



Psychosocial Intervention

ISSN: 1132-0559

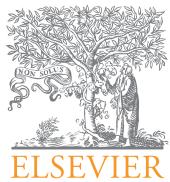
pi@cop.es

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid  
España

Matud, M<sup>a</sup> Pilar; Fortes, Demelza; Medina, Lorena  
Eficacia de un programa de tratamiento psicológico individual para mujeres maltratadas por su pareja  
Psychosocial Intervention, vol. 23, núm. 3, septiembre-diciembre, 2014, pp. 199-207  
Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid  
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179832689005>

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



# Psychosocial Intervention

[www.elsevier.es/psi](http://www.elsevier.es/psi)



## Eficacia de un programa de tratamiento psicológico individual para mujeres maltratadas por su pareja

M<sup>a</sup> Pilar Matud\*, Demelza Fortes y Lorena Medina

Departamento de Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología, Universidad de La Laguna, España

### INFORMACIÓN ARTÍCULO

Manuscrito recibido: 17/03/2014  
Aceptado: 09/06/2014

*Palabras clave:*  
Tratamiento psicológico  
Eficacia  
Maltrato de la pareja  
Estrés postraumático  
Depresión

### RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es evaluar la eficacia de un programa de intervención psicológica individual para mujeres maltratadas por su pareja. La muestra está formada por un total de 128 mujeres maltratadas por su pareja, usuarias de servicios públicos especializados, con edades comprendidas entre 18 y 67 años ( $M = 38.49$ ,  $SD = 9.20$ ) y diferente estado civil y niveles educativo y laboral. Noventa y seis de ellas participaron en el programa de intervención protocolizado que se puso a prueba en el presente estudio y 32 no participaron, las cuales se consideraron como grupo de control. Se encontró que las mujeres que participaron en la intervención psicológica experimentaron tras ésta una reducción estadísticamente significativa de la sintomatología depresiva, ansiosa y de tipo postraumático, así como de la inseguridad en sí mismas. Además, aumentó su autoestima y confianza en sí mismas, cambios que no se dieron en las mujeres que no participaron en dicho programa y que se mantuvieron en el seguimiento. La mejoría de la salud mental de las mujeres también fue significativa a nivel clínico. Se concluye la eficacia del programa de intervención psicológica puesto a prueba.

© 2014 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Producido por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Efficacy of an individual psychological treatment for battered women

#### ABSTRACT

The aim of this study is to evaluate the efficacy of an individual psychological treatment for battered women. The sample comprises a total of 128 women battered by their partners, users of public services, aged between 18 and 67 years ( $M = 38.49$ ,  $SD = 9.20$ ), and with different marital status and educational and occupational levels. Ninety-six of them participated in the protocol-centered intervention program assessed in the present study, whereas 32 were not involved and were considered as control group. Results show a statistically significant reduction of posttraumatic, depressive, and anxiety symptoms as well as of self-insecurity in women who received psychological intervention. In addition, whereas the latter experienced an increase of self-esteem and self-confidence, women who did not participate in the program did not observe such changes. Moreover, these changes remained constant in the follow-up. The improvement of women's mental health was also significant at the clinical level. We thus conclude that these findings prove the efficacy of this psychological intervention program.

© 2014 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Production by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

*Keywords:*  
Psychological treatment  
Efficacy  
Battered women  
Posttraumatic stress  
Depression

\*e-mail: [pmatud@ull.es](mailto:pmatud@ull.es)

Versión en castellano disponible en [Spanish version available at]: [www.elsevier.es/psi](http://www.elsevier.es/psi)

Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psi.2014.06.001>

1132-0559/ © 2014 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Producido por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

La violencia contra las mujeres es un grave problema social. Constituye una violación de los derechos humanos y de las libertades fundamentales (Organización de Naciones Unidas - ONU, 1993), así como un problema de salud pública. Una de las formas más frecuentes de violencia contra las mujeres es la ejercida por su cónyuge, pareja o ex pareja, siendo en estos casos más probable que las mujeres sufren ataques repetidos, lesiones, violaciones o que mueran que si son atacadas por otro tipo de agresores (Browne y Williams, 1993). Dicha violencia es una causa importante de problemas de salud física y mental en las mujeres de todo el mundo (Grossman y Lundy, 2007; Kaur y Garg, 2010).

El maltrato a la mujer por su pareja incluye diversas actitudes y conductas hacia la mujer, tales como agresiones físicas, maltrato psicológico, relaciones sexuales forzadas y otras formas de coacción sexual, junto con comportamientos dominantes y de abuso tales como, por ejemplo, acoso verbal, destrucción de propiedades de la víctima o aislamiento. Generalmente los diferentes tipos de violencia y abuso se asocian, si bien no todas las mujeres sufren todos los tipos. Además, no se trata de conductas aisladas de la pareja sino que son reiteradas. Y, dado que su finalidad es controlar y ejercer poder sobre la mujer, es bastante común que conductas inicialmente no violentas del agresor, por medio de su asociación con conductas violentas, puedan adquirir propiedades similares de control de la mujer (Dutton, 1992). Dicha violencia está íntimamente ligada a la construcción social del género y a la desigualdad de poder entre mujeres y hombres, tratándose de un fenómeno ampliamente aceptado por la sociedad que la genera y mantiene. Pese a los cambios sociales que se han dado en algunas sociedades en las últimas décadas, aún prevalece un clima de aceptación social de dicha violencia, culpando a la víctima y justificando al agresor (Gracia y Herrero, 2006). Ello, junto con la falta de metodologías que permitan su evaluación de forma ética y salvaguardando la seguridad de las víctimas (Stark y Ager, 2011), hace que sea difícil conocer su prevalencia. Pese a ello, las tasas encontradas en los distintos estudios tienden a ser altas, si bien varían entre los países. Ejemplo de ello es el estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud - OMS (2005) en 10 países (Bangladesh, Brasil, Etiopía, Japón, Namibia, Perú, Samoa, Serbia y Montenegro, Tailandia y la República Unida de Tanzania) donde se encontró que el porcentaje de mujeres que tenían o habían tenido pareja y que habían sufrido a lo largo de su vida violencia física, sexual o ambas de su pareja oscilaba entre el 15% y el 71%. También en España este tipo de violencia constituye un grave problema social y la sufren un número elevado de mujeres, si bien las tasas varían de forma importante entre los distintos estudios oscilando entre el 5.1% y el 20.2% (véase la revisión de Menéndez, Pérez y Lorence, 2013).

El maltrato a la mujer por su pareja incide de forma importante en la salud de sus víctimas. Además de las posibles lesiones físicas sufridas como efecto directo de la violencia, tiene un gran impacto en su salud física y mental, pudiendo dejar secuelas que perduran en el tiempo aun cuando las mujeres ya hayan puesto fin a la relación con el agresor (Ellsberg, Jansen, Heis, Watts y García-Moreno, 2008). Entre los problemas de salud mental citados con mayor frecuencia se encuentran el trastorno de estrés postraumático (TEPT), depresión y ansiedad (Echeburúa y Corral, 1998; Golding, 1999; Pico-Alfonso, García-Linares, Celda-Navaro, Herbert y Martínez, 2004). Además, dicha violencia puede disminuir la autoestima y sentimiento de autoeficacia de la mujer (Orava, McLeod y Sharpe, 1996), habiéndose encontrado que es posible que desarrolle sentimientos de culpa, aislamiento social y dependencia emocional del maltratador (Echeburúa y Corral, 1998), tendencias suicidas (Ellsberg et al., 2008; Golding, 1999) y abuso de alcohol y/o drogas (Golding, 1999) o de fármacos como forma de afrontamiento inadecuada para hacer frente a los problemas (Echeburúa y Corral, 1998).

Aunque existe evidencia de que las mujeres maltratadas por su pareja tienen reacciones muy similares a las víctimas de otros tipos de traumas (Browne y Williams, 1993), las implicaciones emocionales

que tienen con la pareja agresora y la dependencia económica que pueda tener de él son factores importantes tanto para analizar la dinámica del maltrato como para su tratamiento (Heise y García-Moreno, 2002). Además, este tipo de violencia presenta una serie de características propias que hacen necesario el diseño de intervenciones específicas capaces de dar respuesta a las múltiples necesidades de las mujeres maltratadas por su pareja, si bien no hay que olvidar que la erradicación de tal violencia va más allá de la intervención con sus víctimas. Por ello, en las últimas décadas se han desarrollado en diversos países una serie de programas de prevención e intervención que incluyen, además del área psicológica, la legal y social, pretendiendo dar una respuesta comunitaria coordinada, si bien no existen datos concluyentes acerca de su eficacia (Barner y Carney, 2011).

Pese a que son varios los programas y modelos de intervención psicológica específicamente diseñados para intervenir con las mujeres maltratadas por su pareja, la investigación sobre sus resultados es limitada (Davis y Auchter, 2010; Lundy y Grossman, 2001; Rolling y Brossi, 2010). Tal y como plantean Echeburúa y Corral (1998), muchos de los estudios sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos tienen problemas metodológicos importantes que impiden sacar conclusiones definitivas. Y ello pese a haberse reconocido que la valoración de las intervenciones para mejorar la salud y el bienestar de las mujeres maltratadas sigue siendo prioritaria (Wathen, 2003). Aunque la situación parece haber mejorado durante la última década, habiéndose publicado varios estudios sobre la eficacia del tratamiento con dichas mujeres, muchas de las intervenciones propuestas tienen una serie de limitaciones y/o requisitos en su aplicación, tales como la existencia de TEPT (Kubany, Hill y Owens, 2003; Kubany et al., 2004; Johnson y Zlotnick, 2006), trastorno que no se da en todas las mujeres maltratadas por su pareja. Algunas requieren que las mujeres cumplan otra serie de requisitos, tales como estar durante el tratamiento en casas de acogida (Johnson y Zlotnick, 2006), que hubiesen dejado previamente la relación con el agresor y que no tuvieran intención de regresar con él (Kubany et al., 2004) o que se trate de mujeres embarazadas (Zlotnick, Capezza y Parker, 2011).

También en España se han diseñado e implementado programas de intervención psicológica con mujeres maltratadas por su pareja (véase, por ejemplo, Crespo y Arinero, 2010; Echeburúa y Corral, 1998; Guerrero y García, 2008; Labrador, Rincón, De Luis y Fernández-Velasco, 2004; Madrigal, Cardenal, Téllez, Ortiz-Tallo y Jiménez, 2012). Pero la investigación sobre sus efectos es limitada ya que se han puesto a prueba con muestras muy pequeñas y/o tienen limitaciones metodológicas. Además, la mayoría son intervenciones en las que no se tiene en cuenta la relevancia que en la violencia contra las mujeres tienen los roles de género y el contexto sociocultural.

Profesionales con amplia experiencia en el campo han planteado, desde hace más de dos décadas, la necesidad de tener en cuenta en la intervención con mujeres maltratadas por su pareja, además de las consecuencias psicológicas que tal violencia tiene en las mujeres, el contexto sociocultural y los roles de género, evitando culpar y/o responsabilizar a la víctima de la violencia sufrida (Grigsby y Hartman, 1997; McCloskey y Fraser, 1997) tendencia que, tal y como recordaba Walker (1994), era un problema en los servicios de salud mental. Partiendo de estas premisas, y tras el estudio empírico del maltrato a la mujer por su pareja y el impacto en la salud de sus víctimas, se desarrolló, a través de un proyecto de investigación, un programa de intervención psicológica para mujeres maltratadas por su pareja (Matud, 2004). Siguiendo las propuestas de autoras como Dutton (1992) y Walker (1994), dicho programa tiene tres objetivos principales: 1) ayudarles a aumentar su seguridad, 2) ayudarles a recuperar el control de su vida y 3) remediar el impacto psicológico del abuso. Se trata de un programan multicomponente en el que, aunque predominan la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales, se incluyen los principios y estrategias generados desde la perspectiva socioestructural del maltrato a la mujer, tales como incorporar el principio de igualdad y tener en cuenta la relevancia del género (Dutton, 1992;

McCloskey y Fraser, 1997), así como desde la psicología positiva (Park y Sun, 2013; Tarragona, 2013), tales como promover las habilidades, fortalezas y recursos y enfatizar la construcción de soluciones y la agencia personal de las mujeres. El programa trata de validar la experiencia de la mujer y fomentar su independencia, ayudándole a que utilice estrategias que la sitúen en una posición de mayor poder y toma de decisiones, de modo que logre recuperar el control de su vida. Dicho programa puede ser aplicado de forma individual o grupal, modalidad de la que se ha publicado una guía de tratamiento (Matud, Padilla y Gutiérrez, 2005).

Aunque se ha estudiado la eficacia de dicho programa en su modalidad de aplicación grupal (Matud, 2004; Moraza, Fortes y Matud, 2012), no ha sido aún comprobada cuando la aplicación es de forma individual. Por tanto, el objetivo del presente trabajo es analizar la eficacia en su aplicación individual del programa.

## Método

### Participantes

La muestra está formada por 128 mujeres maltratadas por su pareja, usuarias de los servicios de atención especializada para víctimas de violencia de género de la Comunidad Canaria. Sus edades estaban comprendidas entre 18 y 67 años ( $M = 38.49$ ,  $DT = 9.20$ ). El rango del número de hijos/as iba desde ninguno/a, lo que se daba en el 14.2%, a siete, lo que sucedía en una sola mujer ( $M = 1.61$ ,  $DT = 1.14$ ). En la entrevista inicial, el estado civil era de soltera en el 28%, casada o con pareja de hecho en el 39% y separada o divorciada en el 33%. En esas fechas, la mayoría (el 75%) ya no convivía con la pareja violenta pero el 25% aún mantenía dicha convivencia. El 35.8% solo había cursado estudios básicos, el 40.9% estudios medios y el 23.3% estudios universitarios. También su profesión era diversa si bien lo más común es que se tratase de mujeres con empleo manual no cualificado (el 47%); el 23.1% tenía empleo no manual, el 12.8% eran profesionales para cuyo desempeño se requerían estudios universitarios, el 12% se autocalificaba como “ama de casa” y el 5.1% eran estudiantes. Solo el 45% estaba en activo, estando el 34.2% desempleada y el 4.2% de baja por enfermedad.

### Instrumentos

**Inventario de evaluación del maltrato a la mujer por su pareja** (APCM, Matud, 1999). Consta de 57 ítems que se refieren a conductas concretas del maltratador, tanto de tipo físico (golpes, empujones, mordiscos, tirones de pelo...), como psicológico (insultos, acusaciones, degradaciones, intentos de control, gritos...) o sexual. La escala de respuesta es tipo Likert con cinco alternativas y se le pide a la mujer que valore la medida en que su pareja tiende a realizar cada una de las conductas descritas. El factor de maltrato físico está formado por 15 ítems cuya consistencia interna en la presente muestra es de .93. El factor de maltrato psicológico está formado por 38 ítems cuya consistencia interna también es de .93 y el factor de maltrato sexual está formado por cuatro ítems cuya consistencia interna es de .86. La consistencia interna de los 57 ítems que conforman la escala total es de .95.

**Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés pos-traumático** (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasúa, 1997). Escala de evaluación heteroaplicada que consta de 17 ítems, basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV, cuyos objetivos son tanto el diagnóstico categorial de este cuadro clínico como la evaluación de la severidad del trastorno, cuantificando tanto la frecuencia como la intensidad de los síntomas de reexperimentación (5 ítems), evitación (7 ítems) y aumento de la activación (5 ítems). Los puntos de corte para diagnosticar la existencia de TEPT son de 15 en la escala global, de 5 en reexperimentación, de 6 en evitación y de 4 en aumento de la activación. Según Echeburúa et al. (1997),

la eficacia diagnóstica con estos puntos de corte es del 95.45%. En la presente muestra, la consistencia interna de los ítems de la escala de reexperimentación fue .81, .73 en los de aumento de la activación, .64 en los de evitación y .85 en los 17 ítems que componen la prueba total.

**Inventario de depresión de Beck-II** (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996). Inventario formado por 21 ítems que ha sido ampliamente utilizado para evaluar la sintomatología depresiva, tanto en pacientes con trastornos psicológicos como en la población general. El formato de respuesta es de cuatro puntos, desde 0 a 3, reflejando a mayor puntuación más gravedad de la sintomatología. Se estructura en dos factores correlacionados: uno cognitivo-afectivo formado por 9 ítems y otro somático-motivacional formado por 12 ítems. Se ha utilizado la versión española de Sanz, Perdigón y Vázquez (2003), que ha sido validada en varios tipos de muestras. En la muestra del presente estudio, la consistencia interna del factor cognitivo-afectivo fue de .84, la del somático-motivacional de .80 y la de la prueba total de .89.

**Inventario de ansiedad de Beck** (BAI; Beck y Steer, 2011). Inventario formado por 21 ítems, puntuados de 0 a 3, reflejando mayor puntuación más gravedad de la sintomatología de ansiedad experimentada durante la última semana. Permite establecer unos criterios de gravedad que, según la primera edición del manual original, son los siguientes: ansiedad mínima (0 a 7), ansiedad leve (8 a 15), ansiedad moderada (16 a 25) y ansiedad grave (26 a 63). El BAI es el instrumento autoaplicado más utilizado en el mundo para evaluar la gravedad de la ansiedad y su adaptación española muestra buenos índices psicométricos (Sanz, 2014). En la muestra del presente estudio su consistencia interna es de .91.

**Inventario de autoestima** (SEQ-MR). Instrumento formado por 25 ítems que corresponden a la versión reducida del SEQ validada con mujeres maltratadas por su pareja (Rector y Roger, 1993). Su formato de respuesta es de cuatro puntos y va desde  *nunca* (puntulado con 0) hasta *siempre* que se puntúa con 3. Se estructura en dos factores: confianza en sí misma, formado por 11 ítems cuya consistencia interna en la presente muestra es de .86, e inseguridad, formado por 14 ítems cuya consistencia interna es de .90. Ambos factores se agrupan en un factor de segundo orden, que evalúa baja autoestima, en que se incluyen los 25 ítems del inventario y cuya consistencia interna es de .92.

**Inventario de apoyo social** (AS; Matud, 1998). Consta de 12 elementos con cuatro alternativas de respuesta que se refieren a la percepción de disponibilidad de apoyo en las áreas más relevantes (económica, laboral, afectiva, diversión...). Evalúa dos factores: apoyo social instrumental, formado por 5 ítems cuya consistencia interna en la presente muestra es de .80, y apoyo social emocional, formado por siete ítems con una consistencia interna de .86. La consistencia interna de la prueba total fue de .91.

Además se les pasó una hoja de recogida de datos en la que se recabó información sobre sus características demográficas, enfermedades y consumo de medicamentos y la Entrevista Semiestructurada de Historia y Tipo de Maltrato (Matud, 1999), donde se explora en profundidad el maltrato de la pareja, recogiendo información tanto histórica como actual de dicha violencia, así como de la dinámica funcional del maltrato, si bien en el presente trabajo solo se han incluido algunos de los datos que permite obtener.

### Procedimiento

El contacto con las participantes fue a través de centros públicos para víctimas de violencia de género de la Comunidad Canaria con los que la Universidad de La Laguna tenía firmados convenios de investigación y donde el protocolo de evaluación e intervención psicológica había sido establecido en base a dicho convenio, si bien en uno de ellos, por escasez de personal, no podía aplicarse el protocolo de intervención aquí descrito. Se trata de servicios que cuentan con

equipos multidisciplinares por lo que las mujeres además de ayuda psicológica también pueden obtener asesoramiento jurídico y social. Aquellas que solicitaron asistencia psicológica fueron derivadas a la psicóloga del centro, quien les explicó el programa de intervención. Tras firmar el consentimiento informado, se las citó de forma individual para realizar la evaluación psicológica inicial.

Quince de las mujeres que componen la muestra eran usuarias del centro donde no estaba establecido el protocolo de intervención psicológica y 17 abandonaron el programa de intervención durante las primeras sesiones, siendo un total de 32 mujeres quienes conforman el grupo control. El resto ( $n = 96$ ) completaron el programa de intervención psicológica que fue llevado a cabo de forma individual.

Todas las mujeres fueron evaluadas en una primera ocasión (que denominamos *pretest*) con las pruebas citadas y en una segunda, denominada *posttest*, que correspondió a la finalización de la intervención psicológica en las que participaron en dicho programa y de un intervalo de tiempo similar en las del grupo control. En la evaluación del *posttest* las mujeres fueron evaluadas con las mismas pruebas, excepto el APCM y la historia de maltrato. Además, 37 de las mujeres que participaron en el programa de intervención psicológica fueron evaluadas con dichas pruebas en una tercera ocasión (que denominamos *seguimiento*) y que tuvo lugar entre 4 y 8 meses después de finalizado el programa de intervención. La razón de la no participación en el seguimiento del resto de las mujeres que completaron el programa de intervención fue por la imposibilidad de localizarlas, por haber cambiado de residencia o de número de teléfono. El estudio se llevó a cabo entre 2008 y 2013.

Se aseguró el anonimato por medio de un sistema de códigos que permitía que la identificación de las participantes únicamente fuese posible en el centro donde se realizó la evaluación y la intervención, pero no en la Universidad de La Laguna, centro donde fueron analizados los datos. El presente estudio fue informado positivamente por el Comité de Ética de la Investigación y Bienestar Animal de la Universidad de La Laguna.

## **Programa de tratamiento**

El programa fue realizado en sesiones de terapia individual de hora y media de duración y constaba de una serie de componentes. 1) Fase psicoeducativa en género y en violencia de género. En esta fase se pretende aumentar la seguridad de las mujeres, la toma de conciencia y la comprensión del proceso de violencia de género vivido. Para ello se trabaja a través de la metodología inductiva qué es la violencia de género, los tipos de malos tratos, las consecuencias en sus víctimas y las características de los hombres agresores, así como las estrategias exculpatorias que utilizan ante la violencia ejercida. También se trabajan los mitos sobre la violencia familiar y las medidas de seguridad, lo cual es fundamental dado el riesgo en el que se encuentran muchas de las mujeres. Además, se analiza a través del debate cómo la socialización tradicional y los estereotipos de género no solo limitan la vida y el desarrollo de las personas sino que perpetúan y generan la violencia hacia las mujeres. 2) Reducción y/o eliminación de síntomas, para lo cual se utilizan distintas estrategias y técnicas terapéuticas, tales como reestructuración cognitiva, parada de pensamiento, técnicas de manejo del estrés y entrenamiento en relajación. Dentro de la reestructuración cognitiva, se enfatizan las cogniciones irracionales y desadaptativas relacionadas con la culpa, la cual también se trabaja por medio de la psicoeducación en género y en violencia de género. 3) Estrategias y técnicas para aumentar su autoestima y autoeficacia. Para ello se utiliza psicoeducación en autoestima y autoeficacia, así como estrategias para que atiendan a sus propias necesidades, defiendan sus derechos y realicen actividades gratificantes, así como la programación de actividades cotidianas para el autocuidado. 4) Fomentar una comunicación y habilidades sociales adecuadas. Además de una fase psicoeducativa acerca de la comunicación y los estilos de conducta interpersonal, se lleva a cabo

entrenamiento en técnicas assertivas y de comunicación. 5) Aprender y/o mejorar la forma de solucionar los problemas y de tomar decisiones, lo cual se realiza a través de psicoeducación y entrenamiento en solución de problemas y toma de decisiones. Además, la última sesión de intervención se dedica a la reestructuración cognitiva sobre el amor romántico y la prevención de recaídas. Con el fin de reforzar y fomentar el aprendizaje, así como la agencia de las mujeres, en cada sesión se le da unas "fichas" en la que se recoge de forma sintética y estructurada el contenido teórico de lo tratado en la sesión, animándoles a que metan las fichas en una carpeta que se les da en la primera sesión. Además, se asignan tareas para casa en cada sesión, excepto en la última. La descripción del programa completo puede consultarse en Matud et al. (2005).

Antes de comenzar el programa de intervención, las mujeres tienen dos sesiones en las cuales, además de establecerse una adecuada relación terapéutica, se realiza la evaluación inicial en la que se utilizan los instrumentos descritos. Dentro de esta evaluación destaca la exploración en profundidad de la violencia de la pareja, analizando tanto sus inicios como su evolución y situación actual, así como la dinámica de la violencia y las amenazas a su seguridad que puedan existir.

Aunque la guía de tratamiento está estructurada en 10 sesiones, tal y como se especifica en el manual de intervención, los objetivos y contenidos de cada sesión se aplican tomando el tiempo que precisan las participantes, cuestión que es fundamental dada la relevancia que los aspectos psicoeducativos tienen en la intervención propuesta así como las diferencias en el ritmo de recuperación y asimilación de cada mujer. En el presente trabajo la duración de la aplicación del programa osciló entre 15 y 20 sesiones.

El programa fue llevado a cabo por 10 psicólogas, con formación de postgrado en violencia de género y en el programa de intervención, dos de las cuales son doctoras en psicología con experiencia clínica (dos de las autoras del presente trabajo) y las otras 8 son licenciadas en psicología, colegiadas que estaban cursando el segundo año de un máster universitario sobre violencia de género. Todas ellas aplicaron el programa siguiendo el manual de tratamiento. Una de las psicólogas expertas entrenó de forma intensiva en el programa a las 8 licenciadas en psicología y supervisó su aplicación, mediante sesiones semanales, a lo largo de todo el tiempo que duró la aplicación del programa con cada mujer.

## **Diseño**

El diseño es cuasiexperimental de dos grupos independientes (grupo experimental de intervención psicológica individual protocolizada y grupo control) con medidas repetidas (pretratamiento, post-tratamiento y seguimiento), si bien únicamente en las evaluaciones pretratamiento y posttratamiento hay una condición de no tratamiento.

## **Resultados**

### **Análisis de la homogeneidad en la evaluación inicial entre el grupo de mujeres con intervención protocolizada y el grupo de control**

Para conocer si el grupo de mujeres que participó en la intervención psicológica protocolizada y el grupo de control se diferenciaban inicialmente, tanto en las características sociodemográficas como en el maltrato de la pareja sufrido y en su salud física y mental, se compararon los datos de ambos grupos obtenidos en la evaluación inicial. Como puede observarse en la tabla 1, no se daban diferencias entre ambos grupos en edad ni en el número de hijos/as. Tampoco se daban diferencias estadísticamente significativas en el estado civil,  $\chi^2(2, N = 118) = 4.24, p = .12$ , pero sí se daban en el nivel de estudios,  $\chi^2(2, N = 120) = 14.03, p = .01$ , siendo más frecuente que las mujeres que

**Tabla 1**

Medias (*M*), desviaciones típicas (*DT*) y diferencias entre las mujeres del grupo control y con intervención psicológica

Variable	Grupo			<i>t</i> ( <i>p</i> )	
	Control	Intervención			
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	
Edad	39.39	10.80	38.20	9.66	0.58 (.56)
Número de hijos/as	1.81	1.49	1.54	0.99	1.12 (.26)
Maltrato total de la pareja	104.61	43.90	97.99	38.41	0.80 (.42)
Maltrato Psicológico	88.97	33.02	84.13	29.51	0.42 (.68)
Maltrato físico	12.61	13.29	10.28	11.14	0.77 (.44)
Maltrato sexual	3.03	3.71	3.58	4.36	-0.63 (.53)
Años de maltrato de la pareja	9.57	10.63	8.92	7.96	0.34 (.74)
Síntomas de estrés postraumático	24.67	10.16	25.19	9.46	-0.25 (.80)
Síntomas de ansiedad (BAI)	25.53	15.35	27.39	12.51	-0.68 (.49)
Síntomas depresivos (BDI)	30.52	13.71	27.50	10.33	1.17 (.24)
Número de enfermedades actuales	1.07	0.73	0.95	1.03	0.645 (.51)
Número de medicamentos consumidos	1.39	1.31	1.05	1.38	0.65 (.23)
Autoestima	32.41	15.55	35.97	14.17	-1.19 (.23)
Apoyo social	13.21	10.19	21.97	8.50	-4.57 (.00)

participaron en el grupo de intervención tuvieron estudios medios (el 45.5%) o universitarios (el 23.3%), mientras que era más común en las mujeres del grupo control que únicamente hubiesen cursado estudios básicos (el 62.5%). No había diferencias estadísticamente significativas en la intensidad del maltrato sufrido por la pareja ni en los años de maltrato, tal y como se muestra en la tabla 1, no dándose tampoco diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia con que las mujeres de cada grupo convivían con la pareja violenta,  $\chi^2 (2, N = 108) = 0.94, p = .33$ . Tampoco se diferenciaban en sintomatología mental, autoestima, o en el número de enfermedades ni medicamentos consumidos, pero sí había diferencias estadísticamente significativas en el apoyo social percibido, que era mayor en el grupo de mujeres que participaron en el programa de intervención psicológica.

### Efectos inmediatos del programa de intervención

Para conocer si había cambios en la sintomatología mental, autoestima y apoyo social entre la evaluación inicial y tras la intervención en el grupo de mujeres con intervención psicológica protocolizada, o entre el primer y segundo pase de pruebas en las mujeres del grupo control, se hicieron análisis de varianza (ANOVA) de medidas repetidas. El diseño fue mixto, teniendo la variable independiente intragrupo dos niveles (pretest y posttest) y la intergrupo dos (grupo control y mujeres con intervención). Cuando se consideró como variable dependiente la sintomatología de estrés postraumático de reexperimentación se encontró que la interacción entre el tipo de grupo y el momento de la evaluación era estadísticamente significativa,  $F(1, 121) = 18.88, p < .001$ . También lo fue en la sintomatología de evitación,  $F(1, 120) = 18.02, p < .001$ , y de aumento de la activación,  $F(1, 120) = 29.90, p < .001$ , por lo que se hicieron los análisis de varianza de forma independiente para cada grupo de mujeres, el de control y el de intervención psicológica protocolizada, considerando como factor el momento de evaluación (pretest y posttest) y como variable dependiente los tres tipos de síntomas. En la tabla 2 se muestran las medias, desviaciones típicas y los resultados de los análisis de varianza realizados en cada grupo, así como el tamaño del efecto evaluado mediante la *d* de Cohen (1988). Como puede observarse en dicha tabla, en las mujeres del grupo control no hubo cambios estadísticamente significativos entre el primer y segundo pase

de pruebas en ninguno de los síntomas de estrés postraumático. Por el contrario, en el grupo de mujeres con intervención protocolizada se dieron diferencias estadísticamente significativas en los tres tipos de síntomas, mostrando las mujeres tras el programa de intervención psicológica menor sintomatología de reexperimentación, de evitación y de aumento de la activación, efecto cuyo tamaño es grande según los criterios propuestos por Cohen (1988).

En los ANOVA en los que la variable independiente intragrupo fue el momento de la evaluación (pretest, posttest), la intergrupo el haber participado o no en la intervención (grupo control, mujeres con intervención) y las variables dependientes cada uno de los dos factores del inventario de depresión de Beck, la interacción entre tipo de grupo y momento de la evaluación fue estadísticamente significativa en el factor cognitivo-afectivo,  $F(1, 111) = 53.36, p < .001$ , y también en el somático-motivacional,  $F(1, 111) = 67.87, p < .001$ . Los ANOVA realizados de forma independiente para cada grupo, en que el factor fue el momento de evaluación (pretest, posttest) y la variable dependiente dicha sintomatología, evidenciaron que no se dieron cambios estadísticamente significativos en las mujeres del grupo control pero sí los hubo en las mujeres con intervención protocolizada, las cuales tenían menor sintomatología depresiva, tanto de tipo cognitivo-afectivo como somático-motivacional, siendo el tamaño del efecto grande (véase tabla 2).

En el ANOVA en el cual la variable independiente intragrupo fue el momento de la evaluación (pretest, posttest), la intergrupo el haber participado o no en la intervención (grupo control, mujeres con intervención) y la variable dependiente la sintomatología de ansiedad también se encontró que la interacción entre el tipo de grupo y el momento de la evaluación era estadísticamente significativa,  $F(1, 108) = 49.62, p < .001$ . Los ANOVA realizados de forma independiente para cada grupo mostraron que, tal y como se muestra en la tabla 2, aunque no hubo cambios estadísticamente significativos en las mujeres del grupo control, las mujeres del grupo de intervención protocolizada mostraban menor sintomatología de ansiedad tras el programa de intervención, siendo el tamaño del efecto grande.

En los análisis de varianza en los que la variable independiente intragrupo fue el momento de la evaluación (pretest, posttest), la intergrupo el haber participado o no en la intervención (grupo control, mujeres con intervención) y las variables dependientes los factores del cuestionario de autoestima, la interacción entre tipo de grupo y

momento de la intervención fue estadísticamente significativa en el factor de confianza en sí misma,  $F(1, 111) = 53.36, p < .001$ , y en el factor de inseguridad,  $F(1, 110) = 47.14, p < .001$ . Los ANOVA realizados de forma independiente para cada grupo, en los que el factor fue el momento de evaluación (pretest, posttest) y la variable dependiente cada uno de los factores de autoestima, mostraron que en las mujeres del grupo control no se dieron cambios estadísticamente significativos en el factor de confianza en sí misma pero sí en el de inseguridad. Como puede observarse en la tabla 2, las mujeres del grupo control tenían más inseguridad en el segundo pase de pruebas que en la evaluación inicial, siendo el tamaño de dicho efecto medio, según la categorización propuesta por Cohen (1988). En el grupo de mujeres con intervención protocolizada se dieron cambios estadísticamente significativos en ambos factores, mostrando las mujeres tras la intervención psicológica más confianza en sí mismas y menos inseguridad que en la evaluación inicial, siendo el tamaño del efecto grande en los dos factores.

Los ANOVA en los que la variable independiente intragrupo fue el momento de la evaluación (pretest, posttest), la intergrupo el haber participado o no en la intervención (grupo control, mujeres con intervención) y las variables dependientes cada uno de los factores del cuestionario de apoyo social mostraron que la interacción entre tipo de grupo y momento de la evaluación no fue estadísticamente significativa ni en el factor de apoyo social emocional,  $F(1, 104) = 0.20, p = .654$ , ni instrumental,  $F(1, 103) = 2.07, p = .153$ . Sí fueron estadísticamente significativos los efectos principales de la intervención en apoyo social emocional,  $F(1, 104) = 24.02, p < .001$ , y también en instrumental,  $F(1, 103) = 24.46, p < .001$ .

Pese a que la interacción no fue estadísticamente significativa, por lo que no es necesario analizar el efecto de la intervención en cada grupo por separado, se decidió hacerlo así en un intento de profundizar en los cambios entre las dos evaluaciones en las mujeres de cada grupo. Como puede observarse en la tabla 2, en las mujeres del grupo control solo hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos pasos de pruebas en apoyo social emocional, que era mayor en el segundo pase respecto a la entrevista inicial, diferencias cuyo tamaño del efecto era medio. En el grupo de mujeres con intervención protocolizada se dieron diferencias estadísticamente signifi-

cativas en los dos factores de apoyo social, mostrando las mujeres tras la intervención mayor apoyo social, emocional e instrumental que en la entrevista inicial, siendo el tamaño del efecto medio.

También se hicieron análisis categoriales en aquellos cuestionarios que tenían puntos de corte para establecer puntuaciones categoriales: el BDI, el BAI y el cuestionario de estrés postraumático. En las mujeres del grupo control, el 48% tenía TEPT en la evaluación inicial y el 38% en el posttest y en las mujeres del grupo de intervención protocolizada el 49.5% tenía dicho trastorno en la evaluación inicial y el 7.3% inmediatamente después del programa de intervención.

Según los puntos de corte del BDI, en la evaluación inicial el 8.7% de las mujeres del grupo control tenía depresión mínima, el 13% leve, el 34.8% moderada y el 43.5% grave. En el posttest los porcentajes eran el 5.3% mínima, el 21.1% leve, otro 21.1% moderada y el 52.6% grave. En las mujeres del grupo de intervención psicológica, en la evaluación inicial el 8.4% tenía depresión mínima, el 10.5% leve, el 33.7% moderada y el 47.4% grave. Inmediatamente después del programa de intervención el 93.6% tenía depresión mínima, el 2.1% depresión leve, el 3.2% depresión moderada y el 1.1% depresión grave.

Las puntuaciones categoriales del BAI evidenciaron que en la evaluación inicial el 9.4% de las mujeres del grupo control tenía ansiedad normal, el 21.9% ansiedad media, el 25% ansiedad moderada y el 43.8% ansiedad grave. En el posttest ninguna de las mujeres apareció en la categoría de ansiedad normal, el 23.5% tenía ansiedad media, el 11.8% ansiedad moderada y el 64.7% ansiedad grave. En las mujeres del grupo de intervención psicológica, en la evaluación inicial el 4.2% tenía ansiedad normal, el 15.8% ansiedad media, el 24.2% ansiedad moderada y el 55.8% ansiedad grave. Inmediatamente después de la intervención el 47.9% tenía ansiedad normal, el 31.9% ansiedad media, el 17% ansiedad moderada y el 3.2% ansiedad grave.

## Seguimiento

Para conocer si los resultados obtenidos inmediatamente tras la finalización del programa de intervención psicológica se mantenían se hizo un seguimiento en un intervalo de entre 4 y 8 meses. Como ya se ha citado, dicho seguimiento solo fue posible realizarlo en 37 de las mujeres que participaron en el programa de intervención psi-

**Tabla 2**

Medias (desviaciones típicas,  $DT$ ), comparaciones y tamaño del efecto ( $d$  de Cohen) entre los dos pasos de pruebas en las mujeres del grupo control y entre antes e inmediatamente después de la intervención en las mujeres del grupo con intervención psicológica protocolizada

Variable	Grupo							
	Control				Intervención			
	Pretest	Posttest	Pretest	Posttest	$M (DT)$	$M (DT)$	$F (p)$	$d$
<b>Sintomatología estrés postraumático</b>								
Reexperimentación	6.32 (4.09)	5.82 (4.49)	0.55 (.46)	0.11	7.21 (3.56)	2.98 (3.31)	100.64 (.00)	1.23
Evitación	10.48 (4.47)	9.30 (5.30)	1.21 (.28)	0.24	9.95 (4.95)	3.60 (4.02)	123.40 (.00)	1.41
Aumento de la activación	8.04 (3.08)	6.96 (3.25)	2.95 (.09)	0.34	8.03 (3.35)	2.56 (2.58)	196.78 (.00)	1.83
<b>Sintomatología depresiva (BDI)</b>								
Síntomas cognitivo-afectivo	12.00 (7.53)	13.26 (7.81)	1.36 (.26)	0.16	10.06 (5.24)	1.78 (2.56)	231.16 (.00)	2.01
Síntomas somático-motivacional	18.05 (7.20)	19.37 (8.71)	1.05 (.32)	0.16	17.22 (6.26)	4.07 (3.90)	312.03 (.00)	2.52
Síntomas de ansiedad (BAI)	29.29 (16.83)	33.47 (18.08)	3.76 (.07)	0.24	27.19 (12.51)	4.94 (7.35)	195.53 (.00)	2.17
<b>Factores cuestionario de autoestima</b>								
Confianza en sí misma	14.89 (8.41)	14.95 (8.27)	0.01 (.97)	0.01	16.35 (6.60)	25.01 (5.59)	186.53 (.00)	1.42
Inseguridad	23.21 (10.94)	26.42 (10.20)	5.75 (.03)	0.30	22.66 (8.97)	11.24 (7.07)	153.54 (.00)	1.41
<b>Factores cuestionario apoyo social</b>								
Apoyo social emocional	8.59 (6.16)	11.06 (6.61)	8.38 (.01)	0.39	14.22 (5.10)	16.26 (4.49)	15.75 (.00)	0.43
Apoyo social instrumental	4.62 (4.42)	5.52 (4.30)	2.49 (.13)	0.20	7.83 (4.27)	9.83 (4.15)	22.85 (.00)	0.48

cológica. Para conocer si el grupo de mujeres que participó en dicho seguimiento se diferenciaba de las que, aunque habían realizado el programa de intervención, no habían participado en el seguimiento, se hicieron diferencias de medias. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p < .05$ ) en edad, número de hijos/as, maltrato de la pareja sufrido, ni en las puntuaciones en estrés postraumático, ansiedad, depresión, autoestima ni apoyo social.

También se analizó si había diferencias en el efecto inmediato del programa de intervención entre las mujeres que participaron en el seguimiento y de las que no se pudo obtener dichos datos. Para ello se hicieron análisis de varianza, considerando como variable independiente intragrupo el momento de la evaluación (pretest, postest), como intergrupo el haber sido evaluadas o no en los seguimientos (con seguimiento, sin seguimiento) y como variables dependientes las puntuaciones en sintomatología, autoestima y apoyo social. La interacción entre el momento de la intervención y el haber participado o no en el seguimiento no fue estadísticamente significativa cuando se consideró como variable independiente la puntuación en sintomatología de estrés postraumático de reexperimentación,  $F(1, 93) = 0.35, p = .852$ , ni de evitación  $F(1, 93) = 0.17, p = .895$ , ni de aumento de la activación,  $F(1, 93) = 1.01, p = .318$ . Tampoco lo fue cuando se consideró como variable dependiente las puntuaciones en ansiedad,  $F(1, 91) = 0.10, p = .750$ , ni en los dos factores de depresión, en el cognitivo-afectivo,  $F(1, 92) = 0.01, p = .934$ , ni en el somático-motivacional,  $F(1, 92) = 1.28, p = .262$ . Tampoco la interacción fue estadísticamente significativa cuando se consideró como variable dependiente las puntuaciones en los dos factores de autoestima, en confianza en sí misma,  $F(1, 91) = 1.71, p = .194$ , ni en inseguridad,  $F(1, 91) = 0.28, p = .595$ . La interacción tampoco fue estadísticamente significativa cuando se consideró como variable dependiente la puntuación en apoyo social emocional,  $F(1, 75) = 0.26, p = .873$ , ni instrumental,  $F(1, 74) = 1.43, p = .235$ .

Para conocer si los cambios obtenidos inmediatamente tras finalizar el programa de intervención psicológica se mantenían durante el seguimiento, se hicieron análisis de varianza en el grupo de 37 mujeres que participaron en el seguimiento. En ellos se consideró como factor intergrupo las puntuaciones en el postest y en el seguimiento y como variables dependientes las puntuaciones en sintomatología, autoestima y apoyo social, datos que se muestran en la tabla 3 junto con las medias, desviaciones típicas y tamaño del efecto de

las diferencias. Como puede observarse, no hay diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del postest y el seguimiento, lo que indica que los efectos del programa de intervención psicológica se mantienen.

En el seguimiento dos de las mujeres, que suponen el 5.7%, tenían TEPT, porcentaje que era del 8.1% inmediatamente tras el programa de intervención en el grupo de mujeres que hizo el seguimiento. Según el BDI, el 94.4% de las mujeres tenía depresión mínima, el 2.8% depresión leve y otro 2.8% depresión grave. El análisis categorial del BAI evidenció que el 55.6% tenía ansiedad normal, el 30.6% ansiedad media, el 11.1% ansiedad moderada y el 2.8% ansiedad grave.

## Discusión

El objetivo del presente trabajo ha sido evaluar la eficacia de un programa de intervención psicológica individual para mujeres maltratadas por su pareja. Se trata de un programa multicomponente en el que, aunque predomina la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales, se tiene en cuenta la relevancia que tienen los roles de género y el contexto social en la violencia contra las mujeres y en la recuperación de tales víctimas. Dicho programa puede aplicarse con mujeres de cualquier nivel socioeducativo, en cualquier situación respecto a la relación con el agresor, no restringiéndose a las que tienen un determinado síndrome, limitaciones que sí existen en otras propuestas de intervención (cf. Johnson y Zlotnick, 2006; Kubany et al., 2004; Zlotnick et al., 2011).

La eficacia de dicho programa ya había sido probada en su aplicación grupal (Matud, 2004; Moraza et al., 2012) pero aún no se habían valorado sus efectos cuando se aplica de forma individual. Los resultados obtenidos evidencian una reducción estadísticamente significativa de la sintomatología depresiva, ansiosa y de tipo postraumático. El programa también parece eficaz para disminuir la inseguridad de las mujeres y aumentar la confianza en sí mismas y su apoyo social, tanto emocional como instrumental. Estos resultados se observan inmediatamente tras la finalización del programa de intervención y se mantienen a lo largo del tiempo, observándose incluso una ligera mejoría en el seguimiento, si bien el tamaño del efecto es generalmente pequeño y las diferencias no son estadísticamente significativas con respecto al postest.

**Tabla 3**

Medias ( $M$ ), desviaciones típicas ( $DT$ ), diferencias entre las puntuaciones y tamaño del efecto ( $d$  de Cohen) inmediatamente tras la intervención psicológica (postest) y el seguimiento en las mujeres con intervención protocolizada que participaron en los seguimientos

Variable	Grupo			
	Postest	Seguimiento	$F(p)$	$d$
<b>Sintomatología estrés postraumático</b>				
Reexperimentación	2.91 (3.47)	2.37 (2.47)	1.27 (.27)	0.18
Evitación	3.34 (4.05)	3.00 (3.16)	0.35 (.56)	0.09
Aumento de la activación	2.26 (2.16)	1.97 (2.70)	0.75 (.39)	0.12
<b>Sintomatología depresiva (BDI)</b>				
Síntomas cognitivo-afectivo	2.06 (3.14)	1.80 (3.43)	0.27 (.61)	0.08
Síntomas somático- motivacional	4.60 (3.72)	3.60 (4.67)	2.82 (.10)	0.24
Síntomas de ansiedad (BAI)	8.58 (6.38)	8.53 (7.19)	0.01 (.96)	0.01
<b>Factores cuestionario de autoestima</b>				
Confianza en sí misma	25.66 (6.11)	26.20 (5.71)	0.56 (.46)	0.09
Inseguridad	11.37 (7.87)	10.80 (8.01)	0.43 (.51)	0.07
<b>Factores cuestionario Apoyo Social</b>				
Apoyo social emocional	16.04 (4.78)	16.73 (4.13)	0.93 (.34)	0.15
Apoyo social instrumental	10.38 (3.83)	9.96 (3.72)	0.38 (.54)	0.11

La mejoría de la salud mental de las mujeres tras el programa de intervención psicológica no solo es estadísticamente significativa, sino que también lo es desde un punto de vista clínico. Así, mientras que prácticamente la mitad de las mujeres tenía TEPT antes del programa de intervención psicológica, solo el 5.7% tenía dicho trastorno en el seguimiento y mientras que casi la mitad (el 47.4%) tenía depresión grave en la evaluación inicial, solo el 2.8% la tenía en el seguimiento, presentando la mayoría de las mujeres (el 94.4%) depresión mínima en dicha evaluación. Un fenómeno similar sucedía con la ansiedad, que solo era grave en el seguimiento en el 2.8% de las mujeres, mientras que en la evaluación inicial ello sucedía en más de la mitad (el 55.8%).

En la medida que dichos cambios no se han dado en las mujeres del grupo control pueden atribuirse al programa de intervención llevado a cabo y no a la recuperación espontánea debido al paso del tiempo entre el pretest y el postest. Pero aunque fueron pocos los cambios que se dieron en estas mujeres y muchos no eran estadísticamente significativos, sí se observó en dichas mujeres en el postest, respecto a la evaluación inicial, un aumento estadísticamente significativo en su percepción de apoyo social emocional, pero también de la inseguridad en sí misma. Y aunque el cambio no era estadísticamente significativo, las mujeres del grupo control puntuaron más alto en el postest que en el pretest en ansiedad y en depresión. Por el contrario, las puntuaciones en sintomatología de estrés postraumático disminuyeron ligeramente y también decreció la frecuencia del trastorno, pasando del 48% de mujeres con TEPT en el pretest al 38% en el postest. Quizá podría suceder que en algunas mujeres la sintomatología de estrés postraumático disminuyera con el paso del tiempo ya que también en las mujeres del grupo control descendió ligeramente la frecuencia de dicho trastorno en el seguimiento respecto al postest. En todo caso, hay que tener en cuenta que aunque las mujeres del grupo control no participaron en el programa de intervención protocolizada sí tuvieron acceso a todos los servicios del centro, ya que una política de dichos servicios es prestar apoyo incondicional a la mujer y asegurarle que aunque decida dejar cualquier programa siempre puede recurrir al servicio, por lo que los cambios observados también pueden ser atribuidos al uso de los recursos del centro. Pero, como se ha citado, aunque algunos cambios experimentados por estas mujeres han sido positivos otros han sido negativos, lo que indica la necesidad de que los servicios de atención a las víctimas de violencia de género cuenten con programas específicos de intervención psicológica. La eficacia de tales intervenciones se ha constatado también en otros estudios realizados en España (cf. Crespo y Arinero, 2010; Echeburúa y Corral, 1998; Guerrero y García, 2008; Labrador et al., 2004), por lo que el acceso a intervención psicológica debería estar garantizado en los servicios para víctimas de violencia de género. De hecho, en un estudio recientemente publicado se constató que las mujeres víctimas de violencia de género que no asistieron a terapia psicológica empeoraron, mostrando más depresión e inmunoglobulina A que las que sí asistieron (Madrigal et al., 2012).

La valoración positiva de la terapia también fue realizada por las propias usuarias, el 78% de las cuales la calificaron como "muy buena", el 4.9% como "buena", el 14.6% hubiese deseado más sesiones y dos de las mujeres dijeron que era mejorable.

Otro aspecto que apunta a la eficacia del programa de intervención puesto a prueba es el elevado número de psicólogas que lo implementaron, la mayoría de las cuales, aunque tenían formación de postgrado en violencia de género y fueron entrenadas intensivamente y tutorizadas semanalmente durante la aplicación del programa, carecían de experiencia previa en intervención psicológica.

Aunque la guía de tratamiento está estructurada en 10 sesiones, la duración de la aplicación del programa fue superior, oscilando entre 15 y 20 sesiones. Ello no supone ninguna amenaza a la integridad del programa ni ninguna desviación del mismo, ya que para que el programa sea efectivo es necesario que los objetivos y contenidos de cada sesión se lleven a cabo tomando el tiempo que precise cada

participante. Además, en dicha intervención es prioritaria la seguridad de la mujer, por lo que se dedica a tales cuestiones el tiempo necesario para asegurarse de ello. Y ello está previsto en la guía de tratamiento publicada donde se especifica que, "en la práctica, las 10 sesiones representan un mínimo pero nunca un máximo" (Matud et al., 2005, p. 14).

En todo caso es necesario destacar que el programa de tratamiento psicológico llevado a cabo fue eficaz para la mayoría de las usuarias pero no para todas, ya que dos de ellas tenían TEPT en el seguimiento, una de las cuales también tenía ansiedad grave y otra de las mujeres tenía depresión grave. Sería necesario llevar a cabo futuros trabajos para analizar las causas, ya que, aunque pudiese suceder que sea fruto de una nueva victimización de la mujer, no pueden descartarse otras hipótesis hasta que el fenómeno haya sido estudiado en profundidad. También en otros estudios se ha constatado que no en todas las mujeres que participan en programas de intervención psicológica se eliminan sus trastornos, al menos durante la evaluación inmediatamente tras el programa y en los seguimientos (cf. Echeburúa y Corral, 1998; Kubany et al., 2004; Johnson y Zlotnick, 2006).

Aunque las mujeres del grupo control y las que participaron en el programa de intervención no se diferenciaban significativamente en edad, número de hijos/as, maltrato de la pareja sufrido, así como en sintomatología mental, número de enfermedades y medicamentos consumidos, era más común que las mujeres del grupo control tuvieran menor nivel de estudios y menor apoyo social. Pese a que parece poco probable que tales diferencias puedan tener algún valor explicativo de las diferencias entre ambos grupos en el postest, sí que pueden ayudar a entender las razones por las que algunas de las mujeres dejaron el programa de intervención en las primeras sesiones, lo cual sucedió en el 53% de las mujeres que conforman el grupo control. De hecho, la mayoría de ellas informó de que no podía asistir a terapia por dificultades económicas para pagarse el desplazamiento al centro, por no tener con quien dejar a sus hijos/as o bien por haber conseguido empleo. En todo caso, ello alerta de que ambas circunstancias, el bajo nivel de estudios y el menor apoyo social, pueden ser barreras adicionales para la recuperación psicológica de las mujeres maltratadas por su pareja.

Otra limitación del presente trabajo es que la asignación a los grupos de intervención y control no ha sido aleatoria, que el tamaño de los grupos es diferente y que no todas las mujeres que participaron en la intervención realizaron el seguimiento. Además, un 6% de las mujeres de los servicios en los que estaba instaurado el programa de intervención psicológica protocolizado abandonó el programa en la evaluación inicial, por lo que dichas mujeres no pudieron ser incluidas en el estudio. Aunque, tal y como señalan Davis y Auchter (2010), la asignación aleatoria a los grupos es una forma poderosa de prevenir que los efectos del tratamiento se confundan con las diferencias preexistentes entre las unidades experimentales, se ha reconocido que los experimentos aleatorios no son adecuados en todas las circunstancias, lo cual parece mucho más relevante cuando se trata de mujeres maltratadas por su pareja, en las cuales no solo está en peligro su bienestar sino que también puede estarlo su propia vida. Además, tales mujeres se enfrentan a una serie de circunstancias que hace que cambien con frecuencia de domicilio y/o de teléfono, por lo que es difícil de realizar los seguimientos, dificultades que también han sido citadas por otras autoras (Sullivan, 2011). En todo caso es importante aclarar que en el presente trabajo se han priorizado las cuestiones éticas y el bienestar y seguridad de las mujeres sobre la pureza experimental. Ello no significa que se haya descuidado la cuestión de las diferencias entre los grupos, sino que se ha tratado a través de los análisis estadísticos. También en otros estudios realizados en España sobre la eficacia del tratamiento con mujeres maltratadas se ha reconocido que no parece ético negar el tratamiento a tales mujeres, ya que puede ser crucial para su recuperación, por lo que optan por no utilizar grupo control (Crespo y Arinero, 2010).

## Conflictos de intereses

Las autoras de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

## Referencias

- Barner, J. R. y Carney, M. M. (2011). Interventions for intimate partner violence: A historical review. *Journal of Family Violence*, 26, 235–244.
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (2011). Manual. *BAI. Inventario de ansiedad de Beck* (Adaptación española de J. Sanz). Madrid: Pearson Educación.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Browne, A. y Williams, K. R. (1993). Gender, intimacy and lethal violence: Trends from 1976–1987. *Gender & Society*, 7, 78–98.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2<sup>nd</sup> Ed.). New Jersey: LEA.
- Crespo, M. y Arinero, M. (2010). Assessment of the efficacy of a psychological treatment for women victims of violence by their intimate male partner. *The Spanish Journal of Psychology*, 13, 849–863.
- Davis, R. C. y Auchter, B. (2010). National Institute of Justice funding of experimental studies of violence against women: a critical look at implementation issues and policy implications. *Journal of Experimental Criminology*, 6, 377–395.
- Dutton, M. A. (1992). *Empowering and healing the battered woman*. New York: Springer.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de Violencia Familiar*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 503–526.
- Ellsberg, M., Jansen, H., Heise, L., Watts, C. H. y García-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *The Lancet*, 371, 1165–1172.
- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14, 99–132.
- Gracia, E. y Herrero, J. (2006). Acceptability of domestic violence against women in the European Union: a multilevel analysis. *Journal of Epidemiology Community Health*, 60, 123–129.
- Grigsby, N. y Hartman, B. R. (1997). The barriers model: an integrated strategy for intervention intervention with battered women. *Psychotherapy*, 34, 485–497.
- Grossman, S. F. y Lundy, M. (2007). Domestic violence across race and ethnicity. *Violence Against Women*, 13, 1029–1052.
- Guerrero, R. y García, J. (2008). Ensayo clínico de la eficacia de la terapia constructivista-sistémica en casos de violencia contra las mujeres. *Apuntes de Psicología*, 26, 269–280.
- Heise, L. y García- Moreno, C. (2002). Violence by intimate partners. En E. G. Krug, L. L., Dahlberg, J. A., Mercy, A. B., Zwi y R. Lozano (2002). *World Report on Violence and Health* (pp. 88–121). Ginebra: World Health Organization.
- Johnson, D. M. y Zlonick, C. (2006). A cognitive-behavioral treatment for battered women with PTSD in shelters: findings from a pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 559–564.
- Kaur, R. y Garg, S. (2010). Domestic violence against women: A qualitative study in a rural community. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 22, 242–251.
- Kubany, E. S., Hill, E. E. y Owens, J. A. (2003). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD: preliminary findings. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 81–91.
- Kubany, E. S., Owens, J. A., McCaig, M. A., Hill, E. E., Iannce-Spencer, C. y Tremayne, K. J. (2004). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 3–18.
- Labrador, F. J., Rincón, P. P., De Luis, P. y Fernández-Velasco, R. (2004). *Mujeres víctimas de la violencia doméstica*. Madrid: Pirámide.
- Lundy, M. y Grossman, S. (2001). Clinical research and practice with battered women. What we know, what we need to know. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2, 120–141.
- Madrigal, L., Cardenal, V., Téllez, T., Ortiz-Tallo, M. y Jiménez, E. (2012). Cambios emocionales y alteraciones en la Inmunoglobulina A (IgA) tras el tratamiento psicológico en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Andales de Psicología*, 28, 397–404.
- Matud, M. P. (1998). *Social Support Scale* [Database record]. Retrieved from PsyCTESTS. doi: 10.1037/t12441-000.
- 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. (2004). *Diseño y validación de un programa de intervención psicológica con mujeres víctimas de maltrato por parte de su pareja*. Informe de investigación. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Matud, M. P., Padilla, V. y Gutiérrez, A. B. (2005). *Mujeres maltratadas por su pareja. Guía de tratamiento psicológico*. Madrid: Minerva Ediciones.
- McCloskey, K. A. y Fraser, J. S. (1997). Using feminist MRI brief therapy during initial contact with victims of domestic violence. *Psychotherapy*, 34, 433–446.
- Menéndez, S., Pérez J. y Lorence, B. (2013). La violencia de pareja contra la mujer en España: cuantificación y caracterización del problema, las víctimas, los agresores y el contexto social y profesional. *Psychosocial Intervention*, 22, 41–53.
- Moraza, O., Fortes, D. y Matud, M. P. (2012). Intervención psicológica con mujeres maltratadas por su pareja. Efectos en la ansiedad y en la sintomatología depresiva. En P. García, J. M. Bethencourt, A. R. Martín y E. Armas (Eds.), *Ansiedad y depresión: investigación e intervención* (pp. 413–434). Granada: Comares.
- Orava, T. A., McLeod, P. J. y Sharpe, D. (1996). Perceptions of control, depressive symptomatology, and self-esteem in women in transition from abusive relationships. *Journal of Family Violence*, 11, 167–186.
- Organización Mundial de la Salud (2005). *WHO Multi-country-study on women's health and domestic violence against women summary report on prevalence, health outcomes and women responses*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización de Naciones Unidas (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer* (Resolución de la Asamblea General 48/104). Recuperado de <http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf>
- Park, N. y Sun, J. K. (2013). La psicología positiva: investigación y aplicaciones. *Terapia Psicológica*, 31, 11–19.
- Pico-Alfonso, M. A., García-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Herbert, J. y Martínez, M. (2004). Changes in Cortisol and Dehydroepiandrosterone in women victims of physical and psychological intimate partner violence. *Biological Psychiatry*, 56, 233–240.
- Rector, N. A. y Roger, D. (1993, julio). *Self-concept and emotion-control*. Presentado en el 3<sup>rd</sup> Annual Meeting of the European Congress of Psychology. Helsinki, Finland.
- Rolling, E. S. y Brosi, M. W. (2010). A multi-leveled and integrated approach to assessment and intervention of intimate partner violence. *Journal of Family Violence*, 25, 229–236.
- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BDI) en la práctica clínica. *Clinica y Salud*, 25, 39–48.
- Sanz, J., Perdigón, A. L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clinica y Salud*, 14, 249–280.
- Stark, L. y Ager, A. (2011). A systematic review of prevalence studies of gender-based violence in complex emergencies. *Trauma, Violence, & Abuse*, 12, 127–134.
- Sullivan, C. (2011). Evaluating domestic violence support service programs: waste of time, necessary evil, or opportunity for growth? *Agression and Violent Behavior*, 16, 354–360.
- Tarragona, M. (2013). Psicología positiva y terapias constructivas: una propuesta integradora. *Terapia Psicológica*, 31, 115–125.
- Walker, L. (1994). *Abused women and survivor therapy: a practical guide for the psychotherapist*. Washington DC: American Psychological Association.
- Wathen, C. N. (2003). Interventions for violence against women. Scientific review. *American Medical Association*, 289, 589–600.
- Zlotnick, C., Capezza, N. M. y Parker, D. (2011). An interpersonally based intervention for low-income pregnant women with intimate partner violence: a pilot study. *Archives of Women's Mental Health*, 14, 55–64.