

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VÍCTIMAS DE MALTRATO DOMÉSTICO: EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

**Francisco Javier Labrador¹
Paulina Paz Rincón**

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es establecer un programa de tratamiento breve y eficaz para víctimas de maltrato doméstico que sufren trastorno de estrés posttraumático (TEPT). La muestra estuvo constituida por 9 participantes, todas ellas con diagnóstico de TEPT según criterios DSM-IV. El programa de tratamiento, que se aplicó en grupos de 3, constaba de 8 sesiones (2 meses) cuyos componentes fundamentales eran psicoeducación, relajación, terapia cognitiva y terapia de exposición.

Los resultados en el postratamiento y en los seguimientos al mes y a los tres meses de concluida la intervención indican que el programa fue efectivo para la reducción del trastorno de estrés posttraumático en el 100% de los casos. También se produjo la mejora en otras variables: Depresión, autoestima, inadaptación social y cogniciones posttraumáticas. Se discuten las implicaciones de este estudio para la práctica clínica e investigaciones futuras.

Palabras clave: *TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO, MUJERES MALTRATADAS, TERAPIA COGNITIVA, TERAPIA DE EXPOSICIÓN.*

¹ Departamento de Psicología Clínica. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas s/n, 28223, Madrid. E-mail: psper30@sis.ucm.es

SUMMARY

This study was directed to develop and prove an effective, short length, treatment programme for the posttraumatic stress disorder (PTSD) among battered women. The treatment program was applied to nine PTSD patients, according to the DSM-IV criteria, all they women, grouped in 3 members groups. The treatment program included 8 sessions (2 months), whose main components were psychoeducation, training relaxation, cognitive therapy and exposure therapy.

The results on the posttreatment and on the first and third month follow-up sessions, show that the programme was effective to reduce the TEPT on the 100% of the patients. The results also point out an improvement in variables such as Depression, self-esteem, social inadaptation, and posttraumatic cognitions. The implications of this study for clinical practice and future research in the PTSD are discussed.

Key words: *POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER, BATTERED WOMEN, COGNITIVE THERAPY, EXPOSURE THERAPY.*

INTRODUCCIÓN

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) describe un patrón de síntomas que puede desarrollarse en individuos que han vivido experiencias traumáticas de alta intensidad, entre los que se cuentan ex combatientes, víctimas de delitos, de abuso físico, incluyendo maltrato doméstico, de accidentes de tráfico y de desastres, tanto naturales como provocados por el hombre (Astin y Resick, 1997). El TEPT aparece cuando la persona ha sufrido o ha sido testigo de una agresión física o una amenaza para su vida o la de otra persona y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión.

Tres conjuntos de síntomas se consideran característicos de este trastorno: a) *Reexperimentación* de acontecimientos altamente traumáticos, b) *Conductas de evitación* de los estímulos relacionados con el trauma y c) *Síntomas debidos al exceso de activación*

(dificultades de concentración, irritabilidad, problemas para conciliar el sueño, etc.). Se estima que en la mitad de los casos de personas aquejadas por el TEPT, la sintomatología no remite espontáneamente sino que se cronifica (American Psychiatric Association, 1994).

Los estudios sobre prevalencia del TEPT en la población general, han señalado valores que oscilan entre un 1 y un 14%. Esta alta variabilidad se explica por los diferentes criterios diagnósticos empleados y el tipo de población objeto de estudio. En los estudios sobre población de riesgo, las cifras se sitúan entre el 3 y el 58% (APA, 1994), y en el caso de mujeres víctimas de maltrato doméstico, entre un 50 y un 55% (Echeburúa y Corral, 1995, 1997), porcentaje especialmente alarmante pues se estima que entre un 15 y un 30% de la población femenina española es víctima de maltrato doméstico (Echeburúa y Corral, 1998).

Los tratamientos más utilizados para el TEPT han sido la terapia de exposición, el entrenamiento en técnicas para el control de la ansiedad y la reestructuración cognitiva (Richards y Lovell, 1999). El informe elaborado por la División 12 de la Asociación Psicológica Americana sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos (Chambless et al., 1998) señala como tratamiento psicológico probablemente eficaz la terapia de exposición, el entrenamiento en inoculación de estrés y la terapia de reprocesamiento y desensibilización por movimientos oculares (ver Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000).

Sin embargo, en el caso del TEPT en víctimas de maltrato doméstico, hay poca claridad con respecto a: 1) Qué tratar (síntomas, conductas, etc.), 2) Qué tratamientos o qué componentes o técnicas deben incluirse en un programa de intervención y, 3) En qué orden han de presentarse dichos componentes.

a) *Qué tratar*: Walker (1991) plantea la conveniencia de abordar en el tratamiento cinco áreas: a) Manipulación y control del medio, b) Disociación, c) Expresión de la ira, d) Intimidad sexual y emocional y, e) Sumisión y resentimiento. El objetivo es dotar de habilidades a la mujer para que aprenda a afrontar la situación y recupere el control de su vida. Se enfatizan las ventajas de una intervención en grupo pues permite aprender de la experiencia de las demás participantes y ayuda a reestablecer relaciones de amistad y a desa-

rollar una red de apoyo e integración social. Webb (1992) propone una intervención cognitivo conductual, de aplicación individual o grupal, que debe incluir reestructuración cognitiva, modelado, detención de pensamiento e inoculación de estrés, con el objetivo de identificar y modificar creencias erróneas y responder de manera adaptativa a la situación de abuso. Para Dutton-Douglas (1992) la intervención con mujeres maltratadas dependerá de la etapa de violencia en que se encuentre la víctima, describiendo tres fases: a) Crisis, b) Transición y c) Recuperación. El tratamiento, que debe centrarse en la fase de recuperación y supone el cese del trauma previo, ha de incluir cuatro componentes: a) Análisis del trauma, b) Tratamiento de los síntomas específicos de la paciente, c) Reestructuración cognitiva y, d) Reconstrucción de una nueva vida. Tutty, Bidgood y Rothery (1993) plantean que el contenido de la intervención debe centrarse en la reducción de los sentimientos de culpa, mejora de la autoestima, expresión de la ira y adquisición de independencia.

b) Tipo de tratamiento que debe emplearse: Cox y Stoltenberg (1991), presentan un programa de 6 sesiones, de 2 horas de duración, en 2 semanas que consta de cinco módulos: a) Terapia cognitiva, b) Asertividad y habilidades de comunicación, c) Solución de problemas, d) Asesoría profesional, y e) Percepción del propio cuerpo. Mancoske, Standifer y Cauley (1994), comparan dos programas de tratamiento de 8 sesiones de duración cada uno: a) Intervención en crisis y asesoría breve orientada a la solución del conflicto, y b) Intervención en crisis y asesoría de orientación feminista. Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, (1996a) aplican un programa cognitivo-conductual de 12 sesiones individuales de 1 hora de duración con una periodicidad semanal. Los componentes del programa son: a) Expresión emocional, b) Reevaluación cognitiva y, c) Entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento.

En resumen, la mayor parte de los programas de intervención en TEPT incluyen terapia cognitiva y terapia de exposición, sin embargo no se ha establecido la eficacia diferencial de estos dos tratamientos. En algunos casos se señala que tanto la exposición como los componentes cognitivos son eficaces, sin haber diferencias significativas entre ellos (Foa et al. 1999; Tarrier et al., 1999), en otros se indica que los componentes cognitivos son eficaces para superar

el TEPT (Resick y Schnicke, 1992) y en otros que la exposición es por sí sola efectiva para tratar este trastorno, sin necesidad de utilizar componentes cognitivos (Foa, Rothbaum, Riggs y Murdock, 1991; Richards y Lovell, 1999). Sin embargo, la mayoría de los protocolos de tratamiento combinan ambos componentes, estando avalada esta práctica por las teorías que explican TEPT (Thompson, Charlton, Kerry, Lee y Turner, 1995; Frueh, Turner, Beidel, Mirabella y Jones, 1996; Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1997; Fecteau y Nicki, 1999). Queda pendiente, no obstante, establecer el orden en que deben aplicarse estos componentes.

c) Orden de aplicación de los componentes: Brewin plantea que los tratamientos psicológicos que sólo involucren exposición a las memorias traumáticas, servirán para extinguir las reacciones emocionales experimentadas durante el trauma, predominantemente de miedo, pero no las reacciones emocionales secundarias, derivadas de la evaluación consciente del evento traumático, para cuya extinción serán necesarias técnicas cognitivas. Es más, precisa que el tratamiento de exposición sería más efectivo cuando, al recordar el trauma, no se activen emociones secundarias como la ira o la culpa, que puedan bloquear la habituación al miedo, por lo que sugiere que estas emociones negativas secundarias deben ser tratadas con técnicas cognitivas antes de usar el tratamiento de exposición (Brewin, Dalgleish y Joseph, 1996).

Hay, además, otros problemas no resueltos en el tratamiento del TEPT en víctimas de maltrato doméstico: 1) Son pocos los estudios que evalúan de forma controlada los efectos de las intervenciones, 2) Aquellos que lo hacen centran la evaluación del cambio terapéutico en variables como la autoestima, la ansiedad y/o la depresión y no en la sintomatología específica del TEPT, 3) Los diseños utilizados presentan debilidades metodológicas como la diversidad de instrumentos utilizados para cuantificar la misma variable, ausencia de grupos de control, ausencia de seguimientos y escasa formación terapéutica de los profesionales que llevan a cabo las intervenciones (Abel, 2000), y 4) No hay claridad con respecto a la eficacia diferencial de tratamientos grupales versus individuales.

A partir de este estado de la cuestión, dada la elevada prevalencia del TEPT en víctimas de maltrato y el escaso desarrollo

de programas de tratamiento específicos para este problema, se ha diseñado la presente investigación con el objetivo de establecer un programa de tratamiento breve y eficaz para víctimas de maltrato doméstico que sufren TEPT. El programa se caracteriza por: 1) Incluir las técnicas que han demostrado ser eficaces para este problema, 2) Ser un programa breve, condición indispensable dado que las pacientes han de readaptarse de manera urgente a una nueva forma de vida, con frecuencia mientras viven en un piso de acogida de forma transitoria, 3) Poder llevarse a cabo en el medio habitual en el que las víctimas piden asistencia, y 4) Ser un tratamiento grupal, lo que además de facilitar el desarrollo de habilidades de sociales y la creación de redes de apoyo social en las pacientes, permite aumentar la cobertura, disminuyendo los costes, a las instituciones implicadas en esta problemática.

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo constituida por 9 mujeres que demandaban asistencia psicológica por ser o haber sido víctimas de maltrato (físico, sexual y/o psicológico) en su relación de pareja. Los criterios de inclusión fueron: a) Ser mujer víctima de maltrato doméstico y b) cumplir criterios DSM-IV (APA, 1994) para diagnóstico de trastorno de estrés postraumático. Los criterios de exclusión fueron: a) Diagnóstico actual o previo de trastorno mental orgánico o psicosis según criterio DSM-IV, b) Inmediata y clara posibilidad de suicidio, c) Abuso de alcohol o drogas, y d) Estar en algún tipo de terapia para este problema en el momento del estudio.

Características sociodemográficas de la muestra: La media de edad de las participantes es de 34.67 años (rango 16-57 años). 8 de las 9 participantes (88.9%) no vivían con el agresor, estando solteras (33.3%), casadas (22.2%), en trámite de separación, separadas o divorciadas (44.5%), 8 de las 9 participantes (88.9%) tenían hijos. El 55.6% de la muestra consideraba que pertenecía al extracto

socioeconómico medio; el 22.2%, al extracto socioeconómico medio-bajo y el 22.2% restante, al extracto socioeconómico bajo. Un 77.8% de las participantes tenía estudios primarios y un 22.2%, secundarios.

Materiales

Entrevistas: Se elaboró una Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Maltrato Doméstico (anexo 1), con el fin de obtener información para la inclusión o exclusión de las participantes en el programa y recoger información de antecedentes sociodemográficos, historia del problema de maltrato, consumo de sustancias adictivas y trastornos de ansiedad. La entrevista incluye el Cuestionario de Alcoholismo CAGE (Hayfield et al., 1974; versión de Echeburúa, 1994) y una entrevista estructurada para diagnóstico DSM-IV de trastornos de ansiedad (Zimmerman, 1994). Se aplicó la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997) para evaluar los síntomas y la intensidad de este trastorno según criterios DSM-IV (APA, 1994).

Instrumentos de autoinforme: Además del TEPT se han evaluado otras variables de adaptación y sintomatología concomitante a la situación de maltrato:

- Depresión: *Inventario de Depresión de Beck (BDI)*. Se utilizó la versión autoaplicada de 21 ítems traducida al castellano por Vázquez (Vázquez y Sanz, 1997).
- Autoestima: *Escala de Autoestima de Rosenberg*, evalúa el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma.
- Inadaptación a la vida cotidiana: *Escala de Inadaptación (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000)*. Evalúa en qué medida el problema del sujeto afecta a áreas como trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y convivencia familiar, junto con una valoración global.
- Aspectos cognitivos derivados de la experiencia de maltrato: *Inventario de Cogniciones Postraumáticas* (Foa, Ehlers, Clark, Tolin y Orsillo, 1999). Evalúa pensamientos y creencias relacionados con

el trauma con tres subescalas que miden cogniciones negativas acerca de sí mismo, cogniciones negativas acerca del mundo y autopunición.

Para evaluar cada sesión se diseñó una *Escala de Cambio Percibido* (anexo 2), que consta de 7 ítems, con un formato tipo Likert, y que evalúa el malestar emocional, los síntomas característicos del TEPT, el grado de bienestar general y la evaluación que las participantes hacen de la utilidad de lo visto en sesión.

Para medir el comportamiento de las participantes en terapia se realizaron dos registros: a) Registro de asistencia a sesión y b) Registro de cumplimiento de tareas.

Material utilizado en el tratamiento

A lo largo del proceso de intervención, las participantes debían llevar a cabo tareas para poner en práctica las técnicas entrenadas en cada sesión. Para facilitar la ejecución de dichas tareas se diseñaron diversos autorregistros. Asimismo, se elaboró material didáctico, en forma de trípticos, con información relacionada a lo comentado en sesión: a) Tríptico de violencia doméstica, b) Tríptico de autoestima y c) Tríptico de solución de problemas. En las sesiones dedicadas a las tareas de exposición se utilizó una grabadora y una cinta de audio, por participante, para grabar la exposición en sesión y para su posterior uso en casa.

Procedimiento

Prueba piloto del programa de tratamiento: Previamente a la aplicación del tratamiento, se llevó a cabo un estudio piloto con una muestra de dos mujeres con TEPT debido a malos tratos por parte de su pareja. A partir de los resultados de este estudio se realizaron modificaciones, como la reducción de las tareas asignadas en ciertas sesiones, el diseño de algún autorregistro y la duración dedicada a determinadas actividades, estableciéndose el programa de forma definitiva.

Captación de las participantes: Las participantes fueron derivadas desde el Servicio de Atención a la Víctima del Decanato de los Juzgados de Madrid; el Centro Municipal de la Mujer, dependiente de la Concejalía de la Mujer del Ayuntamiento de Leganés; y de un piso de acogida para mujeres víctimas de malos tratos dependiente de la Concejalía de la Mujer del Ayuntamiento de Toledo. Las participantes derivadas desde el Servicio de Atención a la Víctima fueron evaluadas y tratadas en la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, en los otros dos casos la evaluación, la intervención y el seguimiento se llevaron a cabo en las dependencias de las propias instituciones.

Evaluación pretratamiento

Se llevó a cabo en una sesión individual previa (90-120 minutos) en la que se aplicaba la Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Maltrato Doméstico, la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT y los instrumentos de autoinforme para establecer los criterios de inclusión/exclusión. Si la participante era incluida en el programa se le explicaba las características de éste y la necesidad de coordinar los horarios de las participantes, señalándole que la terapeuta la llamaría para indicarle la fecha de inicio del tratamiento. En los casos de exclusión, se remitía a las participantes a las instituciones oportunas, en coordinación con la psicóloga o directora de la institución desde la que había sido derivada para la evaluación.

Algunas participantes pasaron por un período de espera entre la evaluación pretratamiento y el inicio de éste, entre otras razones por aguardar a que se formara el grupo de tratamiento. Con aquellas participantes ($N = 6$) cuyo tiempo de espera fuera similar al tiempo de duración del tratamiento, dos meses, se llevó a cabo una segunda evaluación antes de iniciar el tratamiento, aplicándose la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT y los instrumentos de autoinforme. El objetivo fue ver si el mero paso del tiempo influía en las variables dependientes. Esta *Segunda Evaluación Pretratamiento* fue considerada, en términos de análisis estadísticos, como un control de lista de espera, con la cautela debida al no tratarse de grupos independientes.

Tabla 1.- Resumen del programa de tratamiento

Sesión	Sesión	Contenido
1ª	5ª	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de las participantes y de la terapia. • Establecimiento de normas de trabajo en grupo. • Explicación del problema. • Explicación de los objetivos del tratamiento. • Explicación de los conceptos de ciclo y escalada de violencia. • Entrenamiento en control de la respiración. Tareas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ejercitar control de la respiración. ✓ Registrar síntomas de reexperimentación.
2ª	6ª	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas. • Detención de pensamiento. • Control de la respiración. Tareas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ejercitar detención de pensamiento. ✓ Completar hojas A-B-C. ✓ Ejercitar control de la respiración.
3ª	7ª	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas. • Reevaluación cognitiva. • Control de la respiración. Tareas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Leer material autoestima. ✓ Realizar actividades gratificantes. ✓ Completar hojas A-B-C-D. ✓ Identificar y registrar situaciones problemáticas. ✓ Ejercitar control de la respiración.
4ª	8ª	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas. • Reevaluación cognitiva. • Solución de problemas. • Control de la respiración. Tareas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar, registrar y definir situaciones problemáticas. ✓ Leer material acerca de solución de problemas. ✓ Realizar actividades gratificantes. ✓ Ejercitar control de la respiración.

Tratamiento

El programa de tratamiento, aplicado en grupo, consta de los siguientes componentes: Psicoeducación, entrenamiento en relajación, terapia cognitiva y terapia de exposición, aplicados en ese orden. La primera sesión se destina a psicoeducación y entrenamiento en relajación a través de la técnica de control de la respiración, que se seguirá practicando a lo largo del programa; entre la segunda y la quinta sesión se desarrolla la terapia cognitiva; y entre la sexta y la octava sesión se practica exposición prolongada en la imaginación. La duración total del programa es de ocho sesiones, de 90 minutos de duración cada una, con una periodicidad semanal. Cada grupo terapéutico estuvo constituido por tres participantes. La tabla 1 ofrece un resumen del programa.

Evaluación postratamiento y seguimiento

Concluido el tratamiento, se llevó a cabo su evaluación a través de la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT y los instrumentos de autoinforme. En el seguimiento, al mes y a los tres meses de concluido el tratamiento, se aplicaron los mismos instrumentos con 7 de las 9 mujeres, debido a la imposibilidad de contactar con las otras dos.

RESULTADOS

Descripción de la muestra

Aunque 7 de las 9 participantes (77.8%) ha padecido maltrato físico y psicológico y 2 sólo maltrato psicológico (22.2%), sin embargo, todas las participantes han desarrollado TEPT, lo que probablemente refleja la existencia de un maltrato intenso en el que han visto amenazada su integridad personal. La mayoría de las participantes (77.8%) ha vivido el maltrato por un período superior a dos años y casi la mitad de la muestra (44.4%), por un período superior

a seis años. El 77.8% de ellas padeció maltrato a diario y el 22.2% restante estima que su frecuencia era de dos veces por semana. En la mitad de los casos en que hay hijos, éstos también han sido maltratados. En un 75% de los casos se trata de maltrato psicológico y en un 25%, de maltrato físico. La mayoría de las participantes (77.8%) había denunciado la situación de malos tratos en que se encontraba y había recibido asistencia médica por lesiones. El 66.7% de las participantes había tenido que abandonar su hogar al menos una vez debido a los malos tratos, siendo la media de abandonos del hogar 4.5 veces, y el principal refugio, la casa de los padres de la víctima. La mayoría de las participantes cuenta con apoyo social (88.9%) o familiar (77.8%).

Con respecto a las características psicopatológicas de las participantes (Tabla 2), todas ellas, antes de la terapia, cumplían criterios de diagnóstico de TEPT crónico con niveles de intensidad altos. Además, según las puntuaciones en el BDI, el 55.6% de las participantes presentaba un trastorno de depresión grave y sólo el 22.2% no presentaba depresión (Tabla 3). En la Escala de Autoestima la media de 22.56 señala una importante desvalorización de sí mismas. La puntuación media total de la Escala de Inadaptación, 19.44, supera claramente el punto de corte establecido (12 puntos) indicando una inadaptación global de las participantes.

En relación con el Inventario de Cogniciones Postraumáticas, si bien no existen datos normativos, la media obtenida por las participantes en la subescala de cogniciones negativas acerca del mundo, 5.47, indica que están entre levemente de acuerdo y muy de acuerdo con dichas cogniciones. Las medias en las subescalas de cogniciones negativas acerca de sí mismo y de autopunición, 4.03 y 4.16, respectivamente, son indicativas de que están levemente de acuerdo o les son indiferentes los ítems relacionados con esos pensamientos.

El 100% de la muestra no presentaba problemas de consumo de sustancias, es decir, ninguna de las participantes tenía un consumo de alcohol problemático, abusaba de fármacos y/o consumía drogas ilegales. El 66.7% de las participantes no presentaba ningún otro trastorno de ansiedad. El 33.3% restante presentaba crisis de angustia (11.1%) y fobia específica (22.2%).

Tabla 2.- Medias y desviaciones típicas en la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, Inventario de Depresión de Beck (BDI), Escala de Autoestima, Escala de Inadaptación e Inventario de Cogniciones Postraumáticas, en pretratamiento (Pretto.), segunda evaluación pretratamiento (S.E.P.), posttratamiento (Postto.), 1 mes de seguimiento (1 Mes) y 3 meses de seguimiento (3 Meses)

Instrumento de Medida	Pretto. (N = 9)		S.E.P. (N = 6)		Postto. (N = 9)		1 Mes (N = 7)		3 Meses (N = 7)	
	\bar{X}	s_x	\bar{X}	s_x	\bar{X}	s_x	\bar{X}	s_x	\bar{X}	s_x
Escala Gravedad Síntomas TEP	31.67	7.14	29.83	9.97	10.56	4.67	8.43	5.71	12.14	9.01
• Subescala Reexperimentación	10.22	2.22	9.17	2.14	4.11	2.57	1.86	1.86	4.43	2.82
• Subescala Evitación	10.78	3.63	11.00	5.55	3.78	1.79	4.00	3.79	3.00	3.06
• Subescala Activación	10.67	2.78	10.00	4.05	2.67	1.12	2.57	1.40	4.7.	3.82
BDI	25.44	13.10	18.33	14.88	8.00	6.56	10.29	12.38	10.14	15.56
Escala de Autoestima	22.56	5.36	24.67	3.88	28.22	4.38	28.71	6.52	29.29	5.85
Escala de Inadaptación	19.44	6.91	19.67	6.68	11.00	5.39	8.43	8.28	10.14	10.49
Inventario de Cogniciones Postraumáticas	13.66	3.86	12.05	3.86	9.13	4.16	8.69	5.48	8.59	6.56
• Cogniciones negativas sí mismo	4.03	1.46	3.32	1.73	2.09	1.01	2.70	2.07	2.46	2.08
• Cogniciones negativas mundo	5.47	1.88	5.03	1.58	4.07	1.68	3.24	1.83	3.73	2.62
• Autopunción	4.16	1.57	3.70	1.50	2.98	1.93	2.74	1.82	2.40	2.17

Tabla 3.- Número de casos con diagnóstico de estrés postraumático y depresión. Comparación pretratamiento, postratamiento, 1 mes de seguimiento y 3 meses de seguimiento

INSTRUMENTOS DE MEDIDA	PRETRATAMIENTO (N = 9)		POSTRATAMIENTO (N = 9)		SEGUIMIENTO 1 MES (N = 7)		SEGUIMIENTO 3 MESES (N = 7)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático								
• Ausencia de trastorno	0	0.0	9	100.0	7	100.0	6	85.7
• Trastorno de estrés postraumático agudo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
• Trastorno de estrés postraumático crónico	9	100.0	0	0.0	0	0.0	1	14.3
BDI								
• Ausencia de depresión	2	22.2	4	44.4	4	57.1	5	71.4
• Depresión leve	1	11.1	4	44.4	0	0.0	1	14.3
• Depresión moderada	1	11.1	1	11.1	3	42.9	0	0.0
• Depresión grave	5	55.6	0	0.0	0	0.0	1	14.3

Participación en el tratamiento

El 77.8% de las participantes asistió a la totalidad de las sesiones de tratamiento (8 sesiones). Un 11.1% asistió a 7 sesiones y el 11.1% restante asistió a 6 sesiones. Asimismo, el 44.5% de las participantes cumplió el 100% de las tareas encomendadas y un 33.3% cumplió entre un 75 y un 95% de las mismas. Sólo un 22.2% de las participantes llevó a cabo menos del 75% de las tareas que se les había pedido realizar.

Eficacia del tratamiento

Se llevó a cabo una prueba no paramétrica de rangos de Wilcoxon para muestras dependientes, en cada una de las comparaciones realizadas (Tabla 4). Entre la evaluación pretratamiento y la *segunda evaluación pretratamiento* no se encontraron diferencias significativas para ninguna de las medidas, de lo que se desprende que con el mero paso del tiempo no remite la sintomatología.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el pretratamiento y el postratamiento en todas las medidas evaluadas, salvo en dos subescalas del Inventario de Cogniciones Postraumáticas, la subescala de cogniciones negativas acerca del mundo y la subescala de autopunición. También, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el pretratamiento y el seguimiento llevado a cabo al mes de haber concluido el tratamiento, en todas las medidas evaluadas, salvo en la subescala de autopunición del Inventario de Cogniciones Postraumáticas.

Al comparar la evaluación pretratamiento con la evaluación realizada a los tres meses de seguimiento se encuentran diferencias significativas en todas las medidas, salvo en la Escala de Inadaptación y dos subescalas del Inventario de Cogniciones Postraumáticas, la subescala de cogniciones negativas acerca del mundo y la subescala de autopunición.

El tamaño del efecto encontrado para las medidas en las que hay diferencias significativas es alto; en relación con el TEPT, la paciente media ha disminuido su puntuación en más de dos desviaciones típicas (2.88 veces para ser exactos) respecto a su evaluación

Tabla 4.- Estadístico de la prueba de Wilcoxon (Z) y tamaño del efecto (T.E.) para las medidas de las variables dependientes en las comparaciones pretratamiento y segunda evaluación pretratamiento (Pretto./S.E.P.), pretratamiento y posttratamiento (Pretto./Postto.), pretratamiento y un mes de seguimiento (Pretto./1 Mes) y pretratamiento y 3 meses de seguimiento (Pretto./3 Meses)

Instrumento de Medida	Pretto./S.E.P. (N = 6)		Pretto./Postto. (N = 9)		Pretto./1 Mes (N = 7)		Pretto./3 Meses (N = 7)	
	Z	T.E.	Z	T.E.	Z	T.E.	Z	T.E.
Escala Gravedad Síntomas TEP	-67	2.88	-2.67**	2.88	-2.37*	3.09	-2.37*	2.00
• Subescala Reexperimentación	-82	1.89	-2.69**	1.89	-2.37*	2.81	-2.37*	2.09
• Subescala Evitación	-14	2.06	-2.67**	2.06	-2.37*	2.00	-2.37*	1.71
• Subescala Activación	-129	2.88	-2.67**	2.88	-2.38*	3.29	-2.37*	1.25
BDI	-116	1.98	-2.67**	1.98	-2.37*	1.34	-2.20*	1.33
Escala de Autoestima	-76	1.31	-2.43*	1.31	-2.20*	1.50	-2.21*	1.14
Escala de Inadaptación	-31	1.12	-2.52*	1.12	-2.37*	1.26	-1.02	0.74
Inventario de Cogniciones Postraumáticas	-52	1.47	-2.55*	1.47	-2.20*	1.67	-2.03*	0.99
• Cogniciones negativas sí mismo	-94	2.26	-2.67**	2.26	-2.37*	1.43	-2.20*	1.11
• Cogniciones negativas mundo	-13	0.73	-1.72	0.73	-2.37*	1.42	-1.52	0.66
• Autopunición	-95	0.66	-1.86	0.66	-1.86	1.04	-1.58	0.96

* Nivel de significación $p < 0.05$

** Nivel de significación $p < 0.01$

pretratamiento; en relación con el Inventario de Depresión de Beck, la disminución del nivel de depresión tras el tratamiento es de casi 2 desviaciones típicas.

Al mes de seguimiento, la cantidad de cambio producida tras la intervención se incrementa para casi todas las medidas, a excepción de las obtenidas con el Inventario de Depresión de Beck, donde se ha reducido la disminución del nivel de depresión (1.34 desviaciones típicas), con respecto a la encontrada en el postratamiento (1.98 desviaciones típicas). Manteniéndose en estos valores a los tres meses de seguimiento (1.33).

Las diferencias encontradas entre el pretratamiento y el postratamiento, además de estadísticamente significativas, lo son desde el punto de vista clínico, resultados que se mantienen al mes y a los tres meses. En la evaluación pretratamiento la totalidad de las participantes cumplía las condiciones para TEPT crónico, en el postratamiento el 100% de la muestra ya no tiene TEPT, ni en el seguimiento realizado al mes. No obstante, en el seguimiento a los tres meses, la única participante que convivía aún con el agresor cumple criterios diagnósticos de TEPT.

Con respecto a los valores de depresión, según las puntuaciones del BDI, se pasa de un 55.6% de las participantes con depresión grave en el pretratamiento, o un 0% en el postratamiento, y de un 22.2% sin depresión en el pre a un 44.4% en el post (Ver tabla 3).

Finalmente, con respecto a la evaluación que las participantes hacen del tratamiento, a través de la Escala de Cambio Percibido que contestan en cada sesión (valores entre 7 y 49), el valor más bajo se encuentra en la segunda sesión (la primera en la que se aplica la escala), 35.56. A partir de ahí las puntuaciones van subiendo de forma continua (38.78 a 41 entre la 3ª y la 7ª, 43.33 en la 8ª) lo que indica que perciben que los síntomas son menores o mucho menores y que progresivamente se encuentran mejor o mucho mejor, al finalizar el tratamiento.

DISCUSIÓN

Las investigaciones con muestra clínica suelen caracterizarse por ciertos problemas. Por una parte, por la dificultad para conseguir

participantes que se ajusten a los criterios de inclusión establecidos, lo que se traduce en trabajar con muestras pequeñas o esperar muchos años antes de poder informar de los resultados alcanzados. En este trabajo, aunque se trata de un grupo reducido, las 9 participantes cumplían los criterios DSM-IV de TEPT crónico (APA, 1994), frente a la práctica habitual de usar como criterio de inclusión sólo el haber padecido maltrato doméstico, sin precisarse si aparecía el TEPT.

Por otra parte, se plantea un problema ético a la hora de pensar en algún tipo de grupo control, ya sea de lista de espera o placebo, con este tipo de muestra. Se trata de personas que requieren atención terapéutica inmediata para el problema que las queja y a las que no se les debe hacer esperar en la entrega de dicha atención. Por razones ajenas a la investigación, para 6 de las 9 participantes, se aplazó el inicio del programa de tratamiento durante un período similar al de la duración del programa, dos meses. Este aplazamiento fue aprovechado para llevar a cabo una segunda evaluación pretratamiento con dos objetivos: 1) Confirmar el diagnóstico de TEPT, y 2) Ver la existencia de cambios debidos al paso del tiempo. Esta segunda evaluación pretratamiento constituye una interesante solución al problema señalado, pues ha permitido obtener datos similares a los conseguidos con un grupo de control ya que: a) Entre la primera y la segunda evaluación transcurre el mismo tiempo que dura el programa de tratamiento y b) Se asegura mejor el control de las variables extrañas al ser los mismos sujetos.

Si el paso del tiempo no parece ser suficiente para la reducción del TEPT, tampoco lo es el mero alejamiento de la situación de maltrato. No deja de ser significativo que, al momento de la intervención, 8 de las 9 participantes han dejado de vivir con el agresor, pero esta separación no ha bastado para solucionar los problemas psicológicos derivados del maltrato.

En relación con las características psicopatológicas de estas mujeres, se constata una elevada intensidad del TEPT previa a la terapia. Asimismo, se apreciaba un alto grado de depresión e inadaptación a la vida cotidiana y un nivel bajo de autoestima. Esto hace patente el gran deterioro personal, adaptativo y social que tiene para las víctimas de maltrato esta situación, y también señala que la inter-

vinción con este tipo de víctimas deba abordar además del TEPT, otros aspectos relacionados con su adaptación social y familiar.

Con respecto a la eficacia del tratamiento, se debe destacar, como un primer éxito la no existencia de abandonos al tratamiento. La gran mayoría de las participantes -específicamente 7 de 9- asistió a la totalidad de las sesiones de tratamiento y cumplió entre un 75 y un 100% de las tareas asignadas. De aquellas participantes que no asistieron a todas las sesiones ninguna abandonó el tratamiento. Es más, los datos obtenidos señalan que la asistencia a la totalidad de las sesiones de tratamiento y el cumplimiento de las tareas asignadas asegura un mejor resultado de la intervención. Aquellas dos participantes que no asistieron a todas las sesiones de tratamiento -que son también las que tienen los más bajos porcentajes de cumplimiento de tareas-, tienen puntuaciones superiores a la media en las medidas de TEPT, depresión e inadaptación a la vida cotidiana, en el postratamiento. Al mes de seguimiento sólo se pudo contactar con una de estas dos participantes y seguía puntuando con valores superiores a la media.

En segundo lugar, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el pretratamiento y el postratamiento, en todas las medidas evaluadas, esto es, TEPT, depresión, autoestima, inadaptación a la vida cotidiana y cogniciones postraumáticas. Es decir, el tratamiento elaborado y llevado a cabo se ha mostrado eficaz para: a) Reducir la sintomatología específica de estrés postraumático y b) Lograr mejoría en otros problemas asociados a este tipo de víctimas, aunque éste no era el objetivo central del programa.

En tercer lugar, las diferencias encontradas entre la evaluación pretratamiento y la de postratamiento se mantienen al mes de haber concluido éste -con un 100% de mejoría en el TEPT- e incluso se incrementan las mejoras en todas las medidas evaluadas, salvo en la de depresión. Esta mejora progresiva es típica de un proceso de aprendizaje y se debe esperar que siga aumentando con el paso del tiempo, lo que permite generar expectativas positivas con respecto al programa desarrollado. Ciertamente, a los tres meses hay una disminución en algunos índices achacables básicamente a las puntuaciones de la única mujer que convivía con el agresor.

Cuarto, desde el punto de vista de la significación clínica, que debería ser el punto de vista central en cualquier investigación destinada a probar la eficacia de una intervención terapéutica, se tienen resultados muy alentadores. En aquellas dos medidas en que hay un punto de corte que permite establecer un diagnóstico -TEPT y depresión- hay cambios clínicamente significativos en el postratamiento. El 100% de las participantes tratadas no tiene TEPT al finalizar la intervención; y de un 55.6% de las participantes que tenía depresión grave y en el pretratamiento, se pasa a un 0% en el postratamiento. En el seguimiento, se aprecia un retroceso en dos participantes que pasan de depresión leve, en el postratamiento, a depresión moderada al mes de seguimiento, y una de ellas a depresión grave a los tres meses, aquella que aún vivía con el agresor.

Quinto, respecto de la evaluación que las participantes hacen del tratamiento (sesión por sesión), es de destacar la muy alta satisfacción mostrada con él, señalando además que sus síntomas son bastante menores o mucho menores y que se encuentran mejor o mucho mejor.

Con respecto a los aspectos cognitivos evaluados por el Inventario de Cogniciones Postraumáticas, aunque las diferencias globales entre el pretratamiento y el postratamiento son significativas, hay dos subescalas en que no lo son, la subescala de cogniciones negativas acerca del mundo y la de autopunición. Algunas razones podrían explicar estos resultados: a) El ritmo con el que se producen los cambios a nivel cognitivo, que suelen ser más lentos que los conductuales, b) La duración del programa de tratamiento, quizás ocho sesiones sean pocas para modificar este tipo de pensamientos, c) El uso de una prueba no paramétrica en el análisis de resultados que implica un criterio de significación más estricto y conservador, y d) La alta varianza de las puntuaciones en esta medida. Aunque nuevamente los resultados de aquella participante que sigue viviendo con el agresor, y cuya puntuación en la subescala de autopunición, al mes y a los tres meses de seguimiento, se encuentra casi dos desviaciones típicas por encima de la media del resto de las participantes, pueden en parte explicar los resultados.

Por lo tanto, el objetivo principal, la reducción del trastorno de estrés postraumático, se cumple completamente, y además se

modifican variables no directamente abordadas como depresión, autoestima, inadaptación y cogniciones postraumáticas.

A partir de los resultados obtenidos, de manera intuitiva, cabe plantear la posibilidad de que abandonar la situación de maltrato sea un factor importante o, incluso decisivo, para lograr y mantener cambios, tanto en las variables clínicas (TEPT y depresión) como en las variables cognitivas y de adaptación. Salir de la relación violenta no asegura el bienestar de las víctimas, pero es el primer paso que, junto con la asistencia terapéutica, puede permitir dar los pasos siguientes para emprender una nueva vida.

También es de destacar el valor que tiene para la problemática en cuestión el desarrollo de un tratamiento grupal. La vivencia de maltrato doméstico es una situación que, precisamente por darse en el contexto familiar, aquel que se supone seguro y conocido, desconcierta a sus víctimas y les hace creer que es algo que sólo les ocurre a ellas y que, por lo mismo, deben ser ellas las causantes del problema. Participar en un grupo de tratamiento que les permite reconocer su problemática en otras mujeres, les ayuda a entender que la anomalía está en la situación de maltrato y no en ellas y que, por lo tanto, no son culpables de la situación que han vivido. Asimismo, trabajar en grupo, les obliga a poner en práctica habilidades sociales que muchas veces, por el aislamiento al que han estado sometidas, han perdido, y les da la posibilidad de recobrar la confianza y lograr contactarse con otras personas.

En resumen, el resultado más destacable es el directamente relacionado con el objetivo central de la investigación: Se ha desarrollado un programa de intervención para el TEPT en mujeres víctimas de violencia familiar, eficaz, breve, en grupo y que puede llevarse a cabo con éxito en el medio habitual en que éstas piden asistencia.

No obstante, esta investigación presenta limitaciones. En primer lugar, el reducido tamaño de la muestra, problema que se debe a la dificultad para acceder a este tipo de víctimas, pero que se debe superar para poder hacer afirmaciones más contundentes o fundamentadas empíricamente. Por otro lado, los seguimientos sólo al mes y a los tres meses de haber concluido la intervención, resultan insuficientes para evaluar la duración de los cambios a largo plazo, por lo que es conveniente llevar a cabo seguimientos a más largo

plazo (seis y doce meses de finalizado el tratamiento). Obviamente, se está trabajando en estos seguimientos, pero dada la alarma social ante este problema y la demanda de procedimientos de intervención ha parecido conveniente presentar estos datos.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación ha podido ser realizada gracias a la colaboración del Servicio de Atención a la Víctima del Decanato de los Juzgados de Madrid, del Centro de la Mujer dependiente de la Concejalía de la Mujer del Ayuntamiento de Leganés y de la Concejalía de la Mujer del Ayuntamiento de Toledo.

BIBLIOGRAFÍA

- Abel, E. M.** (2000). Psychosocial treatments for battered women: A review of empirical research. *Research on Social Work Practice*, 10 (1), 55-77.
- American Psychiatric Association** (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª ed.)*. Washington, DC: APA.
- Astin, M. C. y Resick, P. A.** (1997). Tratamiento cognitivo conductual del trastorno por estrés postraumático. En V. E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo – conductual de los trastornos psicológicos* (pp. 171-209). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Brewin, C., Dalgleish, T. y Joseph, S.** (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103 (4), 670-686.
- Cox, J. y Stoltenberg, C.** (1991). Evaluation of a treatment program for battered wives. *Journal of Family Violence*, 6 (4), 395-413.
- Chambless, D.I.; Baker, M.J.; Baucom, D.H.; Beutler, L.E.; Calhoun, K.S.; Critschroph; P.; Daiuto, A.; Derubeis, R; Detweiler, J.; Haaga, D.A.F.; Shoham, V; Stickle, T.; Williams, D.A. y Woody, S.R.** (1998) Update on empirically validated therapies, II. *The clinical psychologist*, 51: 3-16.
- Dutton-Douglas, M. A.** (1992). Treating battered women in the aftermath stage. *Psychotherapy in Independent Practice*, 10, 93-98.
- Echeburúa, E.** (1994). *Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.

- Echeburúa, E. y Corral, P.** (1995). Trastorno de estrés postraumático. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (eds.), *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Echeburúa, E. y Corral, P.** (1997). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático. *Ansiedad y Estrés*, 3 (2-3), 249-264.
- Echeburúa, E. y Corral, P.** (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J.** (2000). Escala de inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26 (107), 325-340.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I. y Sarasua, B.** (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: Propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23 (90), 503-526.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I.** (1996a). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de maltrato doméstico: Un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22 (85), 627-654.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I.** (1996b). Treatment of acute posttraumatic stress disorder in rape victims: An experimental study. *Journal of Anxiety Disorders*, 10 (3), 185-199.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I.** (1997). Psychological treatment of chronic posttraumatic stress disorder in victims of sexual aggression. *Behavior Modification*, 21 (4), 433-456.
- Fecteau, G. y Nicki, R.** (1999). Cognitive behavioural treatment of post traumatic stress disorder after motor vehicle accident. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 201-214.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S. y Murdock, T. B.** (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (5), 715-723.
- Foa, E., Dancu, C., Hembree, E., Jaycox, L., Meadows, E. y Street, G.** (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training and their combination for reducing posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (2), 194-200.
- Foa, E., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F. y Orsillo, S. M.** (1999). The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11 (3), 303-314.
- Frueh, C., Turner, S. M., Beidel, D. C., Mirabella, R. F. y Jones, W. J.** (1996). Trauma management therapy: A preliminary evaluation of

- multicomponent behavioral, treatment for chronic combat-related PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 34 (7), 533-543.
- Labrador, F. J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson-Psicología.
- Mancoske, R., Standifer, D. y Cauley, C. (1994). The effectiveness of brief counselling services for battered women. *Research on Social Work Practice*, 4 (1), 53-63.
- Resick, P. A. y Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748-760.
- Richards, D. y Lovell, K. (1999). Behavioural and cognitive behavioural interventions in the treatment of PTSD. En W. Yule (Ed.), *Post-traumatic stress disorders: Concepts and therapy* (pp. 239-266). Chichester: John Wiley & Sons Ltda.
- Tarrier, N., Pilgrim, H., Sommerfield, C., Faragher, B., Reynolds, M., Graham, E. y Barrowclough, C. (1999). A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (1), 13-18.
- Thompson, J. A., Charlton, P. F., Kerry, R., Lee, D. y Turner, S. W. (1995). An open trial of exposure therapy based on deconditioning for post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 407-416.
- Tutty, L., Bidgood, B. y Rothery, M. (1993). Support groups for battered women: Research on their efficacy. *Journal of Family Violence*, 8 (4), 325-343.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del inventario para la depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8 (3), 403-422.
- Walker, L. (1991). Post-traumatic stress disorder in women: Diagnosis and treatment of battered woman syndrome. *Psychotherapy*, 28 (1), 21-29.
- Webb, W. (1992). Treatment issues and cognitive behavior techniques with battered women. *Journal of Family Violence*, 7 (3), 205-217.
- Zimmerman, M. D. (1994). *Interview guide for evaluating DSM-IV psychiatric disorders and the mental status examination*. Philadelphia: Psych Press Products.

ANEXO 1

PAUTA DE ENTREVISTA PARA VÍCTIMAS DE MALTRATO DOMÉSTICO

A continuación voy a hacerle unas preguntas en relación al problema de maltrato que ha vivido. Sé que es difícil hablar de ello, pero necesito saber algunas cosas para poder prestarle una ayuda adecuada.

1. ¿Cómo describiría usted el maltrato al que se ha visto sometida?
2. Explíqueme de la manera más clara posible lo que le pasa o siente al respecto.
3. ¿Podría describir detalladamente la última vez que esto sucedió?
4. ¿Cuándo y cómo sucedió por primera vez?
5. ¿Cuál ha sido el incidente más grave?
6. ☞ **Si la paciente vive con el agresor, preguntar:** ¿Con qué frecuencia se da el maltrato? ¿Cuántas veces en el último año? ¿Y en el último mes?
7. ☞ **Si la paciente ya no vive con el agresor, preguntar:** ¿Durante el tiempo en que usted vivía con su pareja, con qué frecuencia se daba el maltrato? ¿Cuántas veces en el último año que vivieron juntos? ¿Y en el último mes de convivencia?
8. ¿El maltrato ha afectado a sus hijos? ¿De qué manera?
9. ¿De qué manera le ha afectado este problema en su vida?
10. ¿En qué momento o situación el problema ha sido más intenso o le ha afectado más?
11. ¿En qué momento o situación el problema he tenido menos intensidad o le ha afectado menos?
12. ¿Cómo sitúa su estado actual, en relación a los dos anteriores?
13. ¿Qué ha hecho usted para solucionar este problema?
14. ¿Qué resultados ha obtenido con esto?
15. A. ¿Ha denunciado el maltrato?

Sí: ☞ **14B.**

No: ☞ **15.**

B. ¿Cuántas veces?

C. ¿Ha retirado alguna denuncia? ¿Cuántas veces? ¿Por qué motivos?

D. ¿Tiene denuncias en curso en este momento?

16. A. ¿Ha tenido que abandonar su hogar debido al maltrato?
 Sí: ☞ **15B.**
 No: ☞ **16.**
- B. ¿Cuántas veces y por cuánto tiempo?
 C. ¿Dónde se ha quedado en esas ocasiones?
17. A. ¿Ha recibido asistencia médica por lesiones provocadas por el maltrato sufrido?
 Sí: ☞ **16B.**
 No: ☞ **17.**
- B. ¿Cuántas veces? ¿Qué tipo de asistencia?
18. ¿Le ha contado este problema a alguien? ¿A quién?
19. ¿Cuenta con algún tipo de apoyo legal o social por este problema? Especifique.
20. ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento debido a este problema? ¿Cuándo y por qué lo abandonó? (**Registrar si está tomando medicamentos**)
21. A. ¿Ha tenido algún trastorno psicológico alguna vez?
 Sí: ☞ **20B.**
 No: ☞ **21.**
- B. ¿Cuándo? ¿De qué tipo?
- C. ¿Ha recibido tratamiento psicológico para ello? ¿De qué tipo?
22. ¿Ha sufrido anteriormente algún otro tipo de maltrato?
23. ¿Ha habido en su familia de origen experiencias de maltrato?
24. ¿Tiene problemas de salud importantes?
25. ¿Bebe o ha bebido en el pasado?
 Sí: ☞ **CAGE.**
 No: ☞ **25.**
26. ¿Ha tenido o tiene problemas de abuso de drogas?
27. ¿Ha tenido algún intento o pensamiento persistente de suicidio?
28. ¿Qué espera conseguir al finalizar este tratamiento?

Fuentes:

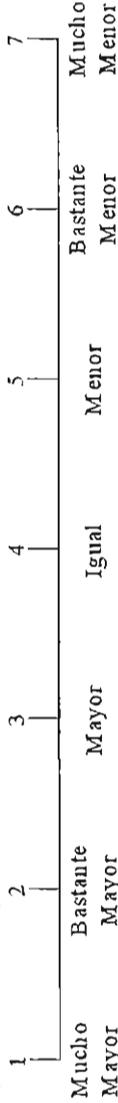
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de Violencia Familiar*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Llavona, L. M. (1995). La entrevista conductual. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado & M. Muñoz, *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta* (pp. 71-114). Madrid: Pirámide.

ANEXO 2
ESCALA DE CAMBIO PERCIBIDO

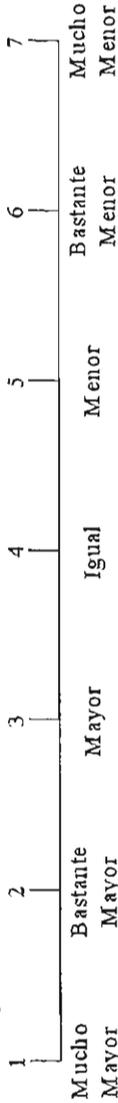
Nombre: _____ Fecha: _____ Sesión: _____

Por favor, rodee con un círculo el número que mejor describa cómo ha estado desde la última sesión de grupo que hemos tenido.

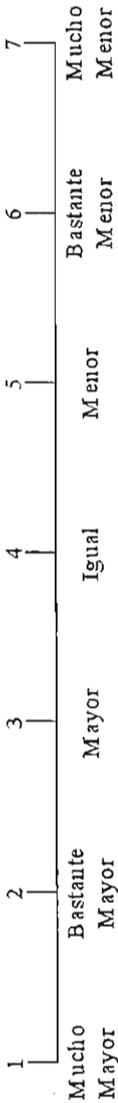
1. A diario, cuando pienso en lo que ha sucedido, experimento un grado de malestar emocional, que en comparación con lo que experimentaba antes de empezar el tratamiento, es:



2. En esta sesión, cuando he pensado en lo que ha sucedido, experimento un grado de malestar emocional, que en comparación con lo que experimentaba antes de empezar el tratamiento, es:

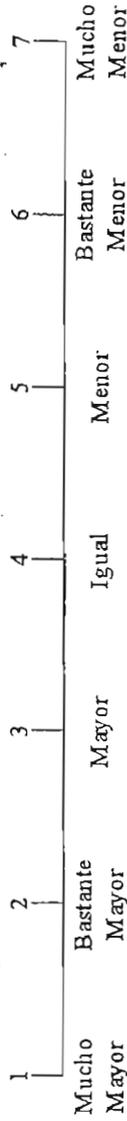


3. Desde el último encuentro del grupo, la cantidad de pensamientos, sueños o recuerdos desagradables acerca de lo ocurrido es:

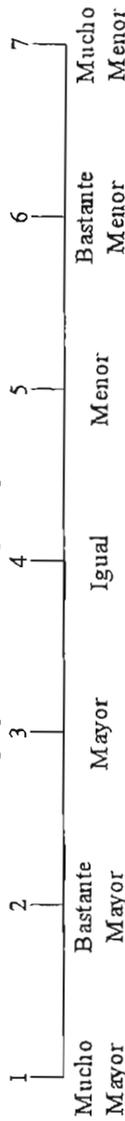


Anexo 2.- (Continuación)

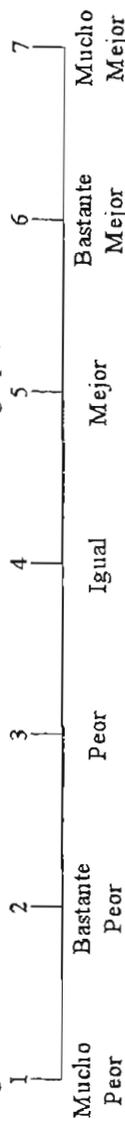
4. En comparación con lo que hacía antes del tratamiento, intento alejarme de situaciones asociadas a lo que he vivido, en un grado que es:



5. Desde el último encuentro con el grupo, la ansiedad que experimento en mi vida cotidiana es:



6. En general en mi vida cotidiana, desde el último encuentro con el grupo, me he sentido:



7. Creo que lo practicado en esta sesión me ayudará a sentirme:

