



Psychologia. Avances de la disciplina

ISSN: 1900-2386

psychologia@usbbog.edu.co

Universidad de San Buenaventura

Colombia

Cáceres-Ortiz, Eduin; Labrador-Encinas, Francisco; Ardila-Mantilla, Paola; Parada-Ortiz, Diana
Tratamiento cognitivo conductual centrado en el trauma de mujeres víctimas de violencia de pareja
Psychologia. Avances de la disciplina, vol. 5, núm. 2, julio-diciembre, 2011, pp. 13-31
Universidad de San Buenaventura
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224105002>

- 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

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL CENTRADO EN EL TRAUMA DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA*

EFFECTIVENESS OF COGNITIVE-BEHAVIORAL TREATMENT FOCUSED ON THE TRAUMA OF VICTIMS OF INTIMATE PARTNER VIOLENCE (IPV)

EDUIN CÁCERES-ORTIZ**, FRANCISCO LABRADOR-ENCINAS***

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID - ESPAÑA

PAOLA ARDILA-MANTILLA & DIANA PARADA-ORTIZ

FUNDACIÓN FOMENTAR - COLOMBIA

FECHA RECEPCIÓN: 04/03/11

FECHA ACEPTACIÓN: 07/05/11

Resumen

Se evaluó la efectividad de un tratamiento psicológico centrado en el trauma de mujeres víctimas de violencia de pareja (VP). Las participantes fueron 73, con diagnóstico de TEPT (Trastorno de estrés postraumático). El diseño fue pre-experimental, los instrumentos utilizados fueron fiables para la población colombiana para medir el trauma (TEPT, depresión, ansiedad, autoestima e inadaptación). El estudio se dividió en tres fases: evaluación (características del trauma y sus consecuencias), tratamiento (breve en ocho sesiones, grupal, protocolizado en componentes: psicoeducación, activación, terapia cognitiva y exposición) y seguimientos a uno, tres y seis meses. Los resultados señalan que la VP es crónica, cíclica y suelen concurrir las tres formas de violencia. Las mujeres son víctimas y algunas maltratadoras (usan violencia física y verbal). También se demostró que la mayoría de las víctimas (74%) ha sufrido trauma complejo. Para demostrar la efectividad terapéutica se utilizó el estadístico *g* de *Hedges* que señala grandes tamaños del efecto en cada variable dependiente: TEPT (1.98), reexperimentación (2.07), evitación (1.55), hiperactivación (1.49), ansiedad (1.33), depresión (1.07), autoestima (1.58), inadaptación (1.24) y cogniciones postraumáticas (1.17). Respecto a la significancia clínica, la mayoría de mujeres mejoró la sintomatología después del tratamiento, de forma rápida en reexperimentación, ansiedad, depresión, autoestima e inadaptación y demorada en evitación, hiperactivación y las cogniciones postraumáticas. Los resultados del tratamiento se mantienen durante los seguimientos a nivel clínico y estadístico. Finalmente, se discuten los alcances del estudio y se plantean algunas recomendaciones para utilizar la guía de tratamiento en otras muestras.

Palabras claves: violencia de pareja, tratamiento psicológico, estrés postraumático, depresión, ansiedad, autoestima, cogniciones postraumáticas, inadaptación.

* Agradecimientos a la Gobernación de Santander por la subvención del proyecto de cooperación y colaboración con la red de cooperantes Universidad Complutense de Madrid, Empresa española Todd Feldman Traducción S.L.

** Universidad Complutense de Madrid. Doctor en Psicología. Correspondencia: eduincaceres@eduincaceres.com

*** Universidad Complutense de Madrid Doctor en Psicología. Correspondencia: labrador@correo.cop.es

Abstract

The effectiveness of a cognitive-behavioral treatment focused on the trauma of female victims of intimate partner violence (IPV) was evaluated. There were 73 participants diagnosed with PTSD (Post-Traumatic Stress Syndrome). The design was pre-experimental, the instruments valid for the Colombian population to measure trauma (PTSD, depression, anxiety, self-esteem and maladjustment). The study was divided into three phases: evaluation (characteristics and consequences of the trauma), treatment (brief in eight sessions, group therapy, protocolized in components: psychoeducation, hyper-arousal, cognitive therapy and exposure). Follow-up was performed at one, three, and six months. The results indicate that IPV is chronic, cyclical with three forms of violence tending to occur. The women are victims and several are abusers (they use physical and verbal violence). It was also demonstrated that the majority of victims (74%) suffered complex trauma. In order to demonstrate the therapeutic effectiveness, the *Hedges' g* statistic was used, pointing out large sizes of the effect in each dependent variable: PTSD (1.98), reexperiencing (2.07), avoidance (1.55) hyper-arousal (1.49), anxiety (1.33), depression (1.07), self-esteem (1.58), maladjustment (1.24) and post-traumatic cognitions (1.17). With respect to clinical significance, the majority of women improved symptomatology after treatment, quickly in reexperiencing, anxiety, depression, self-esteem and maladjustment, and on a delayed basis in avoidance, hyper-arousal and post-traumatic cognitions. The results of the treatment were maintained during follow-ups on the clinical and statistical level. Finally, the scopes of the study are discussed and several recommendations posed for using the treatment guide in other samples.

Keywords: intimate partner violence, psychological trauma, post-traumatic stress, depression, anxiety, self-esteem, post-traumatic cognitions, maladjustment.

Introducción

La violencia de pareja (VP), es un problema reconocido y presente en las agendas de las organizaciones internacionales en lo referente a derechos humanos, sanidad pública, paz, seguridad, y desarrollo en general (Lary y García-Moreno, 2009). Así mismo, el interés se extiende a los científicos sociales y de la salud, los encargados de diseñar políticas públicas, los clínicos y los defensores de las mujeres maltratadas (Ellsberg y Heise, 2005; Hamberger y Holtzworth-Munroe, 2009). Una definición clara de VP facilitará la toma de decisiones en aspectos como políticas relevantes respecto a leyes, programas y asignación de recursos para la investigación, atención y prevención derivadas de la investigación y necesidades de la población (American Psychological Association [APA], 2006).

Las definiciones amplias son las más recomendadas utilizadas a escala mundial porque gozan de cualidades de generalización, globalidad y cobertura que son admitidas y adoptadas por diferentes entidades y organismos internacionales encargados de la salud mental en el mundo y que intervienen para combatir la violencia contra la mujer (VCM) en sus diferentes dimensiones. Por ejemplo, la definición asumida por las Naciones Unidas respecto a violencia doméstica esta más cercana al concepto de VP «aquella violencia que se produce en la pareja siempre y cuando exista o haya existido un vínculo afectivo entre sus miembros, sin importar el tipo de unión y la orientación sexual de sus miembros» (ONU, 1994).

Afortunadamente, los avances permiten reconocer que hoy por hoy la VP no se basa exclusivamente en el poder y el control masculino, y que no es un problema sólo de relaciones heterosexuales ni de parejas que conviven (Johnson y Ferraro, 2000; Riggs, Caulfield y Fair, 2009). En la actualidad la mujer empieza a tolerar menos la violencia y también a emplearla. Algunos autores proponen que esa violencia ejercida por las mujeres no sólo es una forma de defensa (Woodin y O'Leary, 2009). Asimismo, los grupos de defensa de los derechos humanos y organizaciones que estudian temas sobre hombres, denuncian la violencia que ejercen algunas mujeres contra sus parejas y también que las mujeres pueden ser tan violentas como los hombres. Es más, son capaces de lanzar objetos, amenazar y golpear (Hirigoyen, 2005).

En un estudio de revisión histórica acerca de las intervenciones sobre VP, realizado por Barner y Carney (2011) analizan el uso de la VP teniendo en cuenta el género y la direccionalidad, confirman que desde hace más de 20 años la violencia de la mujer hacia el hombre también es reconocida como forma de VP.

Se suele entender por VP el cúmulo de diversas conductas violentas de tipo psicológico, físico y sexual, siendo la primera la más estudiada y antecesora a la violencia física (O'Leary y Woodin, 2009). También se reconoce que las tres formas de VP suelen concurrir y no se presentan de forma aisladas, en especial en los casos de VP crónica y severa (Labrador, Rincón, De Luis y Fernández-Velasco, 2004).

Algunos investigadores han aportado datos en relación con la concurrencia entre violencia física y psicológica como, por ejemplo, Akar, Aksakal, Demirel, Durukan y Özhan (2010) quienes han destacado la importancia del reconocimiento de la violencia sexual en concurrencia con la violencia física dentro de la pareja.

Algunas características de la VP que se destacan por ser conductas recurrentes y habituales, se presentan en forma de escalada (menor a mayor) y pasan por varios ciclos: acumulación, estallido y reconciliación (Alonso, 2007; Arinero, 2006; Dutton y Golant, 1997; Echeburúa y Corral, 1998; Labrador y otros, 2004; Walker, 2009).

También la VP es crónica debido a diferentes mantenedores y por tratarse de violencia interpersonal implica una doble relación con el maltratador, lo que algunos autores han denominado «vínculo traumático» (Dutton y Golant, 1997), relaciones ambivalentes de odio-amor (Ferrer, Bosch y Riera, 2006). La VP es prolongada y existe presencia de otras formas de violencia interpersonal, como por ejemplo, maltrato infantil, amenazas, acoso, abuso sexual, etc. (Kubany y Watson, 2002).

Asimismo, Cáceres (2011) señala que la violencia suele ser compleja, esto es, la violencia tiende a combinar diferentes formas de violencia (física, psicológica y sexual) incluso muchas mujeres (51%) pueden sufrir heridas físicas en varias oportunidades y por diferentes parejas (Kubany y otros, 2004).

Por otro lado, Ellberg y Heise (2005) recomiendan a los investigadores y activistas interesados en el estudio y defensa de las mujeres víctimas de VP, que consideren que las reacciones de las mujeres son variadas, pueden ir desde no hacer nada, escapar, hasta reaccionar con violencia para defenderse o defender a sus hijos. También pueden reaccionar abandonando la relación, amenazar con hacerlo o con la separación definitiva. Se ha visto que estas reacciones pueden aumentar la VP de parte del maltratador por el miedo a quedarse sólo, el hecho de perder el control y poder dentro de la relación (Campbell, Webster, Koziol-McLain, Block y otros, 2003; Dutton y Golant, 1997; Harding y Herweg-Larsen, 2009).

En otros casos algunas mujeres resuelven y afrontan el trauma con recursos personales y sociales, mientras que otras reaccionan con dolor, amargura, resentimiento, desánimo o desilusión por su misma situación de vulnerabilidad (Echeburúa, 2004). Asimismo, para

entender las reacciones y respuestas a la VP es importante tener en cuenta que las mujeres pueden interpretar y procesar el acontecimiento de forma diferente (Foa, Hembree y Rothbaum, 2007).

A las reacciones psicológicas que se derivan de los eventos potencialmente traumáticos (EPT) se les conocen como trauma, el cual tiene la capacidad de romper el sentimiento de confianza que tiene la persona en cuestión sobre sí misma, los demás y el mundo en general, conllevando a que se desadapte del entorno con facilidad (manifestaciones del trauma) (Echeburúa, 2004).

La palabra «trauma» procede del griego antiguo para referirse a un «daño» o «herida». Al principio, se utilizaba sólo para referirse al daño físico pero, posteriormente, evolucionó al daño psicológico (Ford y Courtois, 2009). Los traumas físicos y psicológicos suelen concurrir, especialmente, en casos de VP.

En 2009, Courtois, Ford y Cloitre, señalan que las víctimas pueden presentar desregulación emocional o deterioro en la modulación de la activación, atención, cognición y conductas relacionales. Los síntomas más comunes son ansiedad, tristeza, pérdida de autoestima, labilidad emocional, inapetencia sexual, fatiga permanente e insomnio (Amor, Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 2001; Echeburúa y Guerricaecheverría, 2006).

Por su parte, Echeburúa y Corral (1998), Kubany y Watson (2002) y Labrador y otros (2004) proponen que los síntomas psicológicos más significativos detectados en víctimas son: a) sensación de amenaza incontrolable a la vida y a la seguridad personal (Harding y Herweg-Larsen, 2009), b) aislamiento social y ocultación de lo ocurrido (vergüenza social percibida) (Cross, Copping y Campbell 2011), c) sentimientos de culpa por las reacciones de la mujer para evitar la violencia (mentir, cubrir al maltratador, tener contactos sexuales a su pesar, maltrato o no protección adecuada de los hijos, etc.) Estos sentimientos pueden deberse a su modo de reaccionar ante la violencia o por su propia forma de ser (verse poco atractiva, provocadora de la violencia, etc.) y d) depresión y sentimientos de baja autoestima (Golging, 1999; Echeburúa y Redondo, 2010; Whiting, Simmons, Havens, Smith y Oka, 2009).

Algunas reacciones pueden llegar a precipitar sintomatología que a su vez conduzca a empeorar la situación de las mujeres, por ejemplo, Bargai, Ben-Shakhar

y Shalev (2007) estudiaron la relación entre la desesperanza aprendida y como facilita la aparición de síntomas depresivos y TEPT. Además, las víctimas de VP pueden desarrollar otros problemas psicopatológicos como trastornos de ansiedad, trastornos disociativos, culpa, vergüenza, intentos de suicidio, trastornos de la alimentación y alcoholismo (Bargai y otros, 2007; Harlé, Allen y Sanfey, 2010; Huang, Yang y Omaye, 2011; Kubany y Ralston, 2008).

En relación con la sintomatología postraumática, las víctimas tienden a revivir los acontecimientos con intensidad, frecuencia y de forma involuntaria, tanto de día como de noche. Durante el día, en forma de recuerdos y *flashbacks* o pensamientos intrusivos, y por la noche en forma de pesadillas. Todo ello conlleva a una fatiga continua por el miedo que representa la reexperimentación.

Asimismo, por el miedo que produce el evento, por la amenaza que representa para la vida e integridad de la persona o sus seres queridos, se presentan síntomas de activación fisiológica, hipervigilancia y estados de alerta, que se intensifican cuando los eventos son frecuentes y repetidos, como en el caso de la VP (Walker, 2009).

Sin embargo, no todas las mujeres desarrollan TEPT, las víctimas afectadas por trauma pueden suponer el 1% o el 2% de la población adulta. El desarrollo del trauma dependerá del tipo de suceso y de las características psicológicas de la víctima (Echeburúa, 2004).

Weathers y Keane (2007) señalan dentro de la definición asumida por la APA (DSM IV-TR, 2000) acerca del TEPT la importancia del criterio A, no sólo por las características del evento (A1), sino también por las reacciones de las víctimas (A2). Definir los estresores de forma objetiva e independiente a las interpretaciones personales resulta difícil.

Por un lado, respecto al criterio A1, algunas variables que pueden incrementar la magnitud del estresor y la severidad del TEPT son: a) actos intencionales de violencia, b) presencia de amenaza a la vida e integridad, c) violencia física, d) exposición a muerte, combates o guerra, e) trauma por pérdida de amigos o seres queridos de forma violenta, f) incapacidad de predicción y control del acontecimiento en cuestión y g) victimización sexual (Briere, 2004; Briere y Scott, 2006).

Por otro lado, el criterio A2, señala que las respuestas y reacciones al evento pueden ser de intenso

miedo, indefensión u horror. La importancia de las reacciones emocionales, cognitivas y conductuales de la persona antes, durante y después del evento potencialmente traumático trasciende las características del acontecimiento en sí mismo (Tolin y Foa, 2008).

También se destaca que entre los dos criterios A1 y A2 existe un proceso cognitivo y de modulación emocional-afectivo que influye en cómo se procesa y reacciona ante la violencia o EPT que puede conducir a un procesamiento inadecuado y por tanto al desarrollo de trauma psicológico (Feeny, Lory, y Foa, 2010; Foa, Keane, Friedman y Cohen, 2009; Ford y Courtois, 2009; Foa y otros, 2007).

Foa y otros (2009) proponen que al igual que sucede con otros trastornos psicopatológicos, los pacientes con TEPT suelen presentar, al menos, otro trastorno más. En efecto, los hallazgos epidemiológicos en Estados Unidos señalan que el 80% de los pacientes con TEPT de por vida también presentan depresión, así como algún otro trastorno de ansiedad o dependencia o abuso de sustancias.

En el 2007, Bargai y otros encontraron en su estudio con 101 mujeres víctimas de VP que el 80% diagnosticadas de TEPT presentaban comorbilidad en el Eje I, de ese porcentaje el 35% con desorden depresivo mayor, el 13% con desorden de dolor, 12% con fobia específica y el 10% con desorden dismórfico corporal. También señalan una baja comorbilidad de TEPT con abuso de sustancias (7% durante toda la vida, y 1% en la actualidad). Asimismo, Marshall, Schell y Milles (2010) señalan que todos los síntomas del TEPT tienen alta correlación con la angustia y la disforia, relacionados con estados ansiosos y depresivos.

A nivel internacional los estudios sobre salud mental de la población general, han señalado algunas diferencias entre hombres y mujeres como, por ejemplo, los hombres tienen mayores problemas de consumo de alcohol y drogas y problemas de conducta mientras las mujeres internalizan más los problemas y generan trastornos relacionados con la ansiedad y el humor. Para el caso colombiano, los datos de prevalencia de vida, señalan que los trastornos más prevalentes en mujeres son la depresión y la ansiedad, mientras que en el caso de los hombres, es el consumo de sustancias (Ministerio de la Protección Social y Fundación FES social, 2005).

A pesar que el TEPT es el principal trastorno relacionado con el trauma psicológico, se ha observado que comparte síntomas con la ansiedad referidos especialmente a la hiperactivación fisiológica y cognitiva en relación con la rumiación de pensamientos (Fenny y otros, 2010; Foa y otros, 2007). También la VP desencadena ansiedad extrema que suele ser frecuente e impredecible, conlleva a una respuesta de sobresalto y alerta permanente (Walker, 2009).

Numerosos estudios han encontrado comorbilidad entre TEPT y depresión (Bargai y otros, 2007; Echeburúa y otros, 1998; Golding, 1999; Harlé y otros, 2010; Huang y otros, 2011; Najavits y otros, 2009). Se llega a la conclusión que los acontecimientos que generan TEPT tienen la capacidad de producir síntomas depresivos asociados al trauma (Briere, 2004). Los estudios indican una estrecha relación de la VP con la depresión como, por ejemplo, el estudio de Echeburúa y Corral (1998) donde se constató que existía un 64% de mujeres con sintomatología depresiva utilizando el inventario de Beck y un 68% en la escala de Hamilton, afirman que no hay diferencia en los datos cuando la violencia es física o psicológica. De igual forma, señalan que entre la depresión y el TEPT se presentan algunos síntomas comunes como la culpa, desesperanza y vergüenza (Bargai y otros, 2007; Echeburúa, 2004).

Otras consecuencias de la VP son las cogniciones postraumáticas y creencias erróneas que pueden generar sentimientos de culpa y vergüenza que conlleven al aislamiento, baja autoestima e inadaptación en diferentes áreas de la vida de las mujeres maltratadas (Courtois y otros, 2009; Echeburúa, 2004; Kim, Thibodeau y Jorgensen, 2011; Stark, 2007; Villavicencio y Sebastián, 1999).

Asimismo, la valoración y evaluación de las reacciones y el trauma que desarrollan las mujeres derivadas de la VP es importante para planear un tratamiento que se ajuste a sus condiciones y recursos del contexto de la víctima.

Después de una evaluación es importante formular un plan de tratamiento que se base en los avances de los últimos 30 años de investigación sobre el TEPT que han aportado evidencia científica y empírica sobre la efectividad de tratamiento del trauma, esto es el TEPT y la sintomatología concomitante que suele acompañarlo (Cáceres, 2011).

En la actualidad, independientemente de la forma de intervención, los investigadores clínicos son cada vez más conscientes de que los objetivos del tratamiento deben incluir no sólo la reducción de la gravedad de los síntomas del TEPT, sino también de los síntomas asociados como, por ejemplo, depresión, ansiedad, ira, vergüenza y culpa para mejorar la calidad de vida de la víctima (Foa y otros, 2009).

Existe la tendencia a centrar los tratamientos en áreas u objetivos que los científicos y clínicos creen merecen más atención. Ejemplo de ellos son: la terapia centrada en el trauma (TCT), terapia centrada en modulación emocional (TCME), terapia centrada en la cognición (TCC) y la terapia centrada en el síndrome de la mujer maltratada (TCSMM) entre otras (Cáceres, 2011).

En esta misma dirección, el tratamiento debe basarse en un plan compartido sistemático que incluya prácticas en cuanto a tratamientos efectivos, y se organiza en torno a una evaluación cuidadosa y una secuencia de intervenciones planificadas y organizadas jerárquicamente (Courtois y otros, 2009).

Además, llama la atención el estudio de numerosas formas de terapia cognitivo conductual (TCC) como tratamiento del TEPT crónico en adultos en consecuencia a una gama de acontecimientos traumáticos. No todos ellos tienen el mismo soporte ni evidencia científica. Sin embargo, la técnica de exposición ha sido reconocida como el tratamiento por excelencia para el tratamiento de TEPT por su soporte empírico y porque reconoce la relación que existe entre los pensamientos, sentimientos y la conducta, lo cual permite que los pacientes modulen sus sentimientos mediante la modificación de sus pensamientos y conductas (Jackson, Nissenson, Cloitre, 2009).

Las pruebas que respaldan la eficacia de la terapia cognitivo conductual (TCC) administrada de forma individual para tratar el TEPT en adultos son ahora bastante convincente: existen numerosos estudios bien controlados que reúnen altos estándares metodológicos, en estos estudios, se ha implementado la terapia de exposición (TE) en diferentes formas en imaginación o *in vivo* usando diferentes estrategias, narrando, escribiendo, escuchando una cinta grabada, etc. (Foa y otros, 2009).

Es más, se ha comprobado que la combinación de terapias incluyendo en todos los casos TE, ha resultado

eficaz para el tratamiento del TEPT. Se ha demostrado evidencia similar en cuanto a la efectividad de programas únicos y combinados. Algunos clínicos prefieren llamarlos programas «unicomponentes» y «multicomponentes»: los primeros se han utilizado para medir el efecto de una sola terapia (TE o la terapia farmacológica); en los segundos, se combinan diferentes terapias como, por ejemplo, TE+TC (Cáceres, 2011).

Cabe destacar la efectividad terapéutica de la combinación entre TE y TIE (terapia de exposición en imaginación) similares resultados que la terapia farmacológica con paroxetina (una de las medicaciones recomendadas por la Agencia Federal de Alimentos y Drogas de Estados Unidos, en sus siglas en inglés FDA). Sin embargo se recomienda el uso de TCC más que la terapia farmacológica por los costes y consecuencias y porque la TCC además de reducir la sintomatología devuelve el control y la eficacia a los pacientes dotándolos de habilidades de afrontamiento, cosa que no logra la medicación, llegando a la conclusión que el tratamiento de primera línea para el trauma psicológico es la TCC (Friedman, Davidson, y Stein, 2009a; Foa y otros, 2009).

Finalmente, Courtois y otros (2009) proponen que cuando los objetivos del tratamiento estén relacionados con el TEPT y los hallazgos de la evaluación, es importante tener en cuenta una fase de estabilidad y seguridad física y psicológica de la paciente, destinada a reducir la gravedad de los síntomas del TEPT, ansiedad y miedo. Asimismo, generar una respuesta adecuada ante situaciones de estrés, procesar emociones y recuerdos traumáticos, superar problemas comórbidos, mejorar la autoestima y la confianza en sí misma, en los demás y su entorno que conlleven a una mejor adaptación y calidad de vida.

Objetivo

Evaluar la efectividad de un tratamiento psicológico centrado en el trauma de mujeres víctimas de VP.

Método

Diseño

El diseño es pre-experimental un solo grupo con evaluación pre, post tratamiento y seguimientos a uno, tres y seis meses después de terminado el tratamiento.

Participantes

Las participantes del estudio fueron 73 mujeres víctimas de VP, que acudían a tres centros de recepción y atención a víctimas del departamento de Santander (dos gubernamentales: Gobernación de Santander y Alcaldía de Bucaramanga y otra no gubernamental: Fundación Fomentar).

Instrumentos

Se utilizó la entrevista semi estructurada de Cáceres, Labrador, Ardila y Peña, (2009) en Cáceres (2011), la cual consta de 5 áreas específicas: Características de la víctima, Características del Maltratador, Descripción de la relación de pareja, características de la violencia y aspectos jurídicos. La escala de gravedad de síntomas del Trastorno de estrés postraumático TEPT (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997) que mide los 17 síntomas del TEPT, el punto de corte es 15 para el diagnóstico y cada ítem se puntúa (0=nada, 1=poco «son negativos») (2=bastante y 3=mucho «son positivos») se debe cumplir con los criterios de puntuar positivo en un síntoma en reexperimentación, tres síntomas en evitación y dos en hiperactivación para completar el diagnóstico del TEPT. La fiabilidad para la muestra colombiana es de 0.92 en la escala general del TEPT (reexperimentación 0.84, evitación 0.81 e hiperactivación 0.82) (Cáceres, 2011).

Los dos auto-informes de Beck: ansiedad (BAI: Beck Anxiety Inventory) versión española de Sanz y Navarro (2003) y depresión y (BDI: Beck Depression Inventory) versión española de Vázquez y Sanz (1997) utilizados en el estudio de Cáceres (2011) con muestra colombiana con una confiabilidad de 0.90 para ansiedad y 0.84 para depresión. Los puntos de corte recomendados para la sintomatología de ansiedad y depresión son de 18. Para medir la autoestima se utilizó el inventario de Rosenberg (1965, versión española Echeburúa y Corral, 1998) con fiabilidad de 0.74 para muestra colombiana (Cáceres, 2011). El punto de corte es de 29 para considerar alta o baja autoestima. En relación con la inadaptación se midió a través de la escala de inadaptación de Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, (2000) con una fiabilidad de 0.88 para muestra colombiana (Cáceres, 2011). También se utilizó el inventario de cogniciones postraumáticas (Foa, Ehler, Clark, Tolin y Orsillo,

1999; traducción de Rincón, 2001). La escala consta de tres subescalas (cogniciones de sí misma, cogniciones del mundo y autopunición) no tiene punto de corte y niveles sólo se utiliza como parámetro comparativo (Labrador y Rincón, 2002). Con un nivel alto de fiabilidad para la muestra colombiana de 0.96 (Cáceres, 2011). Los instrumentos son mostrados con amplitud en el estudio de Cáceres (2011).

Procedimiento

En la primera parte del estudio, se conformó la red de terapeutas encargadas de la atención psicológica de las mujeres maltratadas por sus parejas o ex parejas en Santander. Una vez conformada la red se realizó el entrenamiento en el uso del protocolo de evaluación y la guía de tratamiento con el fin de garantizar la adherencia de los terapeutas al tratamiento se procedió a utilizar la técnica del evaluador ciego, esto es, la persona que evaluaba era diferente al terapeuta. Posteriormente, se realizaron dos sesiones de evaluación en donde se aplicó el protocolo de evaluación para evaluar el trauma psicológico de las mujeres víctimas. Los criterios de inclusión fueron determinante para organizar los grupos de terapia: primero debían cumplir con el diagnóstico del TEPT, no tener problemas de consumo de sustancias psicoactivas, ser alfabetas y no padecer de trastornos psiquiátricos.

Cumplido con los criterios y el diagnóstico del TEPT se procedió a organizar los grupos de terapia preferiblemente de 4 a 6 mujeres por grupos y se organizaron los terapeutas y coterapeutas, al igual el material que se utilizó en cada una de las sesiones. Se utilizaron grupos mixtos, de dos psicólogos: terapeuta y coterapeuta.

Para el tratamiento se utilizó la guía de tratamiento psicológico diseñada y valida por Labrador y Rincón (2002), por el grupo de investigación de la Universidad Complutense de Madrid (UCM) y en Colombia por Cáceres (2011). El tratamiento fue grupal, con 8 sesiones de terapia cada sesión de 100 minutos y las dos últimas sesiones de 120 minutos. Dividido en 4 componentes (relajación, práctica de actividades agradables, TC+TE [terapia cognitiva y terapia de exposición], entrenamiento asertivo y afrontamiento) durante todo el tratamiento se utiliza la técnica de psicoeducación para explicar claramente cada una de las sesiones y la importancia de

intervenir en cada uno de los tres procesos: modulación emocional-afectiva, procesamiento emocional y adaptación (Cáceres, 2011).

Finalmente, se realizan los seguimientos de las mujeres a uno, tres y seis meses. Para tal fin se utilizan los mismos instrumentos excepto la entrevista y se utiliza una entrevista para generalización del tratamiento y recaídas, elaborada en el estudio de Cáceres (2011) con el fin de observar la efectividad del tratamiento a mediano plazo teniendo en cuenta qué técnicas son las más y las menos utilizadas para la prevenir nuevos episodios y ver la reincidencia en la VP.

Cabe mencionar que a nivel estadístico se realizaron los análisis utilizando el SPSS 18, en la primera parte se describe la muestra y posteriormente se realizan los análisis de la efectividad del tratamiento teniendo en cuenta las recomendaciones en relación al uso del estadístico del tamaño del efecto g imparcial de *Hedges* de la familia de d de Cohen, (Foa y otros, 2009).

Resultados

Características de las víctimas y la VP

Las características que destacan de la muestra corresponde a mujeres menores de 40 años de edad, de estratos socioculturales medios bajos, la mayoría trabajan en sus hogares (46.6%) o en trabajos inestables y mal remunerados. Las labores más frecuentes se ubican en el sector de servicios como: vendedoras o en el servicio doméstico, en estas mismas condiciones socio-económicas se señala que un poco más de la mitad de las mujeres (56.2%) se perciben con independencia económica. Asimismo, la mayoría de mujeres (65,7%) conviven con el maltratador ya sea que están casadas o son pareja de hecho, esto conlleva a que la mayoría de mujeres se caractericen por tener familia nuclear (43.8% padres e hijos) y también otras que ya se han separados en familias incompletas (23.3% madre-hijos) o recompuestas (23.3% padrastro, madre e hijos o 23.3% madre-hijos y familia de la madre) solo un 5.5% son pareja sin hijos.

También se señala que la mayoría el 74% han sufrido otro tipo de violencia, gran parte de las mujeres han padecido maltrato infantil (54.8%) y una parte de ellas han presenciado VP entre los padres (16.4%) y solo el 26% han sufrido solo VP.

En la misma dirección, se presenta las tres formas de VP, se destaca que la mayoría de mujeres (49.3%) han sufrido las tres formas de violencia (psicológica, física y sexual) al mismo tiempo, también se destaca el uso de la violencia física y psicológica a la vez (39.7%). En la violencia psicológica lo más frecuente son las humillaciones y desprecio (61.6%) e intimidación y amenazas (23.3%), de la violencia física los golpes (30.1%), utilizando objetos o armas (26%) y estrangulamiento (apretar el cuello) (10%). Asimismo, la mayoría de mujeres (56.2%) sufren violencia sexual, destaca las humillaciones sobre la capacidad sexual (26%) y relaciones sexuales sin consentimiento (24.7%).

En relación con las características principales de la VP, se destaca que en el inicio de la violencia no hay una tendencia clara, como por ejemplo, se puede iniciar en principio de la convivencia o al llegar el primer hijo, sin embargo si es poco usual que inicie en el período del noviazgo. La VP es bastante frecuente, la mayoría de mujeres señalan una o varias veces por semana (73.4%), incluso a diario (19.2%). También la mayoría ha sufrido la violencia en los últimos 6 meses, la mayoría de las mujeres (68.5%) perciben la escalada de la violencia, esto es, la VP va de menor a mayor. La mayoría de las mujeres (87.7%) ha sufrido lesiones físicas, en especial en la cara y cabeza (45.2%).

La mayoría de mujeres (65.8%) ha tolerado la VP por más de 10 años. La VP tiende a amenazar la vida de la mujer (79.5%), es violenta (94.5%), inesperada (87.7%) y se vuelve a presentar en repetidas ocasiones (52.1%). Aproximadamente el 19% de las mujeres habían sufrido VP en relaciones anteriores.

Es más, algunas razones que las mujeres señalan para continuar por tanto tiempo en la relación de pareja son: por los hijos y afecto hacia el maltratador (32.9%), por los hijos y por razones económicas (21.8%), afecto al maltratador (8.2%) al resto de mujeres no aplica porque ya terminaron la relación (31.5%). También es de señalar las atribuciones más frecuentes de las mujeres acerca de las causas de la VP como: la infidelidad (34.2%), consumo de alcohol (31.5%) y los celos (11%).

Efectividad del tratamiento en la reducción del TEPT

Efectividad del tratamiento: pre y post tratamiento en el TEPT: Todas las participantes cumplían con los

criterios diagnósticos del TEPT global y en cada una los tres criterios (reexperimentación, evitación e hiperactivación) según la versión el DSM-IV-TR (APA, 2000). Se utilizó el estadístico t para muestras relacionadas, existen diferencias estadísticamente significativas intra-grupo, esto es, entre las puntuaciones del pre y post tratamiento del GT. Se comprueban cambios significativos en la escala global y en cada subescala del TEPT.

La tabla 4, presenta los promedios antes y después del tratamiento de cada criterio y de la escala global del TEPT, se señala que los promedios están por encima de los puntos de corte en cada medida antes del tratamiento y después del tratamiento se ubican por debajo del punto de corte en cada uno de los criterios y en la escala global. Por ejemplo, la escala global del TEPT de 25.26 por encima del punto de corte pasa a 9.38 después del tratamiento muy por debajo del punto de corte (15) reduciendo significativamente la sintomatología de TEPT. Asimismo, para cada uno de los tres criterios del TEPT.

Tamaño del efecto y potencia estadística: Los resultados comprueban que existen diferencias estadísticamente significativas, y que el cambio entre las medidas antes y después del tratamiento es grande.

Se utilizó para el tamaño del efecto el estadístico g de Hedges de la familia de los estadísticos de Cohen (1988) quien plantea tamaños del efecto grandes por encima de (0.80), tamaños medios (0.50) y bajos (0.20) (Cáceres, 2011).

La tabla 1, presenta los tamaños del efecto obtenidos para el TEPT y sus tres criterios, se destaca que los tamaños del efecto fueron grandes, esto es, se constata que existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones pre y post tratamiento en todos los criterios y en escala global del TEPT. El tamaño del efecto más grande se presenta en el criterio de reexperimentación y el más bajo en el de hiperactivación.

En general, se presenta una potencia bastante alta (1.000) en todas las variables dependientes, esto es, que las diferencias entre las dos medidas tienen una potencia suficiente para rechazar la hipótesis nula que propone que no hay diferencias significativas entre la medición pre y post tratamiento y con un nivel estadístico bastante alto.

Tabla 1. TEPT global y subescalas comparación medidas pre y postratamiento

TEPT y subescalas	M	D.T	Desviación estándar (s) conjunta**	(de la diferencia) M	D.T	t* pre-post	g de Cohen***
Reexperimentación							
Pre	8,34	2,75	2,56	5,29	3,45	13,095*	2,07
Postratamiento	3,05	2,36					
Punto de corte 5							
Evitación							
Pre	10	4,08	3,91	6,08	3,97	13,097*	1,55
Post	3,92	3,74					
Punto de corte 6							
Hiperactivación							
Pre	6,99	3,29	2,532	4,48	3,21	11,936*	1,49
Postratamiento	2,51	2,68					
Punto de corte 4							
Escala global TEPT							
Pre	25,26	8,25	8,04	15,88	8,68	15,638*	1,98
Postratamiento	9,38	7,82					
Punto de corte 15							

Nota: n=73 *p<0,001. Nivel de significación para todas las variables de la diferencia entre medias.

** Desviación estándar utilizando la fórmula de g de Cohen.

*** Tamaño del efecto. La potencia estadística es 1,000 para todas las subescalas y la escala global del TEPT.

Significación clínica: Otra manera de evaluar la efectividad terapéutica es revisar quiénes y cuántos cambian el diagnóstico, esto es, cuántos mejoran la sintomatología diagnóstica. La tabla 2 presenta los cambios en cada uno de los criterios o subescala del TEPT. En general, se destaca que antes del tratamiento el grupo de mujeres presentaban TEPT y diagnóstico en cada uno de los criterios. Sin embargo, después del tratamiento los promedios del grupo se ubican por debajo de los puntos de corte para el diagnóstico en cada subescala y en la escala global del TEPT.

En relación con la reexperimentación, se destaca que antes del tratamiento el 84.9% de las mujeres presentaban sintomatología y después del tratamiento sólo 17.8% presentaron síntomas, se puede observar en los seguimientos que los cambios se mantienen e incluso continúan mejorando y reduciendo los síntomas, por ejemplo, al mes se reduce al 8.6%, a los tres meses al 6.1% y a los seis meses al 5%. Esto significa que de 73 mujeres que iniciaron tratamiento sólo 3 (5%) después de seis meses continúan presentando síntomas de reexperimentación. La efectividad del tratamiento se demuestra

con el 95% de mujeres quienes dejaron de presentar síntomas de reexperimentación con el tratamiento.

En relación con la evitación, del 76.7% de las mujeres que presentaban síntomas antes del tratamiento, se redujo al 20.5% después del tratamiento, incluso al sexto mes se redujo en un 86.7% y sólo quedaron 8 mujeres (13.3%) con esta sintomatología.

En la hiperactivación destaca que se reduce la sintomatología del 74% antes del tratamiento al 13.7% después del tratamiento y se mantienen los cambios después del sexto mes de tratamiento.

Para el diagnóstico del TEPT no es suficiente revisar los criterios por separados sino tener en cuenta la combinación de éstos.

También cabe recordar que antes del tratamiento todas las mujeres (73) presentaban TEPT y después del tratamiento a los seis meses de seguimiento sólo tres mujeres continúan con el diagnóstico, a pesar que en la tabla 2 se muestra que siete mujeres puntuaron 15 o algo más, esto quiere decir, que cuatro de estas mujeres no cumplen con los criterios para el diagnóstico, en especial en las subescalas de evitación o hiperactivación.

Tabla 2. Escala global y criterios del TEPT y significación clínica

		Pre	post	1 mes	3 meses	6 meses
	n	%	n %	n %	n %	n %
Reexperimentación (0-15)						
No	11	15,1	60 82,2	64 91,4	62 93,9	57 95
Si	62	84,9	13 17,8	6 8,6	4 6,1	3 5
P.Corte: 5						
M	8,34		3,05	2,34	1,95	2,22
DT	2,8		2,4	2,4	2,3	2,8
Evitación (0-21)						
No	17	23,3	58 79,5	62 88,6	55 83,3	52 86,7
Si	56	76,7	15 20,5	8 11,4	11 16,7	8 13,3
P. Corte:6						
M	10		3,92	3,24	3,38	3
DT	4		3,7	3,3	3,8	3,6
Hiperactivación (0-15)						
No	19	26	63 86,3	57 81,4	56 84,9	52 86,7
Si	54	74	10 13,7	13 18,6	10 15,1	8 13,3
P.Corte:4						
M	7		2,51	2,23	2,09	2,28
DT	3,3		2,7	2,7	2,7	2,9
TEPT (0-51)						
No	0	0	56 76,7	62 88,6	58 87,9	53 88,3
Si	73	100	17 23,3	8 11,4	8 12,1	7 11,7
P.Corte:15						
M	25,26		9,38	7,81	7,42	7,48
DT	8,25		7,82	7,61	7,86	8,49

Nota: pre y post n=73, 1 mes n=70, 3 meses n=66 y 6 meses n=60.

Efectividad del tratamiento en la sintomatología concomitante al TEPT

Efectividad del tratamiento comparación antes y después del y tratamiento: En la tabla 3 se presentan los resultados de la sintomatología concomitante al TEPT, de forma general, se destaca que todas las variables dependientes concomitantes al TEPT se redujeron después del tratamiento y que la autoestima presentó un aumento significativo.

Al revisar los promedios de cada variable se constata la efectividad del tratamiento. Por ejemplo, la ansiedad pasa de ansiedad moderada 26.95 a 11.9 (síntomas leves) similar en la depresión de moderada (18.77) pasa a ausencia de síntomas (7.96). La au-

toestima aumenta se observa que antes del tratamiento se ubica justo sobre el punto de corte (29.01) que determina autoestima alta y después del tratamiento aumenta considerablemente a 35.93. Respecto a la inadaptación también se observan cambios significativos antes del tratamiento las mujeres obtuvieron en promedio 19.97 (por encima del punto de corte 12) y después del tratamiento 11.34. Las cogniciones post-traumáticas se redujeron considerablemente de 10.91 a 7.45.

Es importante evaluar si estos cambios son estadísticamente significativos para esto se utilizaron *t student* intragrupo para observar los cambios con un $p < 0,001$.

Tabla 3. Sintomatologías concomitantes al TEPT

Sintomatología Concomitante	M	D.T	D. T (s) conjunta***	(de la diferencia) M D.T	t* pre-post	g de Hedges ****
Ansiedad						
Pre	26,95	11,70	11,35	15,04	14,38	8,935*
Post	11,90	10,98				1,33
Depresión						
Pre	18,77	11,81	8,631	10,81	11,28	8,186*
Post	7,96	8,14				1,07
Autoestima						
Pre	29,01	5,65	4,39	-6,9**	8,48	-11,459*
Post	35,93	3,29				1,58
Inadaptación						
Pre	19,97	5,56	6,94	8,63	8,48	8,694*
Post	11,34	8,09				1,24
Cogniciones postraumáticas						
Pre	10,91	3,04	2,95	3,45	3,47	8,509*
Post	7,45	2,86				1,17

Nota: n=73. *p<0,001 Nivel de significación para todas las variables.

** Para autoestima los valores serían negativos si se resta estrictamente los valores pero se quiere es el valor de la diferencia entre medias.

*** Desviación estándar utilizando la fórmula de g de Cohen.

**** Tamaño del efecto. La potencia fue 1,000 para todas las variables.

Tamaño del efecto y potencia estadística: Los resultados comprueban que existen diferencias estadísticamente significativas, y que el cambio entre las medidas antes y después del tratamiento son grandes. Para las variables concomitantes también se comprobaron los tamaños del efecto utilizando el estadístico g de Hedges.

La tabla 3 presenta los tamaños del efecto obtenidos para la sintomatología concomitante al TEPT. Los tamaños del efecto son bastante grande por encima de 1.00 demostrando que existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones antes y después del tratamiento en todas las variables dependientes.

En la misma dirección, se encontró en todas las variables dependientes una potencia estadística bastante grande de 1.000.

Significación clínica: La tabla 4 presenta los cambios en las variables concomitantes al TEPT. En general, se destaca que antes del tratamiento el grupo de mujeres en promedio presentaban sintomatología de ansiedad y depresión, estaban inadaptadas y los síntomas habían interferido en su vida deteriorando algunas áreas, presentaban

TEPT y sintomatología diagnóstica en cada subescala. Sin embargo, después del tratamiento la mayoría de mujeres mejoran su diagnóstico del TEPT y la sintomatología diagnóstica de ansiedad y depresión al tiempo que se adaptan y mejoran en diferentes áreas de la vida.

En relación con la ansiedad, la mayoría de las mujeres (69.9%) presentaban antes del tratamiento sintomatología diagnóstica y después del tratamiento se reduce el porcentaje de mujeres (21.9%) que puntúan por encima de 18 en la escala. Se observa claramente una tendencia a reducir la sintomatología por el porcentaje de mujeres en cada medida de seguimiento. También se muestra que antes del tratamiento el 30% de las mujeres no sufrían de sintomatología de ansiedad después aumento al 78.1% y después del sexto mes de seguimiento al 83.3%.

En relación con la depresión, el 46.6% de las mujeres presentaban sintomatología depresiva antes del tratamiento y después del tratamiento se redujo al 12.3%, incluso en los seguimiento, al mes se reduce al 7% a los tres meses al 4.5% y al sexto mes al 5% que equivale a 3 mujeres. Antes del tratamiento el 53.4% de las mujeres no presentaban sinto-

matología diagnóstica y al final de los seguimientos al sexto mes aumenta considerablemente al 95% de las mujeres.

También se destaca una mejoría en la autoestima, antes de tratamiento el 53.4% de las mujeres presentaban autoestima baja y después del tratamiento se redujo al 4.1% (3 mujeres) también se señala que después del tratamiento el 95.9% de las mujeres se sienten mejor consigo mismas.

Asimismo, se incrementa la adaptación de las mujeres, esto es se reduce la inadaptación, las mujeres antes del tratamiento sólo el 6.8% afirmaban estar adaptadas en las diferentes áreas de la vida y después del tratamiento aumenta a 58.9% con el tiempo tiende a mejorar, incluso

al sexto mes de seguimiento aumenta el porcentaje de mujeres al 70%. También significa que antes del tratamiento el 93.2% de mujeres presentaban inadaptación y al sexto mes de seguimiento se reduce considerablemente al 30%.

Finalmente, en las cogniciones postraumáticas se constató una reducción significativa, el promedio se reduce de 10.91 antes del tratamiento a 7.45 después del tratamiento, también se mantiene al sexto mes de seguimientos en el mismo nivel.

La tabla 4, detalla no sólo el cambio en la sintomatología diagnóstica sino el cambio en cada nivel de gravedad para algunas variables.

Tabla 4. Sintomatología concomitante pre, post y seguimientos

	N	Pre %	Post n %	1 mes n %	3 meses n %	6 meses n %
Ansiedad (0-63)						
Normal (0-9)	4	5,48	36 49,3	37 52,9	43 65,2	41 68,3
Leve-moderado (10-18)	18	24,7	21 28,8	22 31,4	19 28,8	9 15,0
Moderado-grave (18-29)	21	28,8	11 15,1	6 8,6	2 3,0	7 11,7
Grave (30-63)	30	41,1	5 6,8	5 7,1	2 3,0	3 5,0
P.Corte: 18						
M	26,95		11,90	11,11	7,56	8,68
DT	11,7		10,9	10,2	8,5	9,4
Depresión (0-63)						
Ausencia (0-9)	16	21,9	50 68,5	49 70,0	52 78,8	48 80,0
Leve (10-18)	23	31,5	14 19,9	16 22,9	11 16,7	9 15,0
Moderado (18-29)	18	24,7	7 9,6	3 4,3	1 1,5	2 3,3
Grave (29-63)	16	21,9	2 2,7	2 2,8	2 3,0	1 1,7
P Corte:18						
M	18,77		7,96	7,01	6,23	5,80
DT	11,8		8,1	7,8	7,2	7,0
Autoestima (0-15)						
Baja (0-29)	39	53,4	3 4,1	4 5,7	5 7,6	3 5,0
Alta (>29)	34	46,6	70 95,9	66 94,3	61 92,4	57 95,0
P.Corte: 29						
M	29,01		35,93	36,11	36,73	37,02
DT	5,7		3,3	3,5	4,0	3,4
Inadaptación (0-51)						
Adaptación (0-12)	5	6,8	43 58,9	50 71,4	52 78,8	42 70,0
Inadaptación (>12)	68	93,2	30 41,1	20 28,6	14 21,2	18 30,0
P.Corte:12						
M	19,97		11,34	9,66	7,55	7,35
DT	5,6		8,1	7,3	7,1	7,6
Cogniciones postraumáticas						
M	10,91		7,45	7,84	7,25	7,42
DT	3,04		2,86	2,95	2,75	3,18

Mantenimiento de los resultados del tratamiento

Mantenimiento de los resultados del tratamiento en el TEPT: En términos generales, se comprueba mejoras en la sintomatología del TEPT y se demuestra que los cambios se mantienen a través del tiempo. No sólo se mantienen los resultados sino que mejoran para la reducción de la sintomatología del TEPT. Para esto, se utilizó el tamaño del efecto de g de Hedges y con un $p < 0.001$ y una potencia de 1.000 para todas las medidas se demuestra que los cambios después del tratamiento se mantienen en los seguimientos a uno, tres y seis meses. El cambio experimentado en la sintomatología del TEPT a lo largo del tiempo se ha analizado utilizando la prueba t para mues-

tras relacionadas en cada una de las subescalas y en la escala global del TEPT de cada uno de los seguimientos.

La tabla 5, se presenta los resultados del tamaño del efecto, los cambios son estadísticamente significativos entre antes del tratamiento con cada una de las medidas post tratamiento y seguimientos. En esta tabla, se presentan los resultados del TEPT y sus tres criterios, y destaca que al revisar las diferentes mediciones después del tratamiento con la medida pre tratamiento, existen diferencias estadísticamente significativas. Obteniendo tamaños del efecto grandes y una tendencia clara en la reducción de síntomas del TEPT, la escala global señala con claridad esta tendencia.

Tabla 5. Mantenimiento de los resultados del tratamiento en el TEPT

TEPT y subescalas Seguimientos			Media	D. T	≠ respecto al pretest	t*	Tamaño del efecto g Hedges
Reexperimentación							
Pretest M=8,34	D.T= 2,80	Postest	3,05	2,36	5,29	13,095	2,07
8,19	2,73	1 mes	2,34	2,39	5,85	15,767	2,37
8,47	2,85	3 meses	1,95	2,30	6,52	18,151	2,52
8,52	2,82	6 meses	2,22	2,76	6,30	14,022	2,26
Evitación							
Pretest M= 10	D.T= 4,08	Postest	3,92	3,74	6,08	13,097	1,55
9,91	4,10	1 mes	3,24	3,27	6,67	14,340	1,80
10,12	4,17	3 meses	3,38	3,82	6,74	13,919	1,69
9,90	4,14	6 meses	3,00	3,63	6,90	14,937	1,77
Hiperactivación							
Pretest M= 6,99	D.T= 3,29	Postest	2,51	2,68	4,48	11,936	1,49
6,97	3,31	1 mes	2,23	2,67	4,74	10,631	1,57
6,82	3,26	3 meses	2,09	2,70	4,73	11,644	1,58
6,68	3,25	6 meses	2,28	2,92	4,40	10,081	1,42
Escala global							
Pretest M= 25,26	D.T=8,25	Postest	9,38	7,82	15,88	15,638	1,98
25	8,20	1 mes	7,81	7,61	17,45	16,870	2,17
25,33	8,45	3 meses	7,42	7,86	17,84	19,203	2,19
25,02	8,29	6 meses	7,48	7,49	17,78	16,961	2,22

Nota: $P < 0,001$ todas las variables presentaron diferencias estadísticamente significativas.

Mantenimiento de los resultados del tratamiento en la sintomatología concomitante al TEPT

Los resultados del tratamiento en la sintomatología concomitante al TEPT se mantuvieron a través del tiempo. En general, se redujeron los síntomas concomitantes y mejoró la autoestima.

Respecto a la ansiedad se señala que los cambios en la mejoría de los síntomas después del tratamiento se mantienen en los seguimientos, sólo hay un aumento leve en el seguimiento a un mes. Sin embargo, a partir del tercer mes de seguimiento la tendencia es a bajar por debajo de nueve puntos (ausencia de sintomatología).

De la misma manera, la sintomatología depresiva después del tratamiento tiende a reducir los síntomas, por debajo de nueve puntos, esto es, ausencia de sintomatología depresiva.

La autoestima de las mujeres se recuperó después del tratamiento, y con el paso del tiempo a los seis meses los puntajes siguen mejorando incluso a llegar a 37.02 siendo una autoestima alta, bastante por encima del punto de corte (29).

En general, se señala que las medias se van reduciendo en la sintomatología de ansiedad y depresión mientras la autoestima va aumentando progresivamente en cada seguimiento.

El cambio experimentado en la sintomatología concomitante: ansiedad, depresión y autoestima a lo largo del tiempo se ha analizado teniendo en cuenta la prueba *t* para medidas repetidas (1, 3 y 6 meses) en el mismo grupo.

Se destaca que las diferencias son estadísticamente significativas $p < 0.001$ entre las medidas pre tratamiento y la medida post tratamiento, y entre la medida pre y los seguimientos. También se comprueban que las diferencias en las medidas post tratamiento y seguimientos respecto al pretest son amplias y que con el paso del tiempo las diferencias son mayores. Se demuestran tamaños del efecto bastante grandes todos superiores a 1.07, también se presenta una tendencia a aumentar el tamaño del efecto en especial en ansiedad y depresión, la tendencia es constante mientras que en las otras tres variables concomitantes, esto es, autoestima, inadaptación y cogniciones postraumáticas se presentan algunas interrupciones de la tendencia (hacia arriba o abajo), sin embargo, los datos en general señalan que los cambios

son estadísticamente significativos y que esas diferencias son bastante grandes.

En relación con la inadaptación de las mujeres, se destaca que después del tratamiento el puntaje promedio se ubica por debajo del punto de corte (12) y a medida que pasa el tiempo mejora más, incluso después del sexto mes llegan a reducirse a 7.35 puntos, reconociendo que el área de pareja es bastante difícil de recuperar y se necesita mayor tiempo para esto.

De igual manera, las cogniciones postraumáticas tienden a reducirse con el paso del tiempo, desde la medida post tratamiento hasta el último seguimiento, llegando a reducirse hasta 7.42 puntos. (Ver tabla 6).

Discusión

Acorde con el modelo de antecedentes, conducta y consecuentes se puede resaltar que dentro de los antecedentes de la VP se encontraron algunos factores de riesgo, en especial, los relacionados con la victimización (características de las mujeres) y la VP como tal (violencia sexual y psicológica). También se comprobó que las mujeres no sólo sufren de VP sino han sufrido otros tipos de violencia durante la vida en especial en la infancia, relacionados con violencia dentro de la familia y en la adultez relacionados con violencia social o política (desplazamiento) incluso a ver sufrido de algún desastre natural (inundaciones) como parte de las características del contexto colombiano.

En relación con la conducta evaluada y en este caso tratada fue la VP, se puede concluir que es: crónica, cíclica, concurrente (las tres formas de violencia), cumple con los criterios de eventos potencialmente traumáticos de amenazar la vida de la mujer o algún ser querido y cumple con algunas características de los traumas complejos de ser repetida y concurrente con otros traumas.

La VP también cumple con los criterios de generar en las víctimas consecuencias en la salud tanto física, psicológica y social. En lo psicológico que es el interés de este estudio aparecen secuelas (usual de la violencia crónica) traumáticas, siendo la principal sintomatología el TEPT, se comprobó una mayor comorbilidad del TEPT con la ansiedad que con depresión, a diferencia de otros estudios como Echeburúa y Corral (1998), Golding (1999), Arinero (2006), Alonso (2007) y son similares

Tabla 6. Mantenimiento de los resultados del tratamiento en concomitantes al TEPT

				Media	D. T	≠ respecto al pretest	t*	Tamaño del efecto g Hedges
Ansiedad								
Pretest M=	26,95	D.T=	11,7					
	27,17	11,8	Posttest	11,90	10,97	14,45	8,935	1,33
	26,47	11,37	1 mes	11,11	10,21	16,06	9,954	1,46
			3 meses	7,56	8,53	18,91	13,099	1,88
	26,65	11,96	6 meses	8,68	9,43	17,97	10,042	1,67
Depresión								
Pretest M=	18,77	D.T=	11,8					
	18,80	11,6	Posttest	7,96	8,14	10,81	8,186	1,07
			1 mes	7,01	7,77	11,79	8,684	1,19
	19,06	11,7	3 meses	6,23	7,24	12,83	9,883	1,32
	17,92	11,4	6 meses	5,80	6,98	12,12	9,094	1,44
Autoestima								
Pretest M=	29,01	D.T=	5,65					
	28,93	5,69	Posttest	35,93	3,29	-11,459	8,232	1,58
			1 mes	36,11	3,50	-10,485	6,299	1,52
	28,50	5,61	3 meses	36,73	3,96	-11,961	8,671	1,69
	28,68	5,8	6 meses	37,02	3,45	-10,847	7,533	1,73
Inadaptación								
Pretest M=	19,97	D.T=	5,56					
	19,86	5,61	Posttest	11,34	8,09	8,63	8,694	1,24
			1 mes	9,66	7,26	10,20	11,611	1,69
	20,08	5,74	3 meses	7,55	7,08	12,53	14,889	1,94
	19,77	5,84	6 meses	7,35	7,60	12,42	12,851	1,83
Cogniciones postraumáticas								
Pretest M=	10,91	D.T=	3,04					
	11,03	3,04	Posttest	7,45	2,86	3,46	8,509	1,17
			1 mes	7,84	2,95	3,19	7,835	1,07
	10,94	2,96	3 meses	7,25	2,75	3,69	10,589	1,29
	10,91	3,06	6 meses	7,42	3,19	3,49	8,665	1,12

Nota: $P < 0,001$ todas las variables presentaron diferencias estadísticamente significativas.

a Cáceres (2011). También se demostró que la VP tiene un impacto en la autoestima de las mujeres y afecta las diferentes áreas de la mujeres que conlleva a desadaptarse del medio, aumentando el aislamiento y gravedad de la situación, de igual forma el impacto en el área cognitiva es significativo y merece toda la atención porque conlleva a malestar en la vida de la mujer.

Se destaca que el tratamiento fue efectivo para reducir la sintomatología post traumática a nivel clínico y estadístico, se obtuvieron grandes tamaños del efecto y

buena significación clínica. En consecuencia, se constataron las hipótesis en relación con la efectividad clínica y estadística del tratamiento en la reducción del TEPT y la sintomatología concomitante y un aumento de la autoestima de las mujeres, al igual que la mejora de la adaptación, de esta forma se alcanzó el objetivo del estudio de evaluar la efectividad del tratamiento. Esto en dirección con los resultados de los estudios del grupo de investigación de la UCM (Rincón, 2003; Arinero, 2006, Alonso, 2007; Cáceres, 2011).

También se demostró que los resultados del tratamiento se mantienen y el aprendizaje de las técnicas aprendidas en terapia se generalizan con el tiempo, mejorando los efectos del tratamiento a uno, tres y seis meses de seguimiento.

Dentro de las limitaciones del estudio se encuentra el tamaño de la muestra para poder generalizar los datos y las características que delimitaron el estudio a parejas heterosexuales y que no presentaban discapacidades físicas o mentales. Por esto se recomienda ampliar la muestra para poder generalizar los datos tanto a mujeres heterosexuales como otras víctimas de VP como hombres o mujeres víctimas de relaciones con personas de su mismo género.

Se reconoce el trabajo en red y lo valioso para el entrenamiento de terapeutas pero también la dificultad en coordinar el trabajo con las mujeres y en especial los seguimientos. El trabajo con terapeutas contratados por periodos no facilita la estabilidad del trabajo ni mucho menos los seguimientos y continuidad del mismo por eso es importante tener presente estos aspectos de cara a futuro en cuanto a planeación y políticas públicas que faciliten el abordaje del problema de la VP.

Por otra parte, algunas limitaciones del estudio fueron: el tamaño y tipo de la muestra (sólo mujeres heterosexuales), la carencia de grupos de control y comparación, la no aleatorización del muestra por ser sólo una condición (un solo grupo) que podría aportar mayor elementos de análisis como en el estudio de Cáceres (2011), Alonso (2007), Arinero (2006) y los estudios de Kubany y otros (2002, 2003).

Finalmente, se espera que este estudio abra caminos para la investigación sobre efectividad terapéutica, avanzar en el entendimiento de la VP y el trabajo en temas de cooperación internacional para combatir problemas sociales y de salud pública reto que como profesionales tenemos que asumir para desarrollar enfoques de intervención más flexibles y adaptables, con miras a continuar investigando y mejorando la práctica de la psicología clínica en lo referente al trauma psicológico, esto en la misma dirección de lo propuesto por Friedman, Cohen, Foa y Keane (2009b) y Woodin y O'Leary (2009).

Referencias

- Akar, T., Aksakal, F. N., Demirel, B., Durukan, E. & Özhan, S. (2010). The Prevalence of Domestic Violence Against Women Among a Group Woman: Ankara, Turkey. *Journal of Family Violence*, 25, 449-460. doi: 10.1007/s10896-010-9306-8
- Alonso, E. (2007). Mujeres víctimas de violencia doméstica con trastorno de estrés postraumático: validación empírica de un programa de tratamiento. (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid). Obtenido en <http://eprints.ucm.es/tesis/psi/ucm-t29877.pdf>
- American Psychological Association (APA). Presidencial Task Force on Evidence- Based Practice (2006). Evidence- Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. doi:10.1037/0003-066X.61.4.271
- Amor, P. J., Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. & Zubizarreta, I. (2001). Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: un estudio comparativo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, 167-178. Obtenido en <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:Psicopat-2001-1AE8F504-FC17-A968-D84A-1BC8F41846E5&dsID=PDF>
- Arinero, M. (2006). Análisis de la eficacia de un programa de intervención psicológica para víctimas de violencia doméstica. (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid). Obtenida en <http://eprints.ucm.es/tesis/psi/ucm-t29611.pdf>
- Bargai, N., Ben-Shakhar, G. & Shalev, A. Y. (2007). Post-traumatic Stress Disorder and Depression in Battered Women: The Mediating Role of Learned Helplessness. *Journal of Family Violence*. 22(5), 267-275. doi:10.1007/s10896-007-9078-y
- Barner, J. R. & Carney, M. M. (2011). Interventions for Intimate Partner Violence: A Historical Review. *Journal of Family Violence*, 26(3), 235-244. doi: 10.1007/s10896-011-9359-3
- Briere, J. (2004). Psychological Assessment of Adult Posttraumatic States. *Phenomenology, Diagnosis,*

- and Measurement (2nd ed.). Washington, D.C: American Psychological Association Press.
- Briere, J. & Scott, C. (2006). *Principles of Trauma Therapy: A Guide to Symptoms, Evaluation, and Treatment*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Campbell, J. C., Webster, D., Koziol-McLain, J., Block, C., Campbell, D., Curry, M.,...Wilt, S. (2003, November) «Assessing Risk Factors for Intimate Partner Homicide.» *NIJ Journal* 250. 14-19, NCJ 196547. Obtenido en <http://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=196547>
- Cáceres, E. (2011). *Tratamiento psicológico centrado en el trauma en mujeres víctimas de violencia de pareja*. (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid). In prensa.
- Courtois, C., Ford, J. & Cloire, M. (2009). Best practices in psychotherapy for adults. In Christine, A. C., & Julian, D. F. (Eds). *Treating complex traumatic stress disorders* (pp.82-103). NY, U.S: The Guilford Press.
- Cross, C. P., Copping, L. T. & Campbell, A. (2011). Sex Differences in Impulsivity: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 137(1), 97-130. Obtenido en <http://psycnet.apa.org/journals/bul/137/1/97.pdf>
- Dutton D. G. & Golant, S. K. (1997). *El golpeador. Un perfil psicológico [The Batterer: A Psychological Profile]*. NY, US: BasicBooks. Paidós Editorial (trad).
- Echeburúa, E. & Redondo, S. (2010). *¿Por qué víctima es femenino y agresor es masculino? La violencia contra la pareja y las agresiones sexuales*. Madrid. España. Editorial Pirámide.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué?. *Psicología Conductual*, Vol 15 (3), 373-387. Obtenido en <http://www.ehu.es/Echeburúa/pdfs/Intervención%20en%20crisis.pdf>
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid. Pirámide.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (1998). **Manual de violencia familiar**. Madrid. SIGLO XXI.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P., Zubizarreta, I. & Sarasua, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(90), 503-526. Obtenido en <http://www.ehu.es/Echeburúa/pdfs/7-egs.pdf>
- 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. & Guerricaechevarría. (2006). Especial consideración de algunos ámbitos. En Enrique, B., Enrique, E. O., y Josep, T. M. (Eds). *Manual de victimología* (pp. 149-190). Valencia. España. Tirant lo blanch
- Ellsberg, M. & Heise, L. (2005). *Researching Violence Against Women: A Practical Guide for Researchers and Activists*. Washington, DC, US: World Health Organization and Program for Appropriate Technology in Health. Obtenido en http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241546476_eng.pdf.
- Feeny, N., Lory, Z. & Foa, E. B. (2010). Addressing Clinical Complexities in Prolonged Exposure. Pre-Meeting. ISTSS 26th Annual Meeting. Montreal: Canadá. International Society for Traumatic Stress Studies.
- Ferrer, V. A., Bosch, E. & Riera., M. T. (2006). Las dificultades en la cuantificación de la violencia contra las mujeres en pareja. *Revista de igualdad y calidad de vida*, 15 (2), 181-202.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J. & Cohen, J. A. (2009). *Effective treatments for PTSD. (2th Ed). Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York, NY, US: The Guilford press.
- Foa, E. B., Hembree, E. A. & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged Exposure Therapy for PTSD. Emotional Processing or Traumatic Experiences*. NY, US: Oxford University Press, Inc.
- Ford, J. & Courtois, C. (2009). Defining and understanding complex trauma and complex traumatic stress disorders. In C. Courtois & J. Ford (Eds).

- Treating complex traumatic stress disorders. An Evidence-based guide (pp. 13-30). NY, US: The Guilford Press.
- Friedman, M. J., Cohen, J. A., Foa, E. & Keane, T. (2009a). Integration and Summary. En Edna, F., Terence, K., Matthew, F., & Cohen, J. (Eds). *Effective Treatments for PTSD*. (2th Ed). Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. (pp. 617-642). Practice guidelines from the International Society for Traumatic Studies. New York, NY: The Guilford Press.
- Friedman, M. J., Davidson, J. R. & Stein, D. J. (2009b). Psychopharmacotherapy for Adults. En Edna, F., Terence, K., Matthew, F., & Cohen, J. (Eds). *Effective Treatments for PTSD*. (2th Ed). Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. (pp. 245-268).). Practice guidelines from the International Society for Traumatic Studies. New York, NY: The Guilford Press.
- Golding, J. (1999). Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of Family Violence*, 14(2), 99-132. Obtenido en <http://0-web.ebscohost.com/cisne.sim.ucm.es/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=14&sid=b5f0ea32-fb6d-45e5-b30e-8887c4069418%40sessionmgr14>
- Hamberger, L. K. & Holtzworth-Munroe A. (2009). Psychological correlates of male aggression. In K.D. Daniel, O., & Erica, M. W. (Eds.). *Understanding Psychological and Physical Aggression in Couples* (pp. 79-98). Washington, DC: American Psychological Association.
- Harding, H. G. & Helweg-Larsen, M. (2009). Perceived Risk for Future Intimate Partner Violence among Women in a Domestic Violence Shelter. *Journal of Family Violence*, 24(2), 75-85. doi:10.1007/s10896-008-9211-6
- Harlé, K. M., Allen, J. J. & Sanfey, A. G. (2010). The impact of Depression on Social Economic Decision Making. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(2), 440-446. doi: 10.1037/a0018612
- Hirigoyen, M. F. (2005) *Femmes sous emprise: les ressorts de la violence de la dans le pareja*. Francia: ¡Oh! Ediciones. [Mujeres maltratadas: los mecanismos de la violencia en pareja] (2006). Barcelona. España. Editorial Paidós Ibérica S.A (trad).
- Huang, H. Y., Yang, W. & Omaye, S. T. (2011). Intimate partner violence, depression and overweigh/obesity. *Journal Aggression and Violent Behavior*, 16(2), 108-114. doi: 10.1016/j.avb.2010.12.005
- Jackson, C., Nissenson, K. & Cloitre, M. (2009). Cognitive behavioral treatment of complex traumatic stress disorders. In Christine, C., & Julian, D. F. (Eds). *Complex traumatic stress disorders. An Evidence-based clinician's guide* (pp. 243-263). New York, NY. The Guilford Press.
- Johnson, M. P. & Ferraro, K. J. (2000). Research on domestic violence in the 1990s: Making distinctions. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 948-963. doi: 10.1111/j.1741-3737.2000.00948.x.
- Kim, S., Thibodeau, R. & Jorgensen, R. S. (2011). Shame, Guilt, and Depressive Symptoms: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 137(1), 68-96. doi: 10.1037/a0021466 Obtenido en <http://psycnet.apa.org/journals/bul/137/1/68.pdf>
- Kubany, E. S. & Ralston, T. C. (2008). *Treating PTSD in Battered Women. A cognitive trauma therapy protocol*. Oakland. CA: New Harbinger Publications, Inc
- Kubany, E. S. & Watson, S. B. (2002). Cognitive trauma therapy for formerly battered women with PTSD (CTT-BW): Conceptual bases and treatment outlines. *Cognitive and Behavioral Paractice*, 9, 111-127.
- Kubany, E. S., Hill, E.E., Owens, J.A., Lance-Spencer, C., McCaig, M. A. & Tremayne, K.J. (2004). Cognitive Trauma Therapy for Women With PTSD (CTT-BW). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (1), 3-18. doi: 10.1037/0022-006X.72.1.3.
- Labrador, F.J. & Rincón, P. P. (2002). Trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: evaluación de un programa de intervención.

- Análisis y Modificación de Conducta, 28(122), 905-934.
- Labrador, F. J., Rincón, P. P., DeLuis, P. & Fernández-Velasco, R. (2004). Mujeres víctimas de violencia doméstica. Programa de actuación. Madrid, España. Editorial Pirámide.
- Lary, H. & Garcia-Moreno, C. (2009) Partner Aggression Across Cultures. In Daniel, O. & Erica, M. W. (Eds). Psychological and Physical Aggression in Couples: Causes and Interventions (pp. 59-75). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Marshall, G. N., Schell, T. L. & Miles, J. N. (2010). All PTSD Symptoms Are Highly Associated With General Distress: Ramifications for the Dysphoria Symptom Cluster. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(1), 126-135. doi: 10.1037/a0018477
- Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social (2004). Estudio Nacional de Salud Mental Colombia, 2005. Cali, Colombia: Editado por Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social. Obtenido en http://saludpublicamentaltatianaalvarezmarin.bligoo.com.co/media/users/8/411831/files/30173/ENSM_completo.pdf
- Najavits, L. M., Rynkala, D., Back, S., Bolton., E... Brandy, T. (2009). Treatment of PTSD and Comorbid Disorders. En Edna, F., Terence, K., Matthew, F., & Cohen, J. (Eds). *Effective Treatments for PTSD*. (2th Ed). Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. (pp. 508-535). Practice guidelines from the International Society for Traumatic Studies. New York, NY: The Guilford Press.
- O`Leary, K. D. & Woodin, E. M. (2009). Psychological and Physical Aggression in Couples. Causes and Interventions. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Organización de Naciones Unidas [ONU]. (1994). Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. A/RES/48/104. Ginebra: Naciones Unidas. Obtenido en [http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(symbol\)/a.res.48.104.sp](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(symbol)/a.res.48.104.sp)
- Riggs, D., Caulfield, M. & Fair, K. (2009). Risk of intimate partner violence: factors associated with perpetration and victimization. In Phillip, M. K. (Ed). *Behavioral emergencies. An evidence-based resources for evaluating and managing risk of suicide, violence, and victimization* (pp. 189-208). Washington, DC: American Psychological Association.
- Stark, E. (2007). *Coercive Control: How Men Entrap Women in Personal Life*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Tolin, D. F. & Foa, E. B. (2008). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, Sup (1), 37-85. doi: 10.1037/1942-9681.S.1.37.
- Villavicencio, P. & Sebastián, J. (1999). Variables predictoras del ajuste psicológico en mujeres maltratadas desde un modelo de estrés. *Psicología conductual*, 7(3), 431-458.
- Walker, L. E. (2009). *The Battered Women Syndrome*. (3rd. Ed). New York, NY, US: Springer publishing Company.
- Whiting, J. B., Simmons, L. A., Havens, J. R., Smith, D. B. & Oka, M. (2009). Intergenerational Transmission of Violence: the Influence of Self-Appraisals, Mental Disorders and Substance Abuse. *Journal of Family Violence*. 24(8), 639-648. doi: 10.1007/s10896-009-9262-3.
- Weathers, F. & Keane, T. (2007). The Criterion A problem revisited. *Journal of Traumatic Stress*, 20(2), 197-121. doi:10.1002/jts.20201
- Woodin, E. M. & O`Leary, K. D. (Ed). (2009). *Psychological and Physical aggression in couples. Causes and interventions [Afterword]*. Washington, DC, US: American Psychological Association.