la intervención más activa. Existen diversas técnicas a utilizar dependiendo de la problemática que se nos presente.

Como ya se ha dicho, la variedad de técnicas a utilizar en la TCC es muy amplia. Algunas de las que más se verán en los estudios que se repasarán más adelante, al trabajar con mujeres maltratadas, debido a los objetivos y al tipo de problemas o trastornos que se plantean, son la reestructuración cognitiva, para trabajar la autoestima, culpabilidad, indefensión, etc. Técnicas de relajación, una de las más utilizadas, ya que múltiples trastornos o problemas pueden beneficiarse de ella. Técnicas de exposición, consideradas como esenciales sobretodo en tratamientos de la ansiedad debido a su gran eficacia (Ruiz,

Díaz, y Villalobos, 2012), su objetivo es extinguir emociones como el miedo, que surgen de los momentos violentos vividos (Alonso, 2007).

Otros tipos de intervenciones también muy utilizadas son las técnicas operantes, procedimiento más utilizado para incrementar y mantener conductas. La desensibilización sistemática, que es una de las técnicas con más tradición dentro de este tipo de terapias. La terapia Racional Emotiva Conductual, entrenamiento en habilidades sociales, solución de problemas, etc. (Ruiz, Díaz, y Villalobos, 2012).

7.2. PSICOLOGÍA POSITIVA



En palabras de Seligman (2005), la psicología positiva se define como "el estudio científico de las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos, las instituciones que facilitan su desarrollo y los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos, mientras previene o reduce la incidencia de la psicopatología".

De esta definición se desprenden los tres pilares de la psicología positiva. En primer lugar la emoción positiva. En segundo lugar, el estudio de los rasgos positivos, principalmente las fortalezas y virtudes, pero sin olvidar otras capacidades como la inteligencia y la capacidad atlética. Y por último, el estudio de las instituciones positivas, que además de sustentar las virtudes, sostienen las emociones positivas, que serían la democracia, las familias unidas y la libertad de información (Seligman, 2003).

El objetivo que se busca con este tipo de terapia, no es decirle al paciente cómo debe ser o comportarse, más bien, ofrecerle información sobre estos estados, explicar las consecuencias o beneficios que tienen cada uno de ellos, el optimismo, el ser amable, el estar de buen humor, etc, y que cada persona tome la decisión de que hacer con esos datos. (Seligman, 2003)

Los principales campos de aplicación de la psicología positiva han sido las áreas clínica, donde se pretende favorecer la experiencia emocional positiva orientándolo hacia el tratamiento de depresiones, agresiones, estrés o ansiedad. El área de la salud, haciendo hincapié en los efectos que tienen ciertas emociones negativas sobre esta. Y especialmente en el área educativa, enfatizando las experiencias positivas sobre el desarrollo de habilidades en los niños. (Contreras y Esguerra, 2006)

Seligman (2003), en su libro "la auténtica felicidad", señala que este enfoque dirigido a las emociones positivas, es precisamente el que diferencia estas intervenciones de las realizadas en la psicología convencional, centradas en la reparación de daños, y en lograr reducir los trastornos personales a base de ser opresivas.

7.3. PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA FOCAL Y BREVE



Este tipo de terapia está basada en la teoría psicoanalítica, adoptando ciertos componentes de la práctica de esta. Los objetivos que plantea se encuentran limitados, o focalizados, como su propio nombre indica, al problema concreto. La duración de la intervención es por

un tiempo determinado, que suele concretarse al inicio del tratamiento (Perez-Sánchez, 1996).

En cuanto a la función del terapeuta y el desarrollo de la intervención, como señala Perez-Sánchez: "El terapeuta adopta una actitud más activa sin ser directiva; la interpretación estará dirigida a los conflictos internos, a las relaciones actuales, y a la conexión entre ambos. Existe un intento de comprensión de la transferencia, que también es interpretada, en aquellas situaciones en las que sea la única manera de conseguir un auténtico insight, o para desbloquear el curso del tratamiento; la interpretación transferencial es muy útil en la fase final del tratamiento para elaborar la separación".

El terapeuta, debe concentrarse en el área problemática del paciente, debido a la urgencia que esta supone, dirigiendo hacia ella los objetivos que se marquen en la intervención, dejando en un segundo plano otras menos importantes. (Belaunde, s.f.)

La intervención de este tipo de terapia en víctimas de violencia de género, pretende ayudar a la mujer a comprender y reconocer sus propios sentimientos, que ella misma analice la situación que está viviendo, y sea capaz de tomar sus propias decisiones. No se trata de producir grandes cambios en la estructura de la personalidad, si no más bien, en áreas específicas de esta, proponiendo objetivos muy focalizados. En definitiva, se pretende que ella misma, descubra el desajuste producido en su funcionamiento mental y comportamental a raíz de la situación vivida y de esta forma poder recuperarse y volver a ser la que era. (Davins, Pérez-Testor, Aramburu, Aznar, 2012).

7.4. TERAPIA CONSTRUCTIVISTA-SISTÉMICA



El constructivismo recibe este nombre por la importancia que se le da a la construcción. Según esta teoría, creamos significados y organizamos nuestro propio mundo a través de nuestra percepción, experiencias y emociones. En esta construcción también nos influyen las relaciones sociales (Mahoney, 2005).

La terapia sistémica, parte de la base de que la persona forma parte de un sistema, y todos los individuos que forman parte de ese mismo sistema son interdependientes entre sí. Con lo cual, un cambio en uno de los miembros, provocará cambios en el resto. La intervención desde esta perspectiva actúa sobre todo el sistema, no sobre un solo individuo, por ello la patología no se considera como un conflicto del individuo, sino como patología de la relación (Cibanal, 2006).

Ambos enfoques, constructivista y sistémico, son combinables entre sí. Comparten principios epistémicos y técnicos, que pretenden que las personas puedan utilizar sus propias experiencias haciéndolas accesibles a partir de darles un sentido alternativo (Guerrero y García, 2008).

Guerrero y García (2008), defienden el uso de esta terapia en el área de la violencia de género por tres motivos. El primero de ellos es que esta perspectiva permite tratar la relación entre violencia y su funcionamiento dentro del ámbito familiar, incluso sin estar presente la pareja, pero teniendo presente que la violencia se construye como una

estrategia relacional. El segundo motivo tiene que ver con la reconstrucción de la mujer de su identidad y del sentido que le da al mundo que la rodea. Y el último, estos autores citan a García-Martínez (2004) y Keskinen (2004), señalando que, "los enfoques constructivistas-sistémicos permiten reconstruir el sentido del abuso en los propios términos de la mujer maltratada y buscan activamente elementos y episodios resolutivos y de autocrecimiento en su propia experiencia vital".

7.5. TERAPIA INTEGRADORA HUMANISTA



La escuela humanista tiene como punto de interés al ser humano. En palabras de Carpintero, Mayor y Zalbidea, (1990) "la psicología humanista representa un compromiso para llegar a ser humanos, un acentuar la totalidad y unicidad del individuo, una preocupación por mejorar la condición humana, así como por entender al individuo".

Esta línea de pensamiento, se caracteriza por la integración de diferentes teorías, compatibles en parte entre sí. Como indica Rosal (2000), esta integración implica a más de 20 modelos psicoterapéuticos, pues se considera que no hay un solo modelo válido para todas las personas, problemas y trastornos. Entre ellos, encontramos por ejemplo, influencias constructivistas, ya que la concepción de la realidad se realiza a través de procesos subjetivos. Enfoques humanistas-experiencial y terapia sistémica también forma parte de esta corriente, entendiendo al individuo como un sistema, donde si se modifica alguno de sus elementos, los cambios repercutirán en todos sus integrantes. Coincide, a la misma vez, con el enfoque existencial, dando gran importancia a la búsqueda de sentido vital de la persona. Se acerca a los supuestos del Análisis Transaccional, la Psicología de los Constructos Personales y la Psicoterapia de la Gestalt al considerar las motivaciones como un modo de conseguir las metas que uno se propone.

Las intervenciones desde el modelo humanista no pretende cambiar algo en la persona, más bien, la intención es que se deshaga de los elementos que le frenen y le impidan avanzar, como una forma de liberarse (Cibanal, 2006).

8. ANÁLISIS DE LOS ESTUDIOS ENCONTRADOS

8.1. ESTUDIOS QUE UTILIZAN TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL



Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta (1996), realizaron el trabajo "tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto", pioneros en el abordaje de este trastorno con este tipo de víctimas (Alonso, 2007).

El principal objetivo de esta investigación es colaborar en la búsqueda de una terapia adecuada para este tipo de trastorno en estas circunstancias, poniendo a prueba un tratamiento de estas características.

Los criterios de inclusión utilizados para obtener la muestra fueron ser mujer adulta víctima de maltrato, cumplir los criterios para el diagnóstico del trastorno por estrés postraumático,

haber pasado al menos tres meses desde el primer episodio de violencia, y no padecer ningún trastorno mental o enfermedad orgánica grave ni ser víctima de una adicción.

La muestra, finalmente, y con las mujeres que sí cumplían los requisitos de admisión al tratamiento, estuvo formada por 62 mujeres, todas en el grupo experimental.

Para la evaluación se utilizó, la Entrevista Semiestructurada sobre Maltrato Doméstico (Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca, 1994, no publicada), La Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca, 1994), para el diagnóstico del trastorno por estrés postraumático el DSM-IV (APA, 1994), el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberg, Gorsuch y Lushene, 1970), el Inventario de Depresión de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emeri, 1979) (versión española de Vázquez y Sanz, 1991), la Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965) y la Escala de Inadaptación (Echeburúa y Corral, 1987)

La intervención se llevó a cabo de forma individual, a lo largo de 12 sesiones, con una duración de 3 meses aproximadamente. Las técnicas utilizadas fueron la expresión emocional, la reevaluación cognitiva, y el entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento.

Se obtuvieron mejorías estadísticamente significativas tanto en el TEPT, como en la sintomatología concomitante, tanto en el postratamiento como en el seguimiento a los 3, 6, y 12 meses que continuó mejorando.

En concreto, el TEPT dejó de presentarse en el 95% de las mujeres en el postratamiento. En el seguimiento, un 98% no presentaba el trastorno al mes, a los 3 meses ninguna lo presento. Sin embargo, descendió a los 6 meses, donde un 8% sí obtenía los criterios diagnósticos, volviéndose a recuperar al año de seguimiento, con tan solo un 3% de las usuarias presentando TEPT.

Durante el tratamiento no se dio el caso de rechazos o abandono, por lo que la aceptación de esta intervención es alta.

Las limitaciones que presenta son la ausencia del grupo control.

Labrador y Rincón (2002) elaboraron un estudio para comprobar la eficacia de un programa grupal para el tratamiento de TEPT en mujeres víctimas de violencia doméstica.

Este estudio, dio lugar posteriormente a otras cuantas investigaciones, cambiando algunas de las variables, para así verificar su eficacia en función de nuevos parámetros. Algunos de estos, también se verán más abajo.

La muestra de este estudio fue de 16 mujeres, 9 asignadas al grupo experimental, y 7 se encontraban en lista de espera y por lo tanto pertenecían al grupo control.

La duración de la intervención fue de 8 sesiones, y esta incluía psicoeducación, entrenamiento en control de la ansiedad, terapia cognitiva y terapia de exposición.

Los resultados en el grupo experimental fueron muy exitosos. El 100% de las participantes dejaron de presentar síntomas que diagnosticara el TEPT, y un 85% en el seguimiento realizado al mes y a los tres meses. En la sintomatología concomitante también aparecieron cambios significativos de mejora.

En el grupo control, no aparecieron diferencias significativas para ningún síntoma

El trabajo "Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica" realizado por Labrador, Fernández-Velasco y Rincón en 2006 tiene un doble objetivo. Por una parte, comprobar si el programa de tratamiento de Labrador y Rincón (2002), comentado anteriormente, es igualmente eficaz aplicado en formato individual. Y por otra, propone examinar si el orden en el que se aplican las técnicas de exposición y terapia cognitiva afecta a la eficacia del programa.

Los criterios de inclusión en el tratamiento fueron ser mujer víctima de malos tratos, así como cumplir con los criterios de diagnóstico de TEPT crónico. Los de exclusión son 4, que tengan un diagnóstico actual o previo de trastorno mental orgánico o psicosis, que exista alta posibilidad de suicidio, el consumo de alcohol o drogas, y participar en el momento del estudio en algún tipo de terapia.

Finalmente, la muestra estuvo formada por 20 mujeres demandantes de asistencia psicológica y que cumplieran con estos requisitos. Se dividió de forma que 10 de las mujeres, que se encontraban en lista de espera, formaban el grupo control y las otras 10 el grupo experimental. Este último dividido a su vez en dos grupos de 5 mujeres cada uno. Al primer grupo (GE-1) se le aplicó en primer lugar la terapia de exposición y posteriormente la terapia cognitiva, y al segundo (GE-2) el orden inverso.

Para realizar la evaluación diagnóstica del TEPT se utilizaron la Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Maltrato Doméstico (Rincón, 2001) y la Escala de Gravedad de Síntomas del trastorno de Estrés Postraumático (Echaburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997) La evaluación de los síntomas concomitantes se realizó a través del Inventario de Depresión de Beck, (Beck, Ward, Mendelson, Mock, y Erbaugh, 1961), el Inventario de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965), la Escala de Inadaptación (Echaburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000) y el Inventario de Cogniciones Postraumáticas (Foa, Ehlers, Clark, Tobias y Orsillo, 1999).

El tratamiento se desarrolló durante 8 sesiones de 60 minutos con periodicidad semanal. Las técnicas utilizadas fueron psicoeducación, control de la respiración diafragmática, terapia cognitiva y terapia de exposición.

La adherencia al tratamiento fue del 80% de las participantes. Solo dos no lo finalizaron. Una de ellas, perteneciente al GE-1, debido a que faltó a dos sesiones sin justificación ni

avisos. La segunda, del GE-2, al experimentar una alta reactividad psicológica y fisiológica al realizar la exposición, por lo que decidió abandonar el tratamiento voluntariamente.

Los resultados obtenidos en el postratamiento, con respecto al TEPT fueron positivos. El 100% de las mujeres que finalizaron el tratamiento no alcanzaron los puntos de corte mínimos en la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT. Si tenemos en cuenta las dos mujeres que no finalizaron el tratamiento, el existo sería del 80%. El grupo control no presento cambios, el 100% de las mujeres continuaron presentando TEPT.

En cuanto a la sintomatología concomitante, en el grupo control se mantuvieron los valores de igual forma que al inicio del tratamiento. Sin embargo, en el grupo experimental, del 100% que presentaba diagnóstico depresivo al comenzar, en el postratamiento lo presentaba el 50%. La autoestima, del 90% del inicio que presentaba puntuación bajas, descendió al 60% en el postratamiento. Y por último, en adaptación a la vida cotidiana, el 100% presentaba inadaptación al comienzo del tratamiento, reduciéndose al 60% al terminar.

En referencia, a la diferencia en el orden de las técnicas del tratamiento entre el GE-1 y el GE-2, no se encontraron diferencias significativas ni en los resultados del TEPT ni en la sintomatología concomitante.

Las limitación que presenta esta investigación, tiene que ver con el seguimiento que no se ha realizado para comprobar que la eficacia del tratamiento se mantiene a lo largo del tiempo.

Otra de las investigaciones que utiliza este mismo tipo de terapia es la de **Labrador y Alonso del 2007, "Eficacia a corto plazo de un programa de intervención para el trastorno de estrés postraumático en mujeres mexicanas víctimas de violencia doméstica"**. Este estudio está basado igualmente en el de Labrador y Rincón (2002), y tiene por objetivo comprobar si es igualmente eficaz en una población de mujeres mexicanas.

Los criterios de exclusión e inclusión son los mismos que los del programa en el que está basado, principalmente estar diagnosticada de TEPT.

La evaluación se realizó mediante la Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Maltrato Doméstico (Labrador y Rincón, 2002), Escala de Gravedad de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997), Entrevista Clínico Estructurada para el DSM-IV: Versión Clínica (SCID-I, Spitzer y Williams, 1999), Inventario de Depresión de Beck (BDI, adaptación de Vázquez y Sanz, 1997), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, versión española de Sanz y Navarro, 2003), Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), Escala de Inadaptación (Echeburúa, Corral y Fernandez-Montalvo, 2000), Inventario de Cogniciones Postraumáticas (Foa, Ehlr, Clark, Tolin y Orsillo, 1999) y la Escala de Cambio Percibido de Rincón (2003). Esta evaluación se realizo en el pretratamiento, el postratamiento y en el seguimiento al mes y los tres meses siguientes.

Las técnicas del tratamiento a utilizar son psicoeducación, entrenamiento en control de la respiración, detención de pensamientos, reestructuración cognitiva, solución de problemas y terapia de exposición, en formato grupal. Y se desarrollará a lo largo de 8 sesiones semanales de 100 minutos.

La muestra esta formada por 43 mujeres víctimas de malos tratos. Tres rechazaron el tratamiento, y nueve lo abandonaron al llevar pocas semanas, algunas de ellas por motivos laborales, cambios de residencia, etc El 85,3% asistió como mínimo a 7 sesiones.

En la evaluación clínica del TEPT, un 85,3% dejó de cumplir los criterios de diagnóstico, esto son 29 participantes. En el seguimiento un 82,4% al mes, y únicamente 4 mujeres a los tres meses.

El 100% presentaba problemas depresivos al inicio, pero solo un 55,9% en el postratamiento. Y del 58,8% con un nivel grave al comienzo se obtuvo un 2,9% en el postratamiento y ninguna mujer en el seguimiento.

El porcentaje con un nivel grave de ansiedad en el pretratamiento era de 76,5%, que descendió a un 11,8% en el postratamiento, y un 5,9% al mes. Finalmente, a los tres meses no había ninguna mujer que presentara estos niveles de ansiedad.

Las limitaciones que presenta, como es habitual, es la muestra poco numerosa. También la ausencia de un grupo control con el que comparar los resultados.

Un estudio que sale de la línea de los trabajos vistos hasta ahora utilizando terapia cognitivo conductual, es el de **Madrigal, Cardenal, Téllez, Ortiz-Tallo y Jiménez, (2012), "Cambios emocionales y alteraciones de la Inmunoglobulina tras el tratamiento psicológico en mujeres víctimas de violencia doméstica."**

La novedad de este estudio, es el uso de la Inmunoglobulina como fuente de evaluación para la eficacia del tratamiento. Lo utilizan como elemento de mayor objetividad, ya que, según los autores, "el sistema inmunológico es la primera barrera defensiva del organismo y tiene el propósito de mantener con vida y desarrollar la calidad biológica, anímica y emocional de una persona, bajo las cambiantes condiciones del medio exterior." Como señalan, existen varios estudios que muestran como el estrés puede provocar cambios en el sistema inmunológico, que pueden derivar en enfermedades autoinmunes, cáncer o infecciones. Por tanto, el objetivo del trabajo, es averiguar los beneficios del tratamiento a aplicar tanto en la salud psicológica como en la física.

Los instrumentos que utilizaron para evaluar a las mujeres fueron, la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), el inventario de Depresión de Beck en su adaptación española de Conde, Esteban y Useros (1976), el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970), el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad de Miguel-Tobal y Cano-Vindel (1994) y la Técnica para la determinación de Inmuno-difusión Radial de Mancini, Vaerman, Carbonara y Heremans (1964).

En el estudio, con una duración de 12 semanas, participaron un total de 60 mujeres, 35 formaban parte del grupo experimental y 25 del grupo control por negarse a recibir tratamiento.

En el postratamiento, se encontraron diferencias significativas en comparación con el pretratamiento, con una mejora en los niveles de autoestima, depresión, ansiedad, y en los niveles de inmunoglobulina.

Sin embargo, en el grupo control no se obtuvieron diferencias significativas en autoestima, pero si en las puntuaciones de depresión y ansiedad. La depresión, aumentó con el paso del tiempo. La ansiedad, como rasgo y estado disminuyó de forma moderada entre el pre y el postratamiento, igual que la ansiedad cognitiva. Por el contrario, tanto la ansiedad fisiológica como la motora aumentaron de forma significativa.

8.2. ESTUDIOS CON PROGRAMAS DE PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA FOCAL Y BREVE



El estudio encontrado que utiliza esta técnica es bastante reciente, realizado en **2010, por Davins-Pujols, Pérez-Testor, Salamero-Baró y Aramburu Alegret, "Eficacia de la psicoterapia individual en mujeres maltratadas por su pareja: valoración de una experiencia"**.

Esta investigación tiene como primer objetivo evaluar la eficacia de la Psicoterapia Psicoanalítica Focal y Breve (PPFR) en un grupo de mujeres maltratadas, y en segundo lugar, comprobar que cambios se producen entre el inicio y el final del tratamiento en los estilos de personalidad.

Los criterios de inclusión para participar en el programa son vivir en Cataluña y tener cumplidos los 18 años, además de haber sufrido maltrato por parte de su pareja o expareja, indistintamente de si siguen o no conviviendo juntos. Finalmente, la muestra estuvo formada por 46 mujeres.

Para realizar la evaluación, los resultados tenidos en cuenta fueron los del Millon Clinical Multiaxial Inventory-II, validado para la población española por TEA Ediciones (2000). Es un cuestionario de personalidad con varias escalas.

El tratamiento tuvo una duración de 3 meses a un año, con sesiones semanales, y una duración de 30 minutos por sesión.

La evaluación inicial fue realizada por 93 mujeres, de las cuales 21 interrumpieron el tratamiento, 13 lo terminaron pero no se sometieron a la evaluación final, y 13 continuaban con el tratamiento cuando obtuvieron los resultados para el estudio. Por ello, finalmente la muestra utilizada fue de 46 mujeres como ya se ha dicho anteriormente.

Las escalas de personalidad que obtuvieron medias más elevadas en el pretratamiento fueron en primer lugar la Dependiente, seguida de la Autodestructiva y la Fóbica. La cuarta más alta fue la Compulsiva.

Todas estas escalas presentaron puntuaciones inferiores tras el tratamiento, excepto la compulsiva que aumento. De las que mostraron diferencias estadísticamente significativas las más relevantes fueron la de Alteración, Fóbica, Dependiente, Autodestructiva, Ansiedad, Neurosis Depresiva, Abuso de Alcohol, y Depresión Mayor.

En cuanto a limitaciones presentadas en este estudio, la falta de grupo control es una de ellas. Además, los resultados son de las 46 mujeres que finalizaron el tratamiento, sin tener en cuenta al resto que lo interrumpió, o no lo han finalizado.

8.3. ESTUDIOS QUE UTILIZAN UN PROGRAMA CONSTRUCTIVO-SISTÉMICO



El **Ensayo clínico de la eficacia de la terapia constructivista-sistémica en casos de violencia contra las mujeres, de Guerrero y García, realizado en 2008**, pretende comprobar su eficacia desde esta perspectiva apenas utilizada en estos casos, averiguando en primer lugar si consigue disminuir los principales síntomas, y en segundo si este tipo de intervención provoca cambios en la construcción de la identidad.

La muestra es de tan solo 7 mujeres procedentes de población rural, sin utilizar grupo control. La intervención tiene una duración de entre 12 y 15 sesiones de una hora.

La evaluación de los síntomas se realizó mediante la Escala de Síntomas de Derogatis (SCL-90-R, Derogatis, 2002), el Inventario de Depresión de Beck (IDB, Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) y el inventario de ansiedad de Beck (IAB, Beck, Brown, Epstein y Steer, 1998).

Los resultados indican que la terapia ha producido cambios positivos y relevantes en la definición de la identidad de las mujeres en el 71,42% de los casos, esto es en cinco de las siete usuarias.

En el postratamiento, la sintomatología se ha reducido de forma estadísticamente significativa en las puntuaciones del SCL-90-R, excepto en miedo-hostilidad, que aunque no ha habido diferencias significativas también ha disminuido.

Los resultados en depresión y ansiedad, de los inventarios de Beck, también han mostrado diferencias estadísticamente significativas, reduciendo ambos síntomas.

Las limitaciones que presenta este trabajo son varias. En primer lugar la reducida muestra y ausencia de grupo control. Por otro lado, se señala que al ser toda la población de la muestra rural, pueden existir diferencias si se comparase con una muestra urbana. Por último, también hay ausencia de seguimiento para comprobar si los efectos perduran a lo largo del tiempo.

8.4. ESTUDIOS QUE UTILIZAN UN PROGRAMA DE PSICOTERAPIA INTEGRADORA HUMANISTA



El trabajo de **Torróntegui, Flores, Peraza y Borrego (2010)**, “**Un programa de intervención en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar**” ha sido el único encontrado que utiliza el enfoque de la Psicoterapia Integradora Humanista.

Los objetivos que plantea este trabajo son, por una parte, evaluar la intervención con dicho enfoque terapéutico, y por otra, conocer los niveles de las variables de la Inteligencia Emocional (percepción, comprensión y regulación), para realizar un tratamiento de mejora de las habilidades emocionales, desde un punto de vista humanístico.

La muestra estuvo formada por 37 mujeres.

Se utilizaron para la evaluación los instrumentos de depresión de Zung (versión adaptada al castellano de Conde, Escribá e Izquierdo), el Inventario de Ansiedad de Beck, y el de Inteligencia Emocional TMMS-24.

Los resultados no mostraron cambios significativos en las variables percepción y comprensión de Inteligencia Emocional, pero sí los hubo en Regulación, aumentando el número de mujeres con niveles adecuados después del tratamiento.

Los niveles de depresión sí obtuvieron diferencias significativas. En el pretratamiento un 32,4% indicaban niveles normales de depresión, un 40,5% leve, el 24,3% moderada y un 2,7% severa. Tras el tratamiento un 86,5% presentaban depresión normal, 10,8% leve, 2,7% moderada y ninguna depresión severa.

De la misma forma, los niveles de ansiedad severa disminuyeron significativamente tras el tratamiento pasando de un 37,8% a un 5,4%. Las mujeres con ansiedad baja pasaron de un 32,4% a un 56,8%, y de un 29,7% con ansiedad moderada a un 37,8%.

Las limitaciones que sufre este trabajo tiene que ver con la ausencia de grupo control y seguimiento, además se desconoce el número de sesiones necesarias para realizar la intervención.

8.5. ESTUDIOS QUE UTILIZAN UN PROGRAMA MULTICOMPONENTE



El estudio más reciente que nos encontramos, es el de **Matud, Fortes y Medina (2014)**, “**Eficacia de un programa de tratamiento psicológico individual para mujeres maltratadas por su pareja**”. Esta investigación, basada en un proyecto anterior, un programa de intervención psicológica para mujeres maltratadas por su pareja (Matud, 2004) que se realizaba en formato grupal, tiene como objetivo volver a realizarlo para comprobar su eficacia aplicándolo de forma individual.

La finalidad de este programa es ayudar a la mujer a aumentar su seguridad, a recuperar el control de su vida y remediar el impacto psicológico del abuso.

La muestra estaba formada por 128 mujeres. 32 de ellas formaban el grupo control, mientras que el resto, 96, completaron el programa. 37 de ellas volvieron a ser evaluadas

en el seguimiento a los 4 y 8 meses, al resto fue imposible localizarlas para realizarles esta tercera evaluación.

Los instrumentos utilizados para realizar la evaluación fueron el Inventario de evaluación del maltrato a la mujer por su pareja (APCM, Matud, 1999), la Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático (Echeberúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasúa, 1997), el Inventario de depresión de Beck-II (Beck, Steer, y Brown, 1996), el Inventario de ansiedad de Beck (Beck y Steer, 2011), Inventario de autoestima, y por último, el Inventario de apoyo social (Matud, 1998).

La duración del tratamiento tuvo un intervalo de entre 15 y 20 sesiones adaptándose a las necesidades y el ritmo de cada mujer. La técnica que predomina es la cognitivo-conductual, aunque se incluyen principios desde la perspectiva socioestructural del maltrato a la mujer, y aspectos de la psicología positiva. En concreto dividen en tratamiento en cinco fases. Una primera fase psicoeducativa sobre género y violencia machista. En la segunda se trata la reducción o eliminación de síntomas a través de la reestructuración cognitiva, parada de pensamiento, técnicas de manejo del estrés y entrenamiento en relajación. La tercera va dirigida al aumento de autoestima y autoeficacia. La siguiente fase pretende fomentar la comunicación y habilidades sociales adecuadas. Y para finalizar, se trabaja la solución de problemas y la toma de decisiones.

El análisis del programa da resultados positivos en general. En el grupo experimental hubo cambios estadísticamente significativos las puntuaciones del TEPT, depresión, y ansiedad que descendió en el postratamientos en comparación del pretratamiento. En concreto, el TEPT lo tenía el 49.5% al inicio, y descendió a un 7,3% al terminar el programa. Los porcentajes de mujeres con depresión en el pretratamiento fue de 8,4% depresión mínima, 10,5% leve, 33,7% moderada y 47,4% grave. Al finalizar el programa el 93,6% tenía depresión mínima, el 2.1% depresión leve, el 3,2% depresión moderada y el 1,1% grave. El 4,2% de las mujeres tenía ansiedad normal, el 15,8% ansiedad media, el 24,2% moderada y el 55,8% grave, estos porcentajes descendieron a un 47,9% ansiedad normal, un 31.9% media, 17% moderada y 3.2% grave. También hubo cambios estadísticamente significativos en la autoestima y el apoyo social, mostrando las mujeres, por una parte, más confianza en sí mismas y menos inseguridad, y por otra, mayor apoyo social, emocional e instrumental, después de la intervención.

En el seguimiento, solo el 5,7% tenía TEPT, el 2.8% depresión grave, y el 94,4 mínima, y un 2,8% ansiedad grave.

El grupo control, por el contrario no encontró diferencias estadísticamente significativas entre la primera y la segunda evaluación en ninguna de las variables, excepto en la percepción de apoyo social emocional y la inseguridad en sí misma que aumentaron.

Para finalizar con este programa, las limitaciones encontradas hacen referencia a las mujeres que abandonaron la intervención y finalmente formaron parte del grupo control. Esto es un 53 % del grupo control. En la mayoría de los casos fue por motivos económicos, por no tener donde dejar a sus hijos, o por haber encontrado trabajo. Otras limitaciones son la falta de aleatoriedad para asignar a las participantes al grupo experimental o control,

la diferencia en número entre ambos grupos, y la no realización del seguimiento del total de las mujeres.

Autores	Tipo de terapia utilizada	Foco de intervención	Muestra	N° sesiones	Resultados	Limitaciones
Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta (1996)	Cognitivo-Conductual	TEPT Síntomatología concomitante	62	12	TEPT: Remisión del 95% Mejoras significativas en sintomatología concomitante	Ausencia de grupo control
Labrador y Rincón (2002)	Cognitivo-conductual (Grupal)	TEPT Síntomatología concomitante	16	8	TEPT: remisión del 100%	
Labrador, F.J., Fernandez-Velasco, M.R., y Rincón, P. (2006)	Cognitivo-Conductual (individual)	TEPT 100% Síntomas concomitantes	20	8	TEPT: remisión del 100% Síntomatología concomitante: mejoras	Ausencia de seguimiento.
Labrador, F.J., y Alonso, E. (2007)	Cognitivo-conductual. (Grupal)	TEPT 100% Síntomas concomitantes:	43	8	TEPT: remisión del 85,3% Síntomatología concomitante: mejoras significativas.	Ausencia de grupo control
Madrigal, L., Cardenal, V., Téllez, T., Ortiz-Talo, M., y Jiménez, E. (2012)	Cognitivo-Conductual Perspectiva socio-estructural	Autoestima Depresión Ansiedad Inmunoglobulina A	60	12	Mejoras significativas en autoestima, depresión, ansiedad, e inmunoglobulina.	
Davins-Pujols, M., Pérez-Testor, C., Salamero-Baró, M., y Aramburu, I. (2010)	Psicoterapia Psicoanalítica Focal y Breve	Personalidad	93	3 -12 meses	Mejoras significativas en las escalas de alteración, fóbica, dependiente, autodestructiva, ansiedad, neurosis depresiva, abuso de alcohol y depresión mayor.	Ausencia de grupo control Elevado abandono o interrupción del tratamiento.
Guerrero, R., García, J. (2008)	Terapia Constructivista-sistémica	Ansiedad Depresión Escala de síntomas	7	12-15	Sintomatología reducida de forma estadísticamente significativa.	Muestra muy reducida Ausencia grupo control
Torróntegui, Flores, Peraza y Borrego (2010)	Psicoterapia Integradora Humanista	Depresión Ansiedad Inteligencia Emocional	37		Mejoras significativas en depresión y ansiedad Inteligencia emocional: solo cambios significativos en Regulación.	Ausencia de grupo control No hay seguimiento Se desconoce el número de sesiones
Matud, M.P., Fortes, D., y Medina, L. (2014)	Predominio de terapia cognitivo-conductual Psicología positiva Perspectiva socio-estructural (Individual)	TEPT 49,5% Depresión 47,4% Ansiedad 55,8% Autoestima Apoyo social	128	15-20	TEPT: remisión del 92,7% Depresión: postratamiento: 2,8% grave Ansiedad: postratamiento: 2,8% grave	Elevado abandono de tratamiento. No todas realizaron seguimiento.

9. COMPARATIVA DE LOS DIFERENTES TIPOS DE TERAPIAS



Una vez analizados los estudios encontrados que utilizan diferentes tipos de terapias, con sus resultados y variables es hora de compararlos, y averiguar cuál es el mejor método para lograr una pronta y eficaz recuperación con mujeres maltratadas.

Para comenzar, es necesario decir, que los trabajos encontrados que utilizan terapia cognitivo-conductual, superan en número a los basados en otros tipos de terapias. De hecho, de estos últimos, tan solo se han encontrado de unas pocas corrientes, y en número más bien reducido, lo cual indica la escasez de estudios que evalúan la eficacia de las intervenciones empíricamente.

Los parámetros que se indicaron páginas atrás, para poder llevar a cabo una clasificación y comparación adecuada de los trabajos presentados, y así poder definir su eficacia eran, el tipo de terapia y las técnicas utilizadas, la sintomatología tratada, la muestra y sus características, el número de sesiones empleado para conocer la duración del tratamiento, los resultados, la aceptación de la intervención por parte de la usuarias y las limitaciones.

En función de la sintomatología tratada, todos los trabajos coinciden en tratar la depresión y la ansiedad. Sin embargo, el TEPT, una de las consecuencias que con mayor frecuencia sufren estas mujeres, es tratado únicamente por las intervenciones que utilizan la terapia cognitivo-conductual, exceptuando la investigación de Madrigal et al. (2012), que utiliza los niveles de Inmunoglobulina como factor de evaluación para la mejoría de las víctimas. Otra sintomatología tratada con frecuencia es la autoestima. Esta aparece en todos los tratamientos cognitivos-conductuales. Además de eso el de Davins-Pujols et al. (2010) evalúa la personalidad, el de Guerrero et al. (2008) una escala de síntomas, y el de Torrontegui et al. (2010) la inteligencia emocional.

En cuanto a la muestra, los únicos trabajos que sobresalen por una muestra más amplia son el de Matud et al. (2014) con 128 usuarias, Echeburúa et al. (1996) con 62 mujeres, seguido de Madrigal et al (2012) con 60. Estas tres, utilizan la terapia cognitivo-conductual, en el caso de Madrigal et al (2012) acompañada de psicología positiva y perspectiva socio-estructural sobre violencia de género. El trabajo de Davins-Pujols, inicialmente indica una muestra de 93 mujeres, pero tan solo 46 acabaron el tratamiento, y los resultados que se ofrecen son en base a estas. Por el contrario, los trabajos con muestras más bajas son el de Guerrero et al. (2008) que utiliza la terapia constructivista-sistémica y tan solo 7 mujeres, y el de Labrador et al. (2002) con una muestra de 16. Estos estudios con un número tan bajo de participantes muestran dificultades a la hora de extrapolar los resultados al resto de la población. No obstante, el trabajo de Labrador et al. (2002) fue repetido con posterioridad en varias ocasiones, modificando alguna variable de estudio, y obteniendo resultados similares en eficacia. Por lo tanto, en este caso, no habría que minusvalorar la investigación por su reducida muestra ya que posteriormente se verifica su validez.

Otro factor a tener en cuenta en la muestra es la presencia o ausencia de grupo control, ya que de esta forma pueden contrastarse las diferencias en cuanto a sintomatología, y

descartar que las mejoras obtenidas no se han obtenido como consecuencia, por ejemplo, del paso del tiempo. Los trabajos de Labrador et al. (2002), Labrador et al. (2006), Madrigal et al. (2012) y Matud et al (2014) son los únicos que cuentan con grupo control, todos ellos de la terapia cognitivo-conductual.

La duración de los tratamiento varía en la mayoría de los casos entre las 8 y las 15 sesiones. Es importante tener este dato en cuenta, ya que por el estado que muestran las víctimas es necesario un tratamiento breve para su pronta recuperación. El único tratamiento que se alarga más en el tiempo es el que utiliza una terapia Psicoanalítica Focal y Breve, que puede variar entre tres meses y un año en función de la evolución que presenten las participantes. De hecho, parte de la muestra con la que se contaba en un inicio, no acabó formando parte de los resultados debido a que aún no había terminado el tratamiento. En el caso del estudio de Torrónategui no ha sido posible averiguar el número de sesiones que se utilizó.

Los resultados, parte imprescindible para verificar la eficacia de las investigaciones, resultan, según las conclusiones a las que llega cada uno de los estudios, positivas. Todas aprueban el tratamiento utilizado como eficaz.

Si nos basamos en las diferencias estadísticamente significativas, todos los estudios las obtuvieron con mejoras en la sintomatología, aunque no todos en la misma medida.

La investigación de Labrador et al. (2002) en el 100% de los casos dejaron de presentar síntomas que diagnosticara el TEPT, y un 85% en el seguimiento realizado al mes y a los tres meses. En la sintomatología concomitante también aparecieron cambios significativos de mejora. Del mismo modo, en el de Labrador et al (2006), el 100% de las mujeres que finalizaron el tratamiento, no alcanzaron los puntos de corte mínimos en la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT en el grupo experimental. La depresión y la inadaptación a la vida cotidiana, también presentes en el 100% disminuyeron al 50% y 60% respectivamente. El de Labrador et al. (2007) que presenta el mismo tipo de intervención y técnicas, en el TEPT, un 85,3% dejó de cumplir los criterios de diagnóstico, en el seguimiento un 82,4% al mes, y únicamente 4 mujeres a los tres meses. El 100% presentaba problemas depresivos al inicio, pero solo un 55,9% en el postratamiento. El porcentaje con un nivel grave de ansiedad en el pretratamiento era de 76,5%, que descendió a un 11,8% en el postratamiento, y un 5,9% al mes.

Estos 3 estudios, con mismas técnicas utilizadas obtuvieron una alta eficacia en los resultados. Además el tipo de terapia es breve, con una duración de tan solo 8 sesiones, la menor de los trabajos presentados.

En el trabajo de Echeburúa et al. (1996), se obtuvieron mejorías estadísticamente significativas tanto en el TEPT, como en la sintomatología concomitante, y en el postratamiento, igual que en el seguimiento al mes, los 3, 6, y 12 meses que continuó mejorando. En concreto en el TEPT, el 95% de la muestra dejó de presentar este tipo de trastorno. Al año, tan solo lo presentaba un 3% de las mujeres.

Otro de los trabajos donde se encontraron mejoras con diferencias significativas en el postratamiento en comparación del pretratamiento en todas las escalas fue en el estudio de Madrigal et al. (2012). Estos cambios se mantuvieron en los seguimientos al mes, tres y seis

Sin embargo, en el grupo control también se obtuvieron diferencias significativas, excepto en autoestima. En las puntuaciones de depresión, esta aumentó con el paso del tiempo. La ansiedad, como rasgo y estado disminuyó de forma moderada entre el pre y el postratamiento, igual que la ansiedad cognitiva. Por el contrario, tanto la ansiedad fisiológica como la motora aumentaron de forma significativa. La inmunoglobulina disminuyó con el paso del tiempo. Por lo tanto, esta intervención puede considerarse eficaz, aunque en el caso de algunos tipos de ansiedad, al disminuir tanto con tratamiento como con el paso del tiempo, puede dar lugar a dudas en este aspecto.

Davins-Pujols et al. (2010) en su investigación sobre la personalidad de las mujeres maltratadas, encontraron que las diferencias estadísticamente significativas más relevantes fueron la de Alteración, Fóbica, Dependiente, Autodestructiva, Ansiedad, Neurosis Depresiva, Abuso de Alcohol, y Depresión Mayor. Todas las escalas presentaron puntuaciones inferiores tras el tratamiento, excepto la compulsiva que aumentó.

En la investigación de Guerrero et al. (2008), los resultados indican que la terapia ha producido cambios positivos y relevantes en la definición de la identidad de las mujeres en el 71,42% de los casos, esto es, en cinco de las siete usuarias. En el postratamiento, la sintomatología se ha reducido de forma estadísticamente significativa en las puntuaciones del SCL-90-R, excepto en miedo-hostilidad, que aunque no ha habido diferencias significativas también ha disminuido. Los resultados en depresión y ansiedad, de los inventarios de Beck, también han mostrado diferencias estadísticamente significativas, reduciendo ambos síntomas.

El de Torrónqueti et al. (2010), quizás sea el único estudio donde no se encontraron cambios significativos en alguna de las variables que se estudiaban. Estas son percepción y comprensión de Inteligencia Emocional, pero sí los hubo en Regulación, aumentando el número de mujeres con niveles adecuados después del tratamiento.

Los niveles de depresión sí obtuvieron diferencias significativas. Los niveles de ansiedad moderada y severa disminuyeron marcadamente tras el tratamiento. De la misma forma, los niveles de ansiedad severa disminuyeron significativamente tras el tratamiento pasando de un 37,8% a un 5,4%.

En el grupo experimental del estudio de Matud et al. (2014), hubo también cambios estadísticamente significativos. El TEPT lo tenía el 49,5% al inicio, y descendió a un 7,3% al terminar el programa. Los porcentajes de mujeres con depresión cambiaron de un 33,7% moderada y 47,4% grave a un 3,2% depresión moderada y el 1,1% grave. El 24,2% tenía ansiedad moderada y el 55,8% grave, estos porcentajes descendieron a un 17% moderada y 3,2% grave. También hubo cambios estadísticamente significativos en la autoestima y el apoyo social, mostrando las mujeres, por una parte, más confianza en sí mismas y menos

inseguridad, y por otra, mayor apoyo social, emocional e instrumental, después de la intervención.

En el seguimiento, solo el 5,7% tenía TEPT, el 2,8% depresión grave, y un 2,8% ansiedad grave.

Para finalizar con los parámetros de evaluación, las limitaciones, se centran en su mayoría en la ausencia de grupo control o de seguimiento de los resultados.

Como ya se ha comentado anteriormente, la ausencia de grupo control hará imposible determinar que los resultados son gracias a las técnicas empleadas y la intervención realizada y no al paso del tiempo o cualquier otro tipo de variables externa. Así, la presencia de este tan solo se da en los trabajos de Labrador et al. (2002), Labrador et al. (2006), Madrigal et al. (2012) y Matud et al. (2014).

La ausencia de seguimiento, se da en 3 de los estudios. El de Labrador et al. (2006), el de Guerrero et al. (2008) y el de Torrónqueti et al. (2010). Esto limita el estudio, en el sentido de que no se sabe si los efectos conseguidos a través de la intervención perduran a lo largo del tiempo. En el estudio de Matud et al. (2014), aunque si realiza el seguimiento, tiene el fallo de que no lo realiza toda la muestra.

Algunas limitaciones más que se encuentran en los estudios, es el abandono o interrupción del tratamiento de un gran número de mujeres, en el de Davins-Pujols, (2010) y en el de Matud (2014).

A la hora de realizar la comparativa de estos estudios, uno de los problemas encontrados es que, no todos evalúan la misma sintomatología. Lo que complica contrastar de una forma objetiva los resultados de unos y otros. Pues dos tratamientos pueden obtener muy buenos efectos, pero si uno se dedica al TEPT y otro a la Inteligencia Emocional, no resulta posible decidir únicamente por los resultados que obtenga cual es el más eficaz para trabajar con mujeres maltratadas, ya que ambos lo serán en el área que evalúa. Por este motivo, las investigaciones a las que más peso se les va a dar en este análisis son las que tratan la sintomatología que con mayor frecuencia se da en el foco de población que nos interesa y de mayor gravedad puede resultar, pues estas serán las que con mayor facilidad se podrán extrapolar a otras mujeres y por lo tanto más utilidad tendrán. En este sentido, el TEPT, la depresión, la ansiedad y autoestima serían la sintomatología más frecuente y que aparece en varias de las investigaciones que se han presentado. Así la ansiedad y depresión aparecerían en todas, el TEPT es tratado únicamente por las intervenciones que utilizan la terapia cognitivo-conductual, exceptuando la investigación de Madrigal et al. (2012). La autoestima aparece en todos los tratamientos cognitivos-conductuales, y en constructivista-sistémico.

De los estudios encontrados, algunos, por sus limitaciones no son apropiados para poder sacar conclusiones fiables de ellos. Esto no quiere decir que no puedan ser tratamientos eficaces, ya que los resultados son positivos, tan solo, que sería necesario continuar realizando investigaciones teniendo en cuenta los inconvenientes que ahora mismo presentan, y así, poder corroborar la eficacia de los resultados que publican. Por esta línea,

el estudio de Guerrero et al. (2008), presenta varias limitaciones. En primer lugar, su reducida muestra. Tan solo 7 participantes no hace posible la extrapolación de los resultados a otras mujeres, además de la ausencia de un grupo control con el que comparar resultados. Tampoco realiza un seguimiento para ver la eficacia a lo largo del tiempo. Además, como ellos mismos señalan, "el estudio de mujeres maltratadas de extracción rural debe desarrollarse más, puesto que es muy probable que existan diferencias con muestras urbanas". Por lo tanto, vistas todas sus limitaciones no puede concluirse que este tipo de intervención sea la más adecuada para trabajar con mujeres víctimas de violencia de género.

Otro estudio, que también presenta amplias limitaciones es el de Torrónategui et al. (2010), que utiliza la Psicoterapia Integradora Humanista. Este estudio tampoco cuenta ni con grupo control, ni con seguimiento en las evaluaciones. Además, en la información a la que se ha tenido acceso, no se especifica el número de sesiones que han sido necesarias para llevar a cabo el tratamiento, lo cual impide conocer como de rápida sería la recuperación a través de esta intervención y compararla con estudios igualmente eficaces. Otro inconveniente se encuentra en los resultados. Esta terapia, sí que resulta eficaz a la hora de tratar depresión y ansiedad, pero entre sus objetivos se encontraba conocer las variables de Inteligencia Emocional (IE) para fundamentar el enfoque humanístico, mejorando las habilidades emocionales de las participantes. Es preciso recordar que de las tres escalas evaluadas de IE, percepción, regulación y comprensión, solo se encuentran diferencias significativas entre postratamiento y postratamiento en la Regulación, por lo tanto el tratamiento no cumple los objetivos marcados de mejora de las habilidades emocionales.

El trabajo de Davins-Pujols et al (2010), cuenta con dos factores que resultan grandes inconvenientes para trabajar con mujeres maltratadas, además de no contar con grupo control. El primero, es el amplio número de sesiones que se pueden llegar a necesitar y su indeterminación, ya que puede variar de tres meses a un año. Esta prolongación del tratamiento en el estado que presentan las mujeres no es beneficioso, ya que lo más adecuado es una terapia breve que obtenga una pronta mejoría. El segundo inconveniente presentado, es el gran número de abandono, interrupciones o no finalizaciones que obtiene. De las 93 mujeres que finalizaron la primera fase de evaluación tan solo 46 finalizaron el tratamiento. 21 de ellas lo interrumpieron, 13 lo finalizaron pero no llegaron a realizar la evaluación postratamiento, y 13 continuaron con el tratamiento y por lo tanto no se incluye en los resultados ya que en el momento no habían terminado la intervención. Por lo tanto el programa ni es breve, ni tiene la adherencia que se requiere para trabajar. Añadir, que en el mismo estudio se indica que aunque existen estudios y análisis que concluyen que la Psicoterapia Psiconalítica Focal y Breve es igual de efectiva que otros tipos de tratamientos como la Cognitivo-Conductual, este tipo de terapia ha sido objeto de polémicas, sobre todo al considerar su evidencia empírica, y que por lo tanto es necesario realizar futuras investigaciones.

Las tres investigaciones en las que participa Labrador con diferentes colaboradores, presentan alguna pequeña limitación cada una. La de Labrador y Rincón en 2002, se realizó con una muestra muy reducida de solo 16 usuarias. La de Labrador, Fernandez-Velasco, y Rincón en 2006, no cuenta con realizar un seguimiento de los resultados. Y a la de Labrador y Alonso del 2007, le falta el grupo control. No obstante, estos tres estudios utilizan el

mismo procedimiento, mismas técnicas, y evalúan la misma sintomatología, lo único que los diferencia es el cambio de una variable. En el primer caso se realiza de forma grupal, en el segundo se pretende volver a probar su eficacia pero esta vez de forma individual, y en el último, el realizado en 2007, vuelve a ser grupal, pero esta vez en una población de mujeres mexicanas, para comprobar la posibilidad de extrapolarlo a este tipo de usuarias. Por lo tanto, entre los tres pueden complementarse, ya que las limitaciones de uno son subsanadas en los otros. Los resultados de los tres son muy similares, consiguiendo que en el 100% de los casos remita el TEPT, excepto en el de Labrador et al. (2007) que quedo algo por debajo. La sintomatología concomitante también mejoró en los tres. Por lo tanto se puede llegar a decir, que el tipo de intervención y las técnicas utilizadas resultan efectivas para el tratamiento psicológico de las mujeres maltratada

Similar a estos tres, es el estudio de Echeburúa et al (1996), donde evalúa prácticamente la misma sintomatología, y utiliza el mismo tipo de terapia. Además, cuenta con una de las muestras más amplias de las presentadas. La limitación que presenta es la ausencia de grupo control. Los resultados también son similares, consiguiendo que tan solo un 3% de las participantes, al año de terminar la intervención, continúe con TEPT. La sintomatología concomitante también obtiene mejoras.

La intervención que analizan Madrigal, Cardenal, y Téllez, resulta de las más innovadoras por utilizar como factor a evaluar la Inmunoglobulina. Obtiene buenos resultados, con mejoras en todas las sintomatologías evaluadas, y por lo tanto consigue su objetivo de promover este tipo de evaluaciones, pues lo consideran necesario ya que como indican, salud mental y física van de la mano.

Por último, el trabajo de Matud et al. (2014), que utiliza terapia cognitivo-conductual y psicología positiva resulta también efectivo en el tratamiento del TEPT, la depresión, y ansiedad. Pero en comparación, con los estudios de Labrador y colaboradores, o con el de Echeburúa et al. si muestra ciertas limitaciones. El número de sesiones, aunque no es demasiado amplio, aumenta a entre 15 y 20 sesiones. También hay un porcentaje considerable de abandonos del tratamiento, pues el 53% de las usuarias que conforman el grupo control son estas mujeres que abandonaron. Además, el seguimiento solo es realizado en una parte de la muestra y no en el total de las participantes.

Tras este análisis de las características de todas las investigaciones, las intervenciones que más eficaces resultan son los tres de Labrador et al. y el de Echeburúa et al., no solo por los resultados que obtiene, ya que consiguen eliminar el TEPT de casi la totalidad de las mujeres, si no también, porque son los que menos limitaciones presentan, resultando un tratamiento breve y eficaz, que trata las principales consecuencias de las víctimas de violencia.

Por lo tanto, se puede concluir que la terapia que resulta más efectiva es la cognitivo-conductual, como se señalaba en la hipótesis inicial, en especial para tratar la sintomatología del TEPT, la ansiedad, depresión y autoestima. En concreto, esta terapia resulta las más efectiva haciendo uso de técnicas de psicoeducación, desactivación, terapia

cognitiva, exposición, expresión emocional, y entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento, pues son las técnicas utilizadas en los estudios presentados.

Para finalizar, es necesario hacer hincapié en las limitaciones encontradas para llegar a estas conclusiones. En especial, por el reducido número de investigaciones empíricas que existen sobre la eficacia de tratamientos psicológicos en mujeres víctimas de violencia de género, pero también, por las limitaciones que presentan los existentes.

10. CONCLUSIONES



Tras conocer en profundidad el grave problema que supone la violencia de género, y las consecuencias que tienen para las personas que lo sufren, no ya solo las mujeres, sino también, los que la rodean, como por ejemplo sus hijos, se hace evidente la gran necesidad que existe de propuestas y búsqueda de soluciones.

Las cifras de las mujeres que sufren el maltrato tanto en nuestro país, como fuera de él, resultan alarmantes. Y más aún, cuando muchas de las situaciones por las que pasan, no se detectan como tal. Es fácil identificar la violencia en las formas que más se nos presenta, por ejemplo en los medios de comunicación. Esto es, en la mayoría de las ocasiones, maltrato físico que llega en muchos de los casos cuando ya no hay solución, y han acabado con sus vidas. Sin embargo, otros tipos de violencia, la psicológica, económica, social, mucho más sutiles, no suelen reconocerse como signos de maltrato. Por ello, cada vez más, se le da una mayor importancia a la prevención, en especial en edades más tempranas, para que al comienzo de sus primeras relaciones, esta se desarrollen de forma sana, pudiendo detectar cualquier señal de violencia o que pueda dar lugar a esta.

Pero no solo la prevención se ha visto necesaria para abordar el problema. Debido a las consecuencias que tiene, y al daño que provoca en las víctimas, comparables como hemos visto a las consecuencias que tienen los excombatientes, o los refugiados de guerra, cada vez existen más protocolos de intervención que incluyen un abordaje desde diferentes ámbitos, sanitario, legal, psicológico, etc.

En el presente trabajo, desde un principio, se ha hecho mayor hincapié en tratar el tema desde un enfoque psicológico, centrando la atención en el tratamiento de las secuelas de las mujeres que sufren la violencia. A través del análisis de las diferentes intervenciones que pueden realizarse, diferenciándolas por el tipo de terapia que utilizan, se ha llegado a la conclusión de que la terapia Cognitivo-Conductual ha resultado la más eficaz de todas las terapias evaluadas.

Este tipo de terapia ha mostrado su eficacia en varias investigaciones, todas ellas exitosas, sobre todo en el tratamiento del TEPT, la depresión y la ansiedad, principales consecuencias que se derivan de la violencia de género. Además, este tipo de terapia puede ser utilizada en modalidad grupal o individual, según se requiera. Pues existen situaciones donde es preferible un tratamiento individual, atendiendo a las características particulares de cada mujer y adaptando la intervención a sus necesidades, o bien, una terapia grupal, donde

puede sentirse comprendida por mujeres que han pasado por lo mismo que ella y con quien compartir experiencias y crear un grupo de apoyo.

Otra característica que ha hecho destacar este tipo de terapia Cognitivo-Conductual por encima de otras, es su brevedad. El número de sesiones necesarias para llevar a cabo el tratamiento oscila entre 8 y 12, esto hace posible una pronta recuperación de las víctimas, y la posibilidad de recuperar su vida lo antes posible. Por otra parte, también ha sido probado que la efectividad de la terapia perdura en el tiempo.

No obstante, es necesario mencionar la gran importancia que tiene seguir investigando y trabajando en la ayuda que se ofrece a estas mujeres, pues en realidad, el número de estudios que hay al respecto es más bien escaso y en ocasiones muestra limitaciones. De igual forma, sería adecuado en futuros trabajos y a la hora de intervenir con estas mujeres, tener en cuenta las características de cada una, el tipo de maltrato sufrido y las consecuencias que se han derivado de este, pues al final el tratamiento deberá adaptarse a las necesidades que demanden cada una de ellas, ofreciendo una atención dirigida a cada caso concreto.

BIBLIOGRAFÍA



Amado, A. et al. (2011). *Historia del feminismo en España*. Recuperado de <http://www.nawey.net/wp-content/uploads/downloads/2012/11/Historia-del-feminismo-en-Espa%C3%B1a.pdf>.

Arinero, M. (2006). *Análisis de la eficacia de un programa de intervención psicológico para víctimas de violencia doméstica* (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

Artículo 7.1. de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres.

Beck, A.T. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Beck, A.T. y Steer, R.A. (2001). *Manual. BAI. Inventario de ansiedad de Beck* (Adaptación española de J. SANZ). Madrid: Pearson Educación.

Beck, A.T., Brown, G., Epstein, N. y Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.

Beck, A.T., Rush, A. J., Shawn, B.F. y Emery, G.(1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York: Guilford Express (Traducido al castellano en Bilbao por Desclee de Brouwer, 1983).

Beck, A.T., Steer, R.A.y Brown, G.K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory*. Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J.E. y Erbaugh, T. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.

Belaunde, I. (s.f.) *Aspectos técnicos del proceso de psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Recuperado de <http://www.adpps.com/descargas/jornadas/JP03-ProcesodePsicoterapiaBreve-InesBelaunde.pdf>

Browne, A. (1987). *When the battered women kill*. Nueva York, Nueva York Macmillan/Free Press.

Cibanal, L. (2006). *Introducción a la sistémica y terapia familiar*. Recuperado de <http://www.editorial-club-universitario.es/pdf/575.pdf>

Conde, V., Esteban, T. y Useros, E. (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 31, 469-497.

Davins-Pujols, M., Pérez-Testor, C., Salamero-Baró, M., Aramburu, I. (2010). Eficacia de la psicoterapia individual en mujeres maltratadas por su pareja: valoración de una experiencia. *Revista de Psicología, Ciènces de l'Educació i de l'Esport*, 27, 279-300.

Davins, M., Pérez-Testor, C., Aramburu, I., Aznar, B. (2012). Maltrato en la pareja: una modalidad de relación dañina. *Temas de Psicoanálisis*. 4. Recuperado de <http://www.temasdepsicoanálisis.org/wp-content/uploads/2012/06/PDF-MALTRATO-2.pdf>.

Delegación del gobierno para la violencia de género (2015). *Sobre la inhibición a denunciar de las víctimas de violencia de género*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Derogatis, L.R. (2002). *Cuestionario de 90 Síntomas (Symptoms Check List 90*, versión española de González de Rivera). Madrid: TEA.

Duran, P. (2007). *El voto femenino en España*. Recuperado de <http://www.asambleamadrid.es/ES/ActividadParlamentaria/PublicacionesdeAsamblea/PublicacionesNoOficiales/Documents/voto%20femenino.pdf>.

Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de delitos violentos*. Madrid: Pirámide.

Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación (EI): propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 325-340.

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 Conductas*, 23, 503-526.

Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I. (1996). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de maltrato doméstico: Un estudio piloto. *Análisis y modificación de la conducta*, 22 (85), 627-654.

España. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. (2015). *Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015. Avances de resultados*. Recuperado de <http://www.thefamilywatch.org/doc/doc-0539-es.pdf>.

European Union Agency for Fundamental Rights. (2014). *Violencia de género contra las mujeres: una encuesta a escala de la UE*. Recuperado de: http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-factsheet_es.pdf.

Flotats, A. (5 de marzo de 2014). ¿Por qué la violencia machista se reconoce más en el norte de Europa? *Publico*. Recuperado de <http://www.publico.es/actualidad/violencia-machista-reconoce-mas-norte.html>.

Foa, E., Ehlers, A., Clarck, D.M., Tolin, D.F. y Orsillo, S.M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 303-314.

García-Martínez, J. (2004). Intervención en casos de maltrato a través de técnicas narrativas. Ponencia presentada en el *Symposium Nacional sobre Maltrato Psicológico*. Granada, 14-16 de abril.

Golding, J. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14 , 99-132.

González-Pacheco, I., Romero-Pérez, I., Sámano-Sámano, R., Torres-Cosme, J.L., Sánchez-Miranda, G., Chávez-Courtois, M. (2001). Muerte materna desde una perspectiva de violencia de género. *Perinatología y Reproducción Humana*. 24 (1), 60-66. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip101h.pdf>.

Guerrero, R., García, J. (2008). Ensayo clínico de la eficacia de la terapia constructivista-sistémica en casos de violencia contra las mujeres. *Apuntes de Psicología*, 26 (2), 269-280.

Instituto Andaluz de la Mujer. (2009). *Código de la Mujer*. Recuperado de http://www.uca.es/recursos/doc/unidad_igualdad/1939597733_262011131413.pdf.

Koss, M.P., Koss, P. y Woodruff, W. (1991). Deterious effects of criminal victimization of women's health and medical utilization. *Archives of International Medicine*, 151, 342-357

Labrador, F.J., Alonso, E. (2007). Eficacia a corto plazo de un programa de intervención para el trastorno de estrés postraumático en mujeres mexicanas víctimas de violencia doméstica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12 (2), 117-130

Labrador, F.J., Fernández-Velasco, M.R., Rincón, P.P. (2006). Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en mujeres

víctimas de violencia doméstica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (3), 527-547

Labrador, F.J., Fernández, R., Rincón, P.P. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento individual para mujeres de violencia de pareja con trastorno de estrés postraumático. *Pensamiento Psicológico*, 6 (13), 49-68

Labrador, F.J., y Rincón, P.P. (2002) Trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: Evaluación de un programa de intervención. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 905-932.

Madrigal, L., Cardenal, V., Téllez, T., Ortiz-Tallo, M., Jiménez, E. (2012). Cambios emocionales y alteraciones en la Inmunoglobulina A (IgA) tras el tratamiento psicológico en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Anales de psicología*, 28 (2), 397-404

Mahoney, Michael (2005). *Psicoterapia Constructiva: Una guía practica*. Ediciones Paidós Ibérica. España.

Matud, M.P. (1998). *Social Support Scale*. Retrieved from PsycTestts.

Matud, M.P. (1999). *Impacto psicológico del maltrato a la mujer: un análisis empírico*. Informe de investigación. Las Palmas de Gran Canaria: Instituto Canario de la Mujer.

Matud, M.P., Fortes, D., Medina, L. (2014). Eficacia de un programa de tratamiento psicológico individual para mujeres maltratadas por su pareja. *Psychosocial Intervention*, 23, 199-207

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014-2016). *Igualdad de oportunidades: aplicación práctica en Servicios Sociales*. 6º Edición.

Muellerman, R.L., Lenaghan, P.A., y Pakieser, R.A. Battered women: injury locations and types. *Annals of Emergency Medicine*, Noviembre; 28(5), 486-492.

Organización de las Naciones Unidas. (1995). *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing*. Recuperado de <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>.

Patterson, G. (1982). *Coercive family processes*. Eugene, Oregon: Castalia

Patró, R., Limiñana, R. Y Corbalán, J. (2004). *Estilos de personalidad y sintoma-tología traumática en mujeres maltratadas*. Comunicación presentada en el Congreso de Criminología "Violencia y Sociedad". Salamanca, Abril 2004.

Rincón, P.P. (2001). *Trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: Evaluación de un programa de intervención*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Rincón, P.P. (2003). *Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: Evaluación de un programa de intervención*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.

Rosenberg, A. (1965). *Society and adolescent self-image*. Nueva York: Princeton.

Rosselló, J., Bernal, G. (2007) *Manual de tratamiento para la terapia cognitiva-conductual de la depresión*. Recuperado de http://ipsi.uprrp.edu/pdf/manuales_tara/individual_participante_esp.pdf.

Ruiz, M.A., Díaz, M.I., Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclee de Brouwer

Sanz, J., y Navarro, M.E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9, 59-84

Seligman, M.E.P. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona, España: Vergara

Seligman, M.E.P. (2005). *La auténtica felicidad* (M. Diago & A. Debrito, Trads.). Colombia: Imprelibros, S.A. (Trabajo original publicado en 2002)

Spielbergr, C.D., Gorsuch, R.I., y Lushene, R.E. (1970). *Manual of State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto CA: Consulting Psychologists Press.

Spitzer, R.L., y Williams, J.B. (1999). *Structured Clinical Interview for DSM_IV*. Nueva York: New York State psychiatric Institute.

Stark, E., Flitcraft, A. y Frazier, W. (1979). Medicine and patriarchal violence: The social construction of a "private" event. *International Journal of Health Service*, 9, 461-493

TEA Ediciones. (2000). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MDMI-II)*. Madrid: TEA Ediciones.

Torróntegui-Vizcarra, R., Flores-Navidad, M.R., Peraza-Garay, F., Borrego-Urrea, A.C. (2010) Un programa de intervención en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar. *Revista Médica de la Universidad Autónoma de Sinaloa*, 1 (4), 20-25.

Valdez, R., Sanín, L.H. (1996). La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer, *Salud Pública de México*. 38 (5), 352-362. Recuperado de <http://tad.org.mx/wp-content/uploads/2013/12/La-violencia-domestica-durante-el-embarazo-y-su-relaci%C3%B3n-con-el-bajo-peso-al-nacer..pdf>.

Vázquez, C., y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del inventario para la depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422

Villavicencio, P. y Sebastián, J. (1999). Variables predictoras del ajuste psico-lógico en mujeres maltratadas desde un modelo de estrés. *Psicología Conductual*, 7(3), 431-458.

Zablotska, I.B., Gray, R.H., Koenig, M.A., Serwadda, D., Nalugoda, F., Kigozi, G., ... , Mangen, F.W. (2009). Alcohol Use, Intimate Partner Violence, Sexual Coercion and HIV among Women Aged 15-24 in Rakai, Uganda. *AIDS and Behavior*. 13 (2), 225-233

Zubizarreta, I., (2004). Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico en las mujeres y en sus hijos e hijas. *Programa de asistencia psicológica para la violencia familiar y sexual*. Bilbao.

