



Interamerican Journal of Psychology

ISSN: 0034-9690

rip@ufrgs.br

Sociedad Interamericana de Psicología
Organismo Internacional

Alonso, Edurne; Labrador, Francisco
Eficacia de un Programa de Intervención para el Trastorno de Estrés Postraumático en Mujeres
Inmigrantes Víctimas de Violencia de Pareja: Un Estudio Piloto
Interamerican Journal of Psychology, vol. 44, núm. 3, 2010, pp. 547-559
Sociedad Interamericana de Psicología
Austin, Organismo Internacional

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28420658018>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Eficacia de un Programa de Intervención para el Trastorno de Estrés Postraumático en Mujeres Inmigrantes Víctimas de Violencia de Pareja: Un Estudio Piloto

Edurne Alonso¹
Francisco Labrador

Universidad Complutense de Madrid, España

Compendio

El objetivo de esta investigación es evaluar empíricamente la eficacia de un programa de intervención breve y específico para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en mujeres víctimas de violencia de pareja (MVVP). Participaron 23 mujeres inmigrantes víctimas de malos tratos con diagnóstico de TEPT (DSM-IV-TR). El programa de tratamiento, aplicado en formato grupal, consta de ocho sesiones, que incluyen psicoeducación, entrenamiento en control de la activación, terapia cognitiva y terapia de exposición. Se ha utilizado un diseño cuasiexperimental de dos grupos independientes (grupo control y grupo de tratamiento) con medidas repetidas en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento al mes, tres, seis y doce meses. En el postratamiento y en los seguimientos se consigue una mejora significativa tanto en la sintomatología postraumática (superación del TEPT en el 70% de las participantes) como en los problemas asociados: Depresión, autoestima, inadaptación social y cogniciones postraumáticas. Se comentan las implicaciones de este estudio para la práctica clínica.

Palabras Clave: Trastorno de estrés postraumático; Mujeres maltratadas; Terapia cognitiva; Terapia de exposición.

Effectiveness of a Treatment Program for Immigrant Women Victims of Partner Violence, With Posttraumatic Stress Disorder: A Pilot Study

Abstract

The aim of this research is to empirically evaluate the effectiveness of a brief and specific treatment program for women victims of partner violence (WVPV) with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). Twenty three immigrants WVPV, all they fulfilling the PTSD diagnosis criteria (DSM-IV-TR) participated in this study. The treatment program, applied in a format group, consists of eight sessions, and includes psychoeducation, activation control training, cognitive therapy and exposure therapy. A quasi-experimental design of two independent groups (control group -10 women, and treatment group -13 women) with repeated measures in the pre-treatment, post-treatment and one, three, six and twelve months follow-up has been used. In the post-treatment and in the follow-up a significant improvement in the PSD symptoms (overcoming of the PTSD in 70% of the participants) it is obtained. Also significant reductions in associate problems were obtained: Depression, self-esteem, social maladjustment and posttraumatic cognitions. The implications of this study for the clinical practice are discussed.

Keywords: Posttraumatic stress disorder; Battered women; Cognitive therapy; Exposure therapy.

La violencia de pareja es un grave problema social que afecta a todos los países independientemente de su nivel de desarrollo económico o democrático. Aunque es difícil conocer su prevalencia, pues muchas veces se mantiene oculta, pueden apuntarse algunos datos. El *Informe Mundial sobre Violencia y Salud* de la Organización Mundial de la Salud (OMS), realizado a partir de una revisión de 48 encuestas de población en

diversos países, señala que entre un 13% y un 61% de las participantes reconoce haber sufrido malos tratos físicos en algún momento de su vida, entre un 6% y un 59% agresiones de tipo sexual y entre un 20% y un 75% violencia psicológica (World Health Organization [WHO], 2005). En España, se estima que este tipo de violencia afecta a alrededor del 20% de las mujeres (Fontanil et al., 2005; Labrador, Fernández-Velasco, & Rincón, 2006). La última encuesta del Instituto de la Mujer señala que un 2,1% de las encuestadas reconoció ser víctima de violencia de pareja en el último año. Además un 7,2% estaba sufriendo, sin ser consciente de ello, este tipo de vejaciones. La incidencia de este

¹ Dirección: Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología, Campus de Somosaguas, S/N, Pozuelo de Alarcón, Madrid, España, 28223. E-mail: alonsoedurne@gmail.com

maltrato es mayor entre las mujeres inmigrantes residentes en España. El 7,0% reconoce haber sufrido malos tratos durante el último año. Así mismo, un 17,3% fue considerada, sin ser consciente de ello, como maltratada (Instituto de la Mujer, 2006).

La población inmigrante es un colectivo especialmente vulnerable a este tipo de violencia. Muchas de estas mujeres se encuentran en una situación irregular, y consideran que esta situación es un impedimento para denunciar el maltrato. Por otro lado, el miedo, el desconocimiento de la legislación, la falta de una red de apoyo social y familiar, el encontrarse en un país desconocido y el proceder de culturas en las que tienen otros derechos contribuyen a menudo a no denunciar. No obstante, esta situación está cambiando y el número de mujeres inmigrantes que sufren malos tratos y se atreven a interponer una denuncia parece aumentar en España.

Como se sabe, las consecuencias psicológicas de la violencia son más frecuentes y graves que las consecuencias físicas, siendo el Trastorno de estrés posttraumático (TEPT) la categoría diagnóstica que mejor recoge el conjunto de síntomas que presentan las mujeres víctimas de violencia de pareja (MVVP). La prevalencia del TEPT (según criterios DSM) en estas MVVP se estima entre el 31 y el 84,4%, con una media ponderada del 63,8% (Golding, 1999). Sería esta elevada prevalencia de este trastorno en esta población una de las razones por las que este estudio se ha centrado en su abordaje. Así mismo el efecto tan devastador y deteriorante del TEPT, que afecta y desorganiza la totalidad de la vida de la persona, repercutiendo significativamente en el estado de ánimo, nivel de ansiedad, autoestima, nivel de inadaptación, etc., justificarían un abordaje específico.

La categoría diagnóstica del TEPT incluye realidades diferentes según el tipo de trauma experimentado. Entre las características específicas del TEPT en las MVVP pueden señalarse: (a) El curso crónico y la reiteración de la violencia; (b) el hogar deja de ser un lugar seguro, aumentando la percepción de vulnerabilidad y la inminencia de nuevas agresiones; (c) la violencia, al afectar a la relación de pareja y familia, se vive como un fracaso personal, lo que provoca sentimientos de culpa y pérdida de autoestima en la víctima; (d) el aislamiento personal y la pérdida de muchas actividades gratificantes; (e) el sentimiento de indefensión, al no haber una solución clara para poner fin a esta violencia (abandonar al agresor no es una panacea); (f) el recurso a soluciones de afrontamiento inadecuadas (consumo de alcohol y drogas, reclusión...) ante la falta de alternativas de acción eficaces, y (g) la desorganización en distintas áreas de la vida: abandono del hogar, de los amigos, del trabajo, de los lugares habituales, etc., lo que provoca una grave inadaptación a nivel social y la pérdida de importantes redes de apoyo.

El grave malestar psicológico, junto con una gran inadaptación personal y social, son características especialmente relevantes en las MVVP, que señalan la necesidad de programas de intervención específicos para el tratamiento del TEPT en estas víctimas.

Aunque se ha insistido en la importancia del TEPT en MVVP, tanto por su elevada incidencia, como por los efectos tan devastadores en quienes los sufren, las investigaciones sobre tratamientos específicos para el abordaje de este trastorno en esta población son escasas (Colosetti & Thyer, 2000; Echeburúa, Corral, Sarasúa, & Zubizarreta, 1996; Kubany et al., 2004; Labrador & Alonso, 2005, 2007; Labrador & Rincón, 2002; Schlee, Heyman, & O'Leary, 1998). Además, muchas de ellas presentan a menudo problemas de corte metodológico (inadecuada evaluación del TEPT, falta de precisión en los programas aplicados o falta de grupos de control). Sin embargo, afortunadamente hay ya un cierto acuerdo sobre las características que debe tener la intervención en MVVP con TEPT, que incluye: (a) Tratar, además del TEPT, los síntomas concomitantes (síntomas depresivos, pérdida de autoestima, sentimientos de culpa y problemas de adaptación social y personal); (b) Seleccionar tratamientos que respondan a un marco teórico sólido; (c) Intervenciones breves que alivien rápidamente el malestar psicológico y faciliten la readaptación social de estas mujeres; y (d) Programas evaluados y apoyados empíricamente.

A partir de estas consideraciones, Labrador y Rincón (2002) desarrollaron un programa de tratamiento para MVVP con TEPT crónico, breve (8 sesiones de 90 minutos), en modalidad grupal, que incluye psicoeducación, entrenamiento en control de la activación, terapia cognitiva y terapia de exposición. Su aplicación en distintos grupos de mujeres ha mostrado resultados eficaces, con reducciones importantes del TEPT y mejora de otra sintomatología como bajo estado de ánimo, elevados niveles de ansiedad, niveles altos de inadaptación, baja autoestima, etc., tanto al postratamiento como en los seguimientos llevados a cabo (Labrador & Alonso, 2005, 2007; Labrador et al., 2006; Rincón & Labrador, 2004). Los resultados obtenidos permiten afirmar que se ha desarrollado un programa de intervención breve y específico para MVVP que presentan TEPT, eficaz para eliminar el TEPT y aliviar también otros síntomas que a menudo manifiestan estas mujeres y que se refieren a síntomas característicos de otros cuadros clínicos como trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, problemas de autoestima, elevados niveles de inadaptación, etc. y que van a ser denominados en este estudio como sintomatología concomitante.

Se supone, además, que el TEPT es un problema esencialmente debido a la actuación del procesamiento automático (Ver Brewin, Dalgleish, & Joseph, 1996; Labrador et al., 2006), y por lo tanto, menos sujeto a las

variaciones culturales. Es de esperar que este programa de tratamiento que está resultando eficaz en las muestras de mujeres españolas, pueda ser generalizable o exportable a las víctimas de maltrato de pareja de otros países, a pesar de posibles diferencias culturales.

Por estas razones, y dada la alta incidencia del maltrato de pareja entre las mujeres inmigrantes en nuestro país, su vulnerabilidad por su condición de inmigrantes y la ausencia de estudios sobre la eficacia de programas de tratamiento para el TEPT en este colectivo, el objetivo de este trabajo es constatar que el programa de tratamiento para MVVP con TEPT, desarrollado por Labrador y Rincón (2002), es eficaz en una población de mujeres inmigrantes.

Método

Participantes

La muestra estuvo constituida por 23 mujeres (13 en el grupo de tratamiento y 10 en el de control), que demandan tratamiento psicológico por ser o haber sido víctima de violencia de pareja. Cabe señalar que las participantes del grupo control eran mujeres que iban a incorporarse a la intervención, pero que por motivos personales (entre otros, incorporarse a un nuevo trabajo) finalmente no pudieron hacerlo. Se solicitó a estas mujeres que llevaran a cabo una segunda evaluación pretratamiento, transcurridos dos meses desde la primera, periodo similar al de la intervención llevada a cabo. Si bien, no se trata de un grupo control independiente, como dicta el rigor metodológico, ha permitido controlar el efecto de la recuperación espontánea y comparar la eficacia de la intervención frente a la ausencia de tratamiento al postratamiento. Como se sabe, disponer de un grupo control independiente exigiría privar a estas mujeres de una ayuda psicológica de la que están muy necesitadas. Así pues, por razones éticas no se contempló en esta investigación. Aclarar por último que la comparación entre el grupo de tratamiento y el grupo control solo ha sido posible en el postratamiento, puesto que no se ha seguido evaluando a las mujeres de este último grupo al mes, tres, seis y doce meses.

Los criterios de inclusión fueron: ser mujer mayor de edad, víctima de maltrato doméstico y cumplir criterios DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2000) para diagnóstico de TEPT. Por otro lado, tener un diagnóstico actual o previo de trastorno mental orgánico o psicosis según DSM-IV-TR, inmediata y clara posibilidad de suicidio y abuso de alcohol o drogas fueron considerados criterios de exclusión en este estudio.

En cuanto a las *características sociodemográficas* (ver Tabla 1), las participantes son mujeres latinoame-

ricanas inmigrantes, la mayoría (82,6%) con más de dos años en España y en situación legal regularizada. Es de destacar que un 82,6% de ellas no convivía con el agresor en el momento de la evaluación. La mayoría consideraba pertenecer a un nivel socioeconómico medio-bajo (43,5%) o bajo (52,2%). Más de la mitad había finalizado estudios secundarios (56,5%). Un 65,2% trabajaba, principalmente como empleada de hogar (43,5%). Si bien aparecen diferencias entre el grupo control y el grupo de tratamiento, ninguna de ellas alcanza la significación estadística ($p < .05$).

Instrumentos

Material utilizado en las evaluaciones:

Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Violencia Doméstica (Alonso, 2007). Recoge la información de antecedentes sociodemográficos, tipo, características y circunstancias del maltrato, historia previa de victimización y disponibilidad de redes de apoyo social y familiar.

Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta, & Sarasua, 1997), para evaluar los síntomas y la intensidad del TEPT. Consta de 17 ítems, de los cuales 5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de hiperactivación, estructurados todos ellos en formato tipo Likert de 0 a 3. El coeficiente de fiabilidad test-retest, obtenido a partir de muestra clínica y de sujetos normativos, es de .89 ($p < 0.001$) con un intervalo de cuatro semanas. El índice de consistencia interna, obtenido mediante el coeficiente alfa de Cronbach en el conjunto total de sujetos es de 0.92. La validez de constructo es de .54 ($p < 0.001$) con el Inventario de Depresión de Beck (BDI), .60 ($p < 0.001$) con la Escala de Depresión de Hamilton y .62 ($p < 0.001$) con el Inventario de Ansiedad-Estado (STAI). La eficacia diagnóstica de la escala alcanza el 95.4% con una sensibilidad del 100% y una especificidad del 93.7%.

Inventario de Depresión de Beck ([BDI], Adaptación de Vázquez & Sanz, 1997). Tiene como objetivo identificar los síntomas depresivos y evaluar la intensidad de los mismos. Consta de 21 ítems estructurados en formato tipo Likert con cuatro alternativas de respuesta, cuyo contenido está referido al estado de ánimo, pesimismo, deseo suicida, abandono social, indecisión y pérdida de peso, entre otros. Presenta una fiabilidad test-retest que oscila entre .60 y .62 y un índice de consistencia interna de .83.

Inventario de Ansiedad de Beck ([BAI], Versión española de Sanz & Navarro, 2003). Tiene como objetivo identificar síntomas ansiosos y cuantificar su intensidad. Consta de 21 ítems diseñados en formato

Tabla 1
Características Sociodemográficas de la Muestra

Variables	Grupo total (n=23)		Grupo de tratamiento (n=13)		Grupo control (n=10)	
	n	%	n	%	n	%
<i>Edad media</i> (rango)	38,7 (22-56)		41,6		35,8	
<i>Situación legal</i>						
- En regla	15	65,2	8	61,5	7	70
- En trámites	2	8,72	2	15,4	–	–
- Sin documentación	6	26,1	3	23,1	3	30
<i>Permanencia en España</i>						
- Menos de un año	2	8,7	1	7,7	1	10
- Entre 1 y 2 años	2	8,7	1	7,7	1	10
- Más de dos años	19	82,6	11	84,6	8	80
<i>Estado civil</i>						
- Soltera	5	21,7	1	7,7	4	40
- Casada o conviviente con agresor	4	17,4	3	23,1	1	10
- Separada, divorciada o en trámites	13	56,6	8	61,5	5	50
- Viuda	1	4,3	1	7,7	0	–
<i>Media nº hijos</i> (rango)	1,61 (0-3)		1,69		1,53	
<i>Clase social</i>						
- Baja	12	52,2	6	46,2	6	60
- Media-baja	10	43,5	6	46,2	4	40
- Media	1	4,3	1	7,6	–	–
- Media-alta	–	–	–	–	–	–
- Alta	–	–	–	–	–	–
<i>Nivel cultural</i>						
- Sin estudios o primarios incompletos	1	4,3	1	7,7	–	–
- Estudios primarios completos	3	13	2	15,4	1	10
- Estudios secundarios	13	56,5	7	53,8	6	60
- Estudios universitarios	6	26,1	3	23,1	3	30
<i>Profesión</i>						
- Profesión cualificada	1	4,3	–	–	1	10
- Servicio domestico	10	43,5	6	46,2	4	40
- Otra profesión no cualificada	4	17,4	2	15,4	2	20
- En paro	8	34,8	5	38,5	3	30

Likert de 0 a 3, de los cuales 14 se refieren a síntomas fisiológicos, 4 evalúan aspectos cognitivos y 3 aspectos afectivos de la ansiedad. Respecto a los criterios de calidad, la consistencia interna del BAI oscila entre .90 y .94, la correlación ítem-total entre .30 y .71 y la fiabilidad test-retest entre .7 y .93

Escala de Autoestima de Rosenberg (1965, en Echeburúa & Corral, 1998). Este instrumento, que consta de 10 ítems, tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. La fiabilidad test-retest es de .85 y la validez conver-

gente y discriminante es asimismo satisfactoria: .67 con el *Nelly Repertory Test*, .83 con el *Health Self-Image Questionnaire*, respectivamente.

Escala de Inadaptación (Echeburúa, Corral, & Fernández-Montalvo, 2000). Tiene como objetivo determinar el grado de desajuste que produce un determinado trastorno en la vida cotidiana, tanto a nivel global como en seis áreas específicas (trabajo y/o estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja, vida familiar y adaptación en general). Consta de 6 ítems que se evalúa en una escala tipo Likert que oscila de 0 a

5. El rango de la escala total oscila de 0 a 30, cuanto mayor es la puntuación mayor es el nivel de inadaptación. El índice de consistencia interna, arroja un coeficiente alfa de Cronbach para la muestra total de sujetos (clínicos y normativos) de 0.94. La eficacia diagnóstica de la escala alcanza valores superiores al 85% en todos sus ítems y es de un 97% en el ítem global, con una sensibilidad y especificidad del 86% y del 100%, respectivamente.

Inventario de Cogniciones Postraumáticas (Foa, Ehlers, Clark, Tolin, & Orsillo, 1999). Tiene como objetivo evaluar las cogniciones negativas desarrolladas tras la ocurrencia del trauma en aquellas personas víctimas de un acontecimiento traumático. Compuesto de 36 ítems organizados en una escala tipo Likert con 7 alternativas de respuesta, que representan tres factores principales: cogniciones negativas a cerca de uno mismo, cogniciones negativas sobre el mundo y autoculpabilización por lo sucedido.

Además se aplicó la *Escala de Cambio Percibido* (Echeburúa & Corral, 1998), el *Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento* (Larsen, Attkinson, Hargreaves, & Nguyen, 1979) y un registro de asistencia a sesión y cumplimiento de tareas.

Otros materiales empleados: trípticos psicoeducativos sobre maltrato, autoestima, ansiedad, respiración, discusión de pensamientos negativos, solución de problemas y entrenamiento en asertividad, diseñados específicamente para el tratamiento, registros para las tareas encomendadas y una grabadora de audio para la exposición.

Diseño

Diseño cuasi experimental de dos grupos (grupo de tratamiento, 13 mujeres a las que se aplicó el programa de intervención, y grupo control, 10 mujeres) con medidas repetidas (pre y postratamiento y seguimientos al mes, tres, seis y doce meses). Únicamente hay condición de control para la evaluación postratamiento.

El grupo control lo formaron mujeres que iban a participar en el programa de intervención, pero debido a motivos ajenos a la investigación no pudieron incorporarse. Se les solicitó volver a ser evaluadas, dos meses después de la primera evaluación, y se aplicaron nuevamente la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT y los instrumentos de autoinforme. Por lo tanto, las medidas de ambos grupos (de tratamiento y control) fueron independientes.

Variables

VV Independiente – Programa de tratamiento. Aplicado en grupo. Consta de 8 sesiones e incluye: Psicoeducación, entrenamiento en control de la res-

piración, detención de pensamiento, reestructuración cognitiva, solución de problemas y terapia de exposición (ver Tabla 2).

VV Dependientes – Adhesión al tratamiento: (a) Número de sesiones a las que se asiste; (b) Tareas cumplidas del total de tareas asignadas para casa.

Variables clínicas referidas al TEPT. Puntuaciones en: (a) Escala global; (b) Escala de reexperimentación; (c) Escala de evitación; (d) Escala de hiperactivación.

Variables concomitantes. Puntuaciones en: (a) Escala de depresión; (b) Escala de ansiedad; (c) Escala de autoestima; (d) Escala de inadaptación; (e) Escala de cogniciones postraumáticas.

Procedimiento

Captación de las Participantes. Las participantes fueron derivadas de la Federación de Mujeres Progresistas, Asociación Amiga del Pueblo Latinoamericano, Centro de Día para Mujeres Iberoamericanas Pachamama y Concejalía de la Mujer de Alcorcón y Algete. La evaluación, intervención y seguimientos se realizaron durante los años 2005 a 2006 y fueron llevados a cabo en las dependencias facilitadas por las propias instituciones.

Evaluación Pretratamiento. En una sesión individual de 90 minutos, se aplicó la batería de evaluación señalada. Si la participante cumplía los criterios de inclusión y aceptaba participar en el tratamiento, se le explicaba las características de éste y se coordinaban los horarios con las demás participantes. Si no, se remitía a la participante a la institución que la había derivado.

Tratamiento. Se aplicó el programa de intervención indicado en formato grupal, en 8 sesiones de 100 minutos, con una frecuencia semanal. Tras cada sesión (excepto en las dos primeras) se aplicó la Escala de Cambio Percibido.

Evaluación Postratamiento y Seguimientos. Concluido el tratamiento, y transcurridos uno, tres, seis y doce meses, se realizaron las evaluaciones correspondientes, utilizando los mismos instrumentos que en la evaluación pretratamiento. Además, en el postratamiento se aplicó el Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento.

Cuestiones Éticas. Las mujeres recibieron una hoja en la que entre otros aspectos se garantizaba la confidencialidad de la información, documento que era firmado tanto por la terapeuta como por ella.

Análisis de Datos. Se utilizó el programa estadístico SPSS (versión 12.0). Para el análisis descriptivo de variables sociodemográficas y de características del maltrato se calcularon medias, desviaciones típicas y porcentajes. En el estudio de las diferencias entre los grupos se llevó a cabo un análisis de homogeneidad,

Tabla 2
Resumen del Programa de Tratamiento (Labrador & Rincón, 2002)

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

mediante la prueba *Chi-cuadrado* de Pearson para las variables cualitativas y ANOVAS de un factor para las cuantitativas. La evaluación de los cambios producidos en la sintomatología postraumática y concomitante en el postratamiento y seguimientos en el grupo de tratamiento se realizó mediante ANOVAS de medidas repetidas. Este mismo análisis se aplicó en la comparación entre la segunda evaluación pretatamiento del grupo control y el postratamiento del grupo de tratamiento. En el grupo control se realizó una prueba de rangos de Wilcoxon para comparar la pri-

mera y segunda evaluación pretatamiento. Finalmente, para el cálculo del tamaño del efecto se ha utilizado *eta* (fuerza de la asociación). Se ha interpretado según la clasificación que hace Cohen (1988) de los tamaños del efecto para los test de correlaciones en bajo (.10), medio (.30) y alto (.50).

Resultados

Descripción de la Muestra

Características de la Violencia de Pareja

Tabla 3
Características de la Violencia

Variables	Grupo total (n=23)		Grupo de tratamiento (n=13)		Grupo control (n=10)	
	n	%	n	%	n	%
<i>Tipo de violencia</i>						
Psicológica, física y sexual	15	65,2	9	69,2	6	60
Psicológica y física	7	30,4	3	23,1	4	40
Psicológica	1	4,3	3	7,7	-	-
<i>Duración promedio de la situación de violencia</i>						
	11,28 años(<i>SD</i> = 9,67)		12,16		10,4	
<i>Comienzo del maltrato</i>						
Noviazgo	10	43,5	8	61,5	2	20
Primer año de convivencia	6	26,1	2	15,4	4	40
Primer embarazo	2	8,7	2	15,4	-	-
Nacimiento de los hijos	2	8,7	-	-	2	20
Inmigración	3	13	1	7,7	2	20
<i>Han sufrido malos tratos diarios</i>	17	73,9	9	69,2	8	80
<i>Último episodio de maltrato</i>						
En el último mes	6	26,1	4	30,8	2	20
En los últimos seis meses	7	30,4	3	23,1	4	40
Más de seis meses	10	43,5	6	46,1	4	40
<i>Extensión de la violencia a los hijos</i>	14	60,8	9	69,2	5	50
<i>Violencia en familia de origen</i>						
Han observado maltrato	11	47,8	6	46,2	5	50
Ellas habían sufrido malos tratos	9	39,1	5	38,5	4	40
- A manos del padre	7	30,4	4	30,8	3	30
- A manos de otra pareja	2	8,7	1	7,7	1	10
<i>Separadas del agresor</i>	19	82,6	10	76,9	9	90
<i>Dependen económicamente de él</i>	3	13	2	15,4	1	10
<i>Han denunciado el maltrato</i>	16	69,6	10	76,9	6	60
<i>Han contado con apoyo social</i>	3	13	1	7,7	2	20
<i>Han contado con apoyo familiar</i>	6	26,1	3	23,1	3	30

Destacar que casi la totalidad de las participantes ha sufrido violencia física (95,7%), y la dilatada duración de ésta (11,28 años de media). También que un 78,2% de ellas refiriera haber vivido violencia en su familia de origen (bien como testigo, 47,8%, o como víctima directa, 30,4%), y que en un 60,8% de los casos el maltrato a manos de la pareja o expareja se había extendido también a los hijos. La mayoría (69,6%) había denunciado las vejaciones. Por último, únicamente un 26,1% había tenido apoyo familiar y un 13% una red de apoyo social. Si bien aparecen diferencias entre el grupo de tratamiento y el grupo control en las variables características e historia de la violencia, ninguna de ellas alcanza la significación estadística ($p < .05$).

Características Psicopatológicas de las Participantes

Destaca la gravedad de la situación vivida por estas mujeres. Todas cumplían criterios de diagnóstico de TEPT crónico (DSM IV-TR), con niveles muy elevados de intensidad (media=30,7; $SD=6,89$; punto de corte=15). En lo que a sintomatología concomitante se refiere y según las puntuaciones obtenidas en el BDI, el

47,8% de las mujeres presentaba un nivel grave y un 26,1% un nivel moderado de depresión, y según las del BAI, el 56,5% un nivel grave y un 34,8% un nivel moderado-grave de ansiedad. En la Escala de Autoestima la media de 26,17 ($SD=4,54$) indica una baja autoestima. La puntuación media total en la Escala de Inadaptación, 23,82 ($SD=4,84$), supera claramente el punto de corte (12 puntos), reflejando el alto grado de inadaptación global de las participantes. La alta duración promedio del maltrato, junto con el escaso apoyo social y familiar son algunos de los factores que explicarían la gravedad de la psicopatología encontrada en las participantes de este estudio.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en sintomatología TEPT y concomitante entre el grupo de tratamiento y el de control ($p < .05$).

Tratamiento

Resultados en el Grupo Control. No aparecen diferencias significativas entre la primera y la segunda evaluación pretratamiento en ninguna de las variables evaluadas, ni referidas al TEPT ni a las variables concomitantes. El paso del tiempo no parece producir cambios en las variables dependientes (ver Tabla 4).

Tabla 4

Medias, Desviaciones Típicas y Estadístico de la Prueba de Rangos de Wilcoxon (Z) para las Medidas de las Variables Dependientes. Comparación 1ª-2ª Evaluación Pretratamiento en el Grupo Control

Grupo control : Comparación 1ª-2ª evaluación pretratamiento			
VARIABLES	1ª Evaluación Media (SD)	2ª Evaluación Media (SD)	Z
• Escala de TEP	30 (6,76)	29,4 (4,85)	-,51
• Síntomas de reexperimentación	7,3 (2,4)	7,9 (2,72)	-1,15
• Síntomas de evitación	12,8 (3,45)	12,5 (2,01)	-,48
• Síntomas de hiperactivación	9,7 (2,71)	9 (2,58)	-1,13
• BDI	25,5 (8,01)	26,31 (9,33)	-,41
• BAI	29 (10,68)	28,3 (8,24)	-,35
• Escala de autoestima	26,1 (4,09)	26,9 (3,28)	-1,71
• Escala de inadaptación	24 (4,73)	24,6 (3,71)	-,96
• Trabajo y/o estudios	3,4 (1,07)	3,4 (1,26)	-,37
• Vida social	4 (1,33)	4 (1,81)	-,00
• Tiempo libre	3,8 (1,22)	4 (,94)	-,70
• Relación de pareja	4,5 (,52)	4,8 (,42)	-1,73
• Vida familiar	3,7 (1,16)	4,1 (,99)	-1,19
• Escala global	4,6 (,51)	4,4 (,69)	-1,41
• PTCI	12,51 (2,66)	12,67 (2,58)	-1,17
• Cogniciones sí mismo	3,87 (1,01)	3,73 (,92)	-1,68
• Cogniciones sobre el mundo	4,99 (1,06)	5,02 (,93)	-,20
• Autopunición	3,64 (1,25)	3,92 (,27)	-1,58

Nota. * $p < .05$.

Resultados de la comparación del grupo control y el grupo de tratamiento

Los resultados de la Tabla 5 muestran diferencias significativas en todas las medidas evaluadas (con la única excepción de la subescala de pareja de la Escala de Inadaptación) entre la segunda evaluación pretrata-

miento del grupo control y el postratamiento del grupo de tratamiento. Cabe recordar que el momento en que se realizan ambas evaluaciones es el mismo en ambos grupos, dos meses. Por tanto, estos datos evidencian nuevamente que en ausencia de tratamiento no mejora la sintomatología en estas mujeres.

Tabla 5

Medias, Desviaciones Típicas y ANOVAS de Medidas Repetidas en las Medidas de las Variables Dependientes. Comparación 2ª Evaluación Pretratamiento en el Grupo Control y Postratamiento en el Grupo de Tratamiento

Variables	Grupo control	Grupotratamiento	F
	2ª Evaluación pretratamiento Media (SD)	Postratamiento Media (SD)	
• Escala de TEP	29,4 (4,85)	16,29 (7,09)	59,46**
• Síntomas de reexperimentación	7,9 (2,72)	4,4 (1,89)	31,15**
• Síntomas de evitación	12,5 (2,01)	6,16 (2,94)	26,31**
• Síntomas de hiperactivación	9 (2,58)	5,51 (3,23)	35,12**
• BDI	26,31 (9,33)	15,2 (11,32)	41,5**
• BAI	28,3 (8,24)	16,75 (12,81)	38,3**
• Escala de autoestima	26,9 (3,28)	29,59 (3,56)	32**
• Escala de inadaptación	24,6 (3,71)	17,1 (6,93)	35,8**
• Trabajo y/o estudios	3,4 (1,26)	2,12 (1,54)	9,45*
• Vida social	4 (1,81)	2,08 (1,7)	8,49*
• Tiempo libre	4 (,94)	1,76 (1,85)	11,29*
• Relación de pareja	4,8 (,42)	4,73 (,67)	NS
• Vida familiar	4,1 (,99)	2,8 (1,98)	7,25*
• Escala global	4,4 (,69)	3,13 (1,54)	6,19*
• PTCI	12,67 (2,58)	9,6 (3,01)	36,42**
• Cogniciones sí mismo	3,73 (,92)	2,73 (1,41)	7,81*
• Cogniciones sobre el mundo	5,02 (,93)	4,04 (1,33)	6,35*
• Autopunición	3,92 (,27)	2,85 (1,08)	11,67*

Nota. * $p < .05$; ** $p < .001$; NS: No significativo.

Resultados en el Grupo de Tratamiento

Variables de Adhesión al Tratamiento. Tres mujeres abandonaron el tratamiento en las primeras sesiones por no poder asistir debido a problemas personales. De las que finalizaron la intervención, un 70% asistió a 7 u 8 sesiones, un 20% a 6 y un 10% a 5 sesiones. Respecto al cumplimiento de tareas, la mitad de las mujeres llevó a cabo entre el 80 y 89% y un 30% entre el 65% y el 79% de las mismas.

Eficacia del Tratamiento:

(a) TEPT: Como se puede ver en la Tabla 6 aparecen diferencias significativas entre el pre y el postratamiento, tanto en el índice global como en cada una de las tres subescalas de la Escala de Gravedad de Síntomas de TEPT. La mejoría al postratamiento se mantiene en el

seguimiento al mes, tres, seis y doce meses en todas las medidas de TEPT, incluso aumenta (ver Tabla 7).

(b) Sintomatología concomitante: Se han encontrado diferencias significativas entre el pre y el postratamiento en todas las medidas evaluadas, con la única excepción de la subescala de pareja y familia de la Escala de Inadaptación (ver Tabla 6). En los seguimientos, la mejoría alcanzada al postratamiento se mantiene, incluso aumenta en algunas variables. La única excepción la constituyen algunas de las medidas de la Escala de Inadaptación y del Inventario de Cogniciones Posttraumáticas: la subescala de trabajo en el seguimiento al mes, tres y seis meses, la de familia al mes y seis meses y la subescala de cogniciones sobre el mundo en cada uno de los seguimientos (ver Tabla 7).

Tabla 6

Resultados de la Eficacia del Tratamiento. Medias, Desviaciones Típicas, ANOVAs de Medidas Repetidas y Tamaños del Efecto (T.E) en la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT y Sintomatología Concomitante en las Comparaciones Pretratamiento-Posttratamiento

Variables	Grupo de tratamiento		T.E ¹
	Pretrat.	Posttrat.	
• Escala global de TEPT	31,23 (7,22)	16,29 (7,09)**	,88
• Reexperimentación	9,15 (2,6)	4,4 (1,89)**	,78
• Evitación	12,62 (3,2)	6,16 (2,94)**	,75
• Activación	9,46 (3,45)	5,51 (3,23)**	,81
• BDI	28,92 (13,95)	15,2 (11,32)**	,82
• BAI	35 (11,03)	16,75 (12,81)**	,84
• Escala Autoestima	26,23 (5,03)	29,59 (3,56)**	,78
• Escala Inadaptación	23,69 (5,12)	17,1 (6,93)**	,98
• Trabajo	2,85 (2,03)	2,12 (1,54)*	,64
• Vida social	3,92 (1,44)	2,08 (1,7)*	,51
• Tiempo libre	3,46 (1,66)	1,76 (1,85)*	,55
• Pareja	4,69 (.48)	4,73 (.67)	-
• Familia	3,92 (1,38)	2,8 (1,98)	,35
• Escala global	4,69 (.63)	3,13 (1,54)*	,57
• PTCI	11,75 (2,75)	9,6 (3,01)**	,85
• Sí mismo	3,57 (1,49)	2,73 (1,41)*	,66
• Mundo	4,62 (.89)	4,04 (1,33)*	,41
• Autopunición	3,56 (1,49)	2,85 (1,08)*	,65

Nota. * $p < .05$; ** $p < .001$; ¹Eta: Fuerza de la asociación.

Tabla 7

Resultados de la Eficacia del Tratamiento. Medias, Desviaciones Típicas, y ANOVAs de Medidas Repetidas en la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT y Sintomatología Concomitante en las Comparaciones Pretratamiento-Seguimiento al Mes, Tres, Seis y Doce Meses

Variables	Grupo de tratamiento (N= 13)			
	N= 9 Segto. 1	N= 9 Segto. 3	N=9 Segto. 6	N=8 Segto. 12
• Escala global	14,35 (8,09)**	12,31 (6,59)**	12,64 (12,3)**	8,75 (8,01)**
• Reexperimentación	3,6 (2,17)**	3,22 (2,77)**	2,86 (4,03)**	1,6 (2,07)**
• Evitación	5,4 (3,5)**	5 (3,53)**	5,5 (4,3)**	3,89 (3,05)**
• Activación	4,7 (3,36)**	3,78 (2,99)**	4,44 (4,66)**	2,42 (3,06)**
• BDI	17,7 (12,21)**	15,78 (10,01)**	14 (10,44)**	14,22 (15,29)**
• BAI	16,1 (11,3)**	15,33 (9,42)**	17,11 (13,96)**	13,51 (14,59)**
• Escala Autoestima	30,4 (3,16)**	30,63 (2,45)**	31,62 (3,15)**	31,86 (4,12)**
• Escala Inadaptación	16,6 (6,07)**	14,5 (6,36)**	13,38 (8,28)**	11,07 (7,72)**
• Trabajo	2,6 (1,57)	1,88 (1,9)	1,76 (1,81)	1,58 (1,92)*
• Vida social	2,11 (1,63)*	2,05 (1,41)*	1,76 (1,73)*	1,38 (1,77)*
• Tiempo libre	1,6 (1,43)*	1,88 (1,47)*	1,57 (1,78)*	1,46 (1,98)*
• Pareja	4,1 (1,1)*	3,89 (1,05)*	3,75 (1)*	2,79 (.75)*
• Familia	3 (1,88)	1,88 (1,76)*	2,11 (1,73)	1,41 (1,4)*
• Escala global	3,32 (1,33)*	2,71 (1,41)*	2,4 (1,32)*	2,44 (1,06)*
• PTCI	9,49 (3,06)**	8,84 (2,81)**	8,54 (2,4)**	7,54 (3,42)**
• Sí mismo	2,71 (1,35)*	2,34 (1,19)*	2,29 (1,36)*	2,1 (1,34)**
• Mundo	3,94 (1,38)	4,14 (1,25)	4,18 (1,49)	3,7 (1,3)
• Autopunición	2,64 (.8)*	2,37 (.8)*	2,17 (1,07)*	1,73 (.96)*

Nota. * $p < .05$; ** $p < .001$.

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES...

(c) Evaluación clínica: Del 100% de las participantes con TEPT en el pretratamiento, un 70% (7 mujeres) deja de cumplir criterios para el diagnóstico de TEPT al postratamiento. Sólo 3 mujeres tienen TEPT al postratamiento y 2 en el seguimiento al año. Todas las participantes tenían problemas depresivos según el BDI en el pretratamiento, el 40% no tiene problemas en el postratamiento y el 50% en el seguimiento al año. Además el 60% con un nivel grave de depre-

sión en el pretratamiento, se reduce al 10% en el postratamiento.

Las puntuaciones del BAI señalan que el 100% de las mujeres presenta ansiedad en el pretratamiento, reduciéndose al 50% en el postratamiento y al 25% en el seguimiento a los 12 meses, y del 70% con un nivel grave de ansiedad en el pretratamiento se reduce a un 10% en el postratamiento y a un 12,5% al año de concluida la intervención (ver Tabla 8).

Tabla 8

Número de Casos con Diagnóstico de Estrés Posttraumático, Depresión y Ansiedad en el Pretratamiento, Postratamiento y Seguidos al Mes, Tres, Seis y Doce Meses

Instrumentos de medida	Pretto. (N=10)		Postto. (N=10)		Segto. 1 (N=10)		Segto. 3 (N=9)		Segto. 6 (N=9)		Segto. 12 (N=8)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
• TEPT												
Ausencia	0	–	7	70	7	70	6	60	6	60	6	60
Presencia	10	100	3	30	3	30	3	30	3	30	2	20
• BDI												
Ausencia	0	–	4	40	4	40	3	33,3	5	55,6	5	62,5
Leve	3	30	1	10	1	10	1	11,1	1	11,1	1	12,5
Moderada	1	10	4	40	4	40	4	44,4	2	22,2	0	–
Grave	6	60	1	10	1	10	1	11,1	1	11,1	2	25
• BAI												
Normal	0	–	5	50	4	40	3	33,3	5	55,6	6	75
Leve	1	10	0	0,0	1	10	3	33,3	1	11,1	0	–
Moderada	2	20	4	40	4	40	3	33,3	1	11,1	1	12,5
Grave	7	70	1	10	1	10	0	0	2	22,2	1	12,5

Las participantes perciben un cambio muy positivo con el tratamiento. En la escala tipo Likert de 1 (mucho peor) a 7 (mucho mejor), aparecen puntuaciones por encima de 5 puntos en las sesiones 3ª, 4ª, 5ª y 6ª y por encima de los 6 puntos en las sesiones 7ª y 8ª. Las participantes refieren encontrarse bastante mejor al finalizar la intervención. En el Inventario de Satisfacción con el Tratamiento (puntuación máxima =32) la media en la puntuación total es elevada (30; $SD=2,1$) indicando el alto grado de satisfacción de las participantes con la ayuda recibida.

Discusión

El punto fundamental es que los resultados avalan la eficacia del tratamiento de Labrador y Rincón (2002) en MVVP inmigrantes. A continuación se discuten otros resultados del estudio.

Características de la Muestra. Destaca la gravedad de la violencia que han sufrido estas mujeres en comparación con los estudios realizados por este equi-

po de investigación en población española (ver Rincón, Labrador, Crespo, & Arinero, 2004). Casi el 96% ha sufrido violencia física y su duración media de 11 años, frente al 78,5% y 7 años en muestras españolas.

También la alta frecuencia de antecedentes familiares de violencia; un 78% de las participantes reconoció haber sido testigo de los malos tratos de su padre a su madre o haberlos sufrido directamente, frente al 33% de las mujeres españolas. Estas mujeres han vivido buena parte de su vida bajo la violencia, primero en la infancia y luego en su relación de pareja. Además, la frecuencia de las agresiones es muy elevada, el 73,9% refirió haber sufrido maltrato diario, dato similar al encontrado en los estudios con muestra española (72,9%).

Quizá la gravedad de la violencia sufrida explicaría que un porcentaje relativamente alto de estas mujeres (69,6%) denunciara la situación, porcentaje similar al de las muestras españolas (68,8%), aunque sólo el 65% estaba en situación regular en España. También es posible que su elevado nivel cultural, un 56,5% había finalizado estudios secundarios y un 26,1% univer-

sitarios, favoreciera estar mejor informadas y decidir hacer valer sus derechos como víctimas. Señala también la gravedad de la situación el que más del 80% se haya separado del agresor para acabar con el maltrato, a pesar del escaso apoyo social (3%) y familiar (26,1%) del que disponen, o la escasez de recursos económicos. La realidad de estas mujeres ha sido difícil, tienen hijos a su cargo, están fuera de su país, lo que supone una importante pérdida de redes de apoyo social, y han tenido que readaptarse en una nueva sociedad, con el agravante de la violencia sufrida durante años.

Eficacia de la Intervención. (a) El programa de tratamiento se ha mostrado muy eficaz para reducir el TEPT, con mejoras significativas tanto en el índice global del TEPT (las puntuaciones se reducen de 31,23 a 16,2) como los tres grupos de síntomas reexperimentación (de 9,15 a 4,4), evitación (de 12,62 a 6,26) e hiperactivación (de 9,46 a 5,51). Estas reducciones se mantienen e, incluso, aumentan en los seguimientos realizados. Desde el punto de vista clínico, del 100% de mujeres con TEPT al pretratamiento se ha pasado a un 30% al postratamiento y a un 2% en el seguimiento a un año. Por el contrario, las mujeres del grupo de control no presentaron ningún cambio en las medidas de TEPT, lo que evidencia que es el recibir el tratamiento y no el paso del tiempo lo que produce la mejora de la sintomatología postraumática. Además, el tamaño del efecto obtenido, según la clasificación de Cohen (1988), es muy elevado, alcanzado valores superiores a 0,75 en todas las medidas de TEPT al postratamiento.

(b) Con respecto a la sintomatología concomitante, se ha producido también una reducción muy significativa, tanto desde el punto de vista estadístico como desde el punto de vista clínico, en prácticamente todos los índices. Destaca el cambio en los índices clínicos de depresión, que pasan de un 60% de depresión grave en el pretratamiento a un 10% en el postratamiento, manteniéndose en los seguimientos. También el índice de ansiedad, que pasa de un 70% con problemas de ansiedad grave en el pretratamiento a un 10% en el postratamiento, que se mantiene en el seguimiento al año de concluida a intervención. Ha de resaltarse los cambios en la Escala de Inadaptación, pues reflejan la evolución de ésta mujeres a una nueva reintegración a la vida social. Aunque algunas medidas, como familia y trabajo en algunos seguimientos, o pareja al postratamiento, no alcanzan diferencias significativas. La recuperación en este área de la adaptación social, quizá la más dañada por la experiencia de la violencia, probablemente requiera más tiempo. Nuevamente el tamaño del efecto encontrado en estas medidas de sintomatología concomitante en general señala mejorías importantes.

Estos resultados tan positivos, tanto en la sintomatología postraumática como en los índices psicopatológicos concomitantes, de forma indirecta, confirman

la importancia del TEPT en el deterioro de la vida de estas mujeres y lo adecuado de un tratamiento dirigido fundamentalmente a modificar este trastorno. La presencia del TEPT desorganiza todas las áreas de la vida, y el programa de tratamiento, centrado en su modificación, ha producido un cambio significativo en este trastorno, así como en la sintomatología concomitante. Es más, las mejoras conseguidas en el postratamiento se han consolidado, e incluso incrementado, en los seguimientos. Además el tratamiento ha alcanzado una eficacia similar a la conseguida en su aplicación en muestras españolas, lo que también apunta la importancia de los aspectos de "procesamiento automático", y la posibilidad de generalizar los tratamientos a mujeres con otra realidad cultural.

Es importante la buena aceptación del tratamiento por las participantes. Evalúan muy favorablemente el tratamiento, informan estar muy satisfechas con la intervención recibida y señalan haber experimentado un cambio importante que es percibido de manera muy positiva. Los tres abandonos se deben a causas de fuerza mayor, debidas a la precariedad de las situaciones en que viven estas mujeres (muchas trabajan como empleadas de hogar "internas", lo que supone un horario disponible muy restringido). El que la mayoría acuda al menos a 7 de las 8 sesiones y realicen un elevado porcentaje de las tareas pone de relieve lo importante que debe ser el tratamiento para estas mujeres, a pesar de las dificultades por las que atraviesan. Aunque quizá los resultados podrían ser mejores si tanto la asistencia como el cumplimiento de tareas hubieran sido superiores, la impresión es que el programa es probablemente muy exigente para algunas mujeres y podría ser conveniente reducir algunas de las tareas.

Para finalizar, resaltar el valor de la aplicación del programa en grupo, ofreciendo por primera vez a estas mujeres la posibilidad de sentirse comprendidas sin ser juzgadas, de constatar que no son las únicas en esta situación y de no sentirse culpables por la ocurrencia del maltrato. Además el grupo les ha permitido desarrollar una nueva red de apoyo social que ha ayudado a romper su aislamiento. No hay que olvidar que el objetivo final es lograr que estas víctimas se puedan readaptar a la vida cotidiana, lograr una nueva integración social, volver a disfrutar de la vida.

Entre las limitaciones de esta investigación, cabe señalar el reducido tamaño muestral, algo habitual en trabajos clínicos dada la dificultad para acceder a este tipo de población, y la dificultad de formar los grupos. Así mismo la asignación aleatoria de las participantes a los grupos de tratamiento, que interfiere en la validez interna de la investigación. Para paliar esta limitación se ha analizado previamente la homogeneidad de los grupos en las características sociodemográficas, en las circunstancias e historia del maltrato. No obstante, este

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES...

análisis no garantiza la homogeneidad de los grupos en otras variables que no se han tenido en cuenta, por lo que la relación causa efecto entre las variables independientes y dependientes de este estudio debe ser tomada con cautela. Entre los puntos fuertes, el tener un grupo control así como seguimientos hasta un año después de concluida la intervención.

Agradecimientos

Esta investigación ha sido realizada con la ayuda de una FPI de la Comunidad de Madrid a Edurne Alonso. Los autores agradecen a la Asociación APLA, a la Federación de Mujeres Progresistas, al Centro de Día para Mujeres Iberoamericanas y a la Concejalía de Mujer de Algete y Alcorcón su ayuda y colaboración para la realización de este trabajo.

Referencias

- Alonso, E. (2007). *Mujeres víctimas de violencia doméstica con trastorno de estrés posttraumático: evaluación empírica de un programa de tratamiento*. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. Rev. ed.). Washington, DC: Author.
- Brewin, C., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103(4), 670-686.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Colosetti, S., & Thyer, B. A. (2000). The relative effectiveness of EMDR versus relaxation training with battered women prisoners. *Behavior Modification*, 24(5), 719-739.
- Echeburúa, E., & Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I., & Sarasua, B. (1997). Escala de Gravedad de síntomas del Trastorno de Estrés Posttraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 503-523.
- Echeburúa, E., Corral, P., & 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., & Zubizarreta, I. (1996). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés posttraumático en víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 627-654.
- Foa, E. B., Ehler, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11(3), 303-314.
- Fontanil, Y., Ezama, E., Fernández, R., Gil, P., Herrero, F., & Paz, D. (2005). Prevalencia de maltrato de pareja contra las mujeres. *Psicothema*, 7(1), 90-95.
- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as risk factor for mental disorder: A mental analysis. *Journal of Family Violence*, 14, 99-132.
- Instituto de la Mujer. (2006). *Mujeres en cifras*. Retrieved from <http://www.mtas.es/mujer/mcifras/principal.htm>
- Kubany, E., Hill, E., Owens, J., Ianne-Spencer, C., McCaig, M. A., & Tremayne, K. J. (2004). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 3-18.
- Labrador, F. J., & Alonso, E. (2005). Trastorno de estrés posttraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: un programa de intervención breve y específico. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 76/77, 47-65.
- Labrador, F. J., & Alonso, E. (2007). Evaluación de la eficacia a corto plazo de un programa de intervención para el trastorno de estrés posttraumático en mujeres mexicanas víctimas de violencia doméstica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(2), 117-130.
- Labrador, F. J., Fernández-Velasco, R., & Rincón, P. (2006). Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés posttraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 527-547.
- Labrador, F. J., & Rincón, P. P. (2002). Trastorno de estrés posttraumático en víctimas de maltrato doméstico: evaluación de un programa de intervención. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 905-932.
- Larsen, D., Atkinson, C., Hargreaves, W., & Nguyen, T. (1979). Assessment of client patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.
- Rincón, P. P., & Labrador, F. J. (2004, November). *Violencia doméstica: programa de tratamiento para mujeres con trastorno de estrés posttraumático*. Poster sesión presented at the III Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud, La Habana, Cuba.
- Rincón, P. P., Labrador, F. J., Arinero, M., & Crespo, M. (2004). Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 105-116.
- Sanz, J., & Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9(1), 59-84.
- Schlee, K., Heyman, R., & O'Leary, D. (1998). Group treatment for spouse abuse: Are women with PTSD appropriate participants. *Journal of Family Violence*, 13(1), 1-20.
- Vázquez, C., & Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del inventario para la depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8(3), 403-422.
- World Health Organization. (2005). *Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women*. Retrieved from http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/

Received 01/05/2010
Accepted 09/09/2010

Edurne Alonso. Universidad Complutense de Madrid, España.
Francisco Labrador. Universidad Complutense de Madrid, España.