

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO CRÓNICO EN VÍCTIMAS DE MALTRATO DOMÉSTICO: UN ESTUDIO PILOTO¹

**Enrique Echeburúa
Paz de Corral
Belén Sarasua
Irene Zubizarreta**

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
Facultad de Psicología. UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO

RESUMEN

En este estudio-piloto se trata de poner a prueba un programa terapéutico cognitivo-conductual (expresión emocional, reevaluación cognitiva y entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento) en el tratamiento del trastorno de estrés posttraumático crónico en mujeres víctimas de maltrato doméstico. La muestra consta de 62 pacientes seleccionadas con arreglo a los criterios del DSM-IV. Se utiliza un diseño experimental de medidas repetidas (en el pretratamiento, en el postratamiento y en los seguimientos de 1, 3, 6 y 12 meses). Las víctimas tratadas mejoran en todas las medidas evaluadas en el postratamiento y en los diversos seguimientos. Se comentan las implicaciones de este estudio para la práctica clínica y para las investigaciones futuras.

Palabras clave: MUJERES MALTRATADAS. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO. TRATAMIENTO.

¹ *Agradecimientos.* Este estudio se ha financiado gracias a un convenio de investigación entre la Universidad del País Vasco, el Instituto Vasco de la Mujer y las Diputaciones de Vizcaya y Álava y el Ayuntamiento de Vitoria.

SUMMARY

The aim of this paper was to test a cognitive-behavioral therapeutic programme (emotional expression, cognitive restructuring and specific coping skills training) in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder among battered women. The sample consisted of 62 patients selected according to DSM-IV criteria. An experimental design with repeated measures (pretreatment, posttreatment and 1, 3, 6 and 12-month follow-up) was used. Most treated patients improved on all measures immediately posttreatment and at follow-up. Implications of this study for clinical practice and future research in this field are commented upon.

Key words: BATTERED WOMEN. POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER. TREATMENT.

INTRODUCCIÓN

A pesar de la alta prevalencia del maltrato doméstico en nuestra sociedad -una tasa del 15% al 30% de la población femenina en EEUU (O'Leary y Arias, 1988; Stith, Williams y Rosen, 1992; Straus y Gelles, 1990)- y de las consecuencias psicológicas negativas que produce en la mujer (Zubizarreta, Sarasua, Echeburúa, Corral, Saucá y Emparanza, 1994), el desarrollo de tratamientos adecuados para la resolución de este problema se encuentra aún en una fase incipiente. Hasta hace unos pocos años la violencia doméstica se consideraba como un asunto privado que pertenecía a la intimidad familiar y no debía aflorar al exterior (Villavicencio, 1993). La mujer no se percibía como víctima y, por tanto, no buscaba ayuda terapéutica. Todo ello ha traído consigo un retraso en el desarrollo de la investigación clínica.

Una de las características singulares del maltrato doméstico es la cronicidad. Por término medio las mujeres permanecen en la situación de violencia durante un período no inferior a 10 años (Zubizarreta *et al.*, 1994). La búsqueda tardía de ayuda terapéutica se explica por razones económicas (dependencia del marido), sociales (la opinión de los demás), familiares (la protección de los hijos) y psicológicas (la minimización del problema, el miedo, la

indefensión generada, la resistencia a reconocer el fracaso de la relación, etc.) (Saunders, 1994; Wodarski, 1987).

Los cuadros clínicos más frecuentemente asociados a los efectos de la violencia familiar son la depresión (Campbell, Sullivan y Davidson, 1995; Rosewater, 1988; Sato y Heiby, 1992; Straus, 1987) y el trastorno de estrés postraumático (Douglas, 1987; Dutton, 1992; Dutton-Douglas, Burghardt, Perrin y Chrestman, 1994; Houskamp y Foy, 1991; Kusher, Riggs, Foa y Miller, 1992; Walker, 1989; Zubizarreta *et al.*, 1994).

En algunos estudios se describen vías de intervención más o menos genéricas, pero no se aportan datos sobre los resultados obtenidos. En este sentido Walker (1991) sugiere la conveniencia del tratamiento de los problemas de manipulación y control, de la disociación, del control de la ira y de la intimidación emocional y sexual. Se trata, en último término, de enseñar habilidades que permitan a la víctima la recuperación del control de su vida. Asimismo Webb (1992) propone líneas de intervención cognitivo-conductuales (de aplicación individual o grupal) que incluyen la reestructuración cognitiva, el modelado, la parada de pensamiento y la inoculación de estrés, orientadas todas ellas a identificar y cambiar las creencias distorsionadas y a responder de forma más adaptativa, con un mayor grado de seguridad, a la experiencia de abuso.

En el estudio de Dutton-Douglas (1992), en el que se enfatiza la necesidad de la adecuación del programa a la fase específica de violencia en que se encuentran las pacientes, se analiza el tratamiento de las víctimas de maltrato cuando éstas han superado las fases críticas y no están ya sometidas a la situación de violencia directa. La propuesta de intervención se centra en cuatro puntos: a) análisis del trauma; b) tratamiento de los síntomas específicos presentados; c) reestructuración cognitiva; y d) establecimiento de una nueva vida, orientada a la autonomía personal y a la recuperación del control.

En un estudio no controlado Tutty, Bidgood y Rothery (1993) han aplicado un tratamiento de apoyo grupal a un total de 76 mujeres, distribuidas en 12 grupos, del área de Ontario (Canadá). Las sesiones eran semanales, con una duración de 2-3 horas, y el programa duraba de 10 a 12 semanas. Los aspectos abordados en el grupo se relacionaban con la reducción de la culpabilidad y la

mejora de la autoestima, así como con la expresión de la ira, la adquisición de independencia y la relación social. Los principales resultados obtenidos, que se mantuvieron en un seguimiento a los 6 meses, fueron un aumento en la autoestima, una disminución del grado de estrés y una mejora en el funcionamiento de la relación de pareja, con una consiguiente disminución del maltrato.

Más recientemente han comenzado a aparecer algunos estudios sobre la eficacia diferencial de tratamientos. Así, Mancoske, Standifer y Cauley (1994) han comparado un programa de intervención en crisis y "counseling" breve orientado a la solución del conflicto con otro en donde se aplica la intervención en crisis y "counseling" de orientación feminista. Las víctimas eran 20 mujeres, que fueron asignadas aleatoriamente a uno de los dos grupos. El programa constó de 8 sesiones en ambos casos. Las mujeres que recibieron el primer programa obtuvieron mejores resultados terapéuticos en autoestima y autoeficacia.

Por otro lado, Cox y Stoltenberg (1991), en el único estudio con grupo de control publicado hasta la fecha, han aplicado un programa de tratamiento de 2 semanas (3 sesiones semanales de 2 horas de duración) a 41 víctimas de maltrato que constaba de 5 módulos: 1) terapia de reestructuración cognitiva; 2) asertividad y habilidades de comunicación; 3) resolución de problemas; 4) orientación profesional; y 5) percepción del propio cuerpo. Todas las mujeres que recibieron la terapia mejoraron en las medidas de autoestima y asertividad y consiguieron reducir el grado de ansiedad, depresión y hostilidad de una forma significativa en comparación con el grupo de control.

Sin embargo, los estudios existentes hasta la fecha en relación con la eficacia de los tratamientos psicológicos en el maltrato doméstico presentan problemas metodológicos importantes que impiden sacar conclusiones definitivas (Zubizarreta *et al.*, 1994): a) no describen con detalle las técnicas utilizadas; b) carecen de instrumentos de evaluación de fiabilidad y validez contrastada; y c) no presentan la evolución de los resultados a lo largo del tiempo. Por otra parte, los estudios se han centrado fundamentalmente en víctimas internadas en casas de acogida (Tutty *et al.*, 1993), que no representan sino una pequeña parte de las víctimas de maltra-

to, o en actuaciones referidas a situaciones de crisis (Roberts y Roberts, 1992).

El principal objetivo de esta investigación es poner a prueba un programa terapéutico cognitivo-conductual -la expresión emocional, la reevaluación cognitiva y el entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento- para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas ambulatorias (no residentes en casas de acogida) de maltrato doméstico, con un seguimiento a largo plazo (1 año), y contribuir de este modo a la búsqueda de la terapia de elección para este cuadro clínico.

En la selección de este programa terapéutico multicomponente se han tenido en cuenta los siguientes criterios: ser una terapia psicológica breve, contar con una buena fundamentación teórica y describir operativamente los componentes del programa.

Con respecto a las medidas utilizadas, se ha aplicado una escala para evaluar específicamente el trastorno de estrés postraumático, que ya ha sido ensayada por los autores en otros estudios con víctimas de agresiones sexuales (Corral, Echeburúa, Zubizarreta y Sarasua, 1995; Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1996). Asimismo se han utilizado otros autoinformes para evaluar algunas variables psicopatológicas asociadas con este trastorno (ansiedad, depresión, déficit de autoestima e inadaptación).

MÉTODO

Sujetos

La muestra total de este estudio consta de 62 mujeres víctimas de maltrato doméstico que han acudido en demanda de tratamiento psicológico a los Centros de Asistencia Psicológica para Víctimas de Violencia Familiar del País Vasco (Bilbao y Vitoria) durante el periodo comprendido entre mayo de 1994 y diciembre de 1995.

Los criterios de admisión han sido los siguientes: a) ser mujer adulta víctima de maltrato doméstico; b) cumplir los criterios diagnósticos para el trastorno de estrés postraumático según el *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994); c) haber transcurrido después de la primera experiencia de maltrato un período superior a tres meses; y d) no ser víctima de una adicción ni padecer un

trastorno mental o una enfermedad orgánica grave. Se trata, en último término, de contar con pacientes homogéneas aquejadas de un trastorno de estrés postraumático crónico y no afectadas por otros cuadros clínicos.

Una vez efectuado el estudio previo con las 113 víctimas de violencia familiar que acudieron al programa terapéutico en el periodo señalado, la muestra seleccionada ha quedado establecida en 62 sujetos. Las 51 mujeres restantes se excluyeron de la investigación por no cumplir los criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático.

En cuanto a las características demográficas más significativas de la muestra (*Tabla 1*), las víctimas son mujeres jóvenes, con una edad media de 37 años ($DT=9,94$), están casadas o emparejadas y tienen hijos. En la mayor parte de los casos han cursado estudios primarios, disponen de un nivel económico medio-bajo y desempeñan trabajos domésticos dentro y fuera del hogar. En general cuentan con un apoyo familiar, pero experimentan un cierto aislamiento social.

No deja de ser significativo que el 18% de las víctimas estén ya separadas -un 26% adicional está en vías de separación-cuando acuden al Servicio de Asistencia Psicológica. Quiere ello decir que el mero alejamiento de la situación de maltrato no soluciona los problemas psicológicos surgidos como consecuencia de la violencia familiar.

Un porcentaje tan alto de separaciones o de trámites de separación -un 44% del total- se explica porque las pacientes de este estudio están aquejadas del trastorno de estrés postraumático, que refleja la existencia de un maltrato intenso. De hecho, en otros estudios con víctimas de maltrato en general el número de separaciones en el momento de la ayuda terapéutica es más bajo (en torno al 25%) (Zubizarreta *et al.*, 1994).

En cuanto a las circunstancias de la violencia familiar (*Tabla 2*), más de la mitad de las víctimas (60%) han experimentado agresiones físicas, precedidas habitualmente de un maltrato psicológico. La duración media de la situación de violencia en el momento de la consulta es de 13 años. El comienzo del trato vejatorio suele remontarse al primer año de matrimonio.

TABLA 1.- Características demográficas de la víctimas

| | MUESTRA TOTAL (N=62) | MALTRATO FÍSICO (N=37) | MALTRATO PSICOLÓGICO (N=25) |
|-------------------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| | N (%) | N (%) | N (%) |
| EDAD MEDIA (rango) | 37 (19-71) | 38 (19-71) | 37 (21-62) |
| ESTADO CIVIL | | | |
| Casadas | 32 (52%) | 18 (49%) | 14 (56%) |
| Solteras | 3 (4%) | 3 (7%) | 0 (0%) |
| Separadas | 11 (18%) | 5 (13%) | 6 (24%) |
| Trámites de separación | 16 (26%) | 11 (31%) | 5 (20%) |
| Nº DE HIJOS (rango) | 2 (0-9) | 2 (0-9) | 2 (0-5) |
| NIVEL ECONÓMICO | | | |
| Bajo | 21 (34%) | 16 (43%) | 5 (20%) |
| Medio-bajo | 15 (24%) | 8 (23%) | 7 (28%) |
| Medio | 18 (29%) | 8 (23%) | 10 (40%) |
| Medio-alto | 4 (7%) | 2 (3%) | 2 (8%) |
| Alto | 4 (6%) | 3 (8%) | 1 (4%) |
| NIVEL CULTURAL | | | |
| Sin estudios | 10 (17%) | 8 (22%) | 2 (8%) |
| Estudios Primarios | 31 (50%) | 17 (47%) | 14 (56%) |
| Estudios Secundarios | 17 (27%) | 9 (23%) | 8 (32%) |
| Estudios Universitarios | 4 (6%) | 3 (8%) | 1 (4%) |
| PROFESIÓN | | | |
| Estudiante | 1 (2%) | 0 (0%) | 1 (4%) |
| Ama de casa | 24 (39%) | 17 (47%) | 7 (28%) |
| Servicio doméstico | 10 (16%) | 6 (15%) | 4 (16%) |
| Otra profesión | 23 (37%) | 11 (30%) | 12 (48%) |
| En paro | 4 (6%) | 3 (8%) | 1 (4%) |

TABLA 2.- Variables relacionadas con el maltrato doméstico (1)

| | MUESTRA TOTAL (N=62) | MALTRATO FÍSICO (N=37) | MALTRATO PSICOLÓGICO (N=25) |
|---|----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| | N (%) | N (%) | N (%) |
| DURACIÓN DEL MALTRATO (<i>en meses</i>) (Rango) | 160 (8-540) | 169 (8-540) | 146 (10-480) |
| DURACIÓN MEDIA DEL MALTRATO | | | |
| Más de 10 años | 37 (59%) | 23 (62%) | 14 (56%) |
| De 5 a 10 años | 11 (18%) | 5 (13%) | 6 (24%) |
| De 1 a 4 años | 12 (20%) | 8 (22%) | 4 (16%) |
| Menos de 1 año | 2 (3%) | 1 (3%) | 1 (4%) |
| PRIMER EPISODIO DE MALTRATO | | | |
| Noviazgo | 14 (22%) | 9 (25%) | 5 (20%) |
| Primer año de matrimonio | 31 (50%) | 20 (53%) | 11 (44%) |
| 2-5 años de matrimonio | 10 (16%) | 5 (13%) | 5 (20%) |
| Más de 5 años de matrimonio | 7 (12%) | 3 (9%) | 4 (16%) |
| MALTRATO DURANTE EL EMBARAZO | | | |
| Sí | 29 (47%) | 21 (57%) | 8 (32%) |
| No | 33 (53%) | 16 (43%) | 17 (68%) |
| RELACIONES SEXUALES FORZADAS | | | |
| Sí | 20 (33%) | 17 (46%) | 3 (12%) |
| No | 42 (67%) | 20 (54%) | 22 (88%) |

TABLA 2: Variables relacionadas con el maltrato doméstico (y 2)

| | MUESTRA TOTAL (N=62) | | MALTRATO FÍSICO (N=37) | | MALTRATO PSICOLÓGICO (N=25) | |
|---|-------------------------|-------|---------------------------|-------|--------------------------------|-------|
| | N | (%) | N | (%) | N | (%) |
| DENUNCIA | | | | | | |
| Sí | 25 | (40%) | 21 | (56%) | 4 | (16%) |
| No | 37 | (60%) | 16 | (44%) | 21 | (84%) |
| LESIONES FÍSICAS | | | | | | |
| Sí | ----- | | 17 | (46%) | ----- | |
| No | ----- | | 20 | (54%) | ----- | |
| SALIDAS DEL HOGAR | | | | | | |
| Sí | 22 | (36%) | 20 | (54%) | 2 | (8%) |
| No | 40 | (64%) | 17 | (46%) | 23 | (92%) |
| MALTRATO PSÍQUICO ANTES QUE FÍSICO | | | | | | |
| Sí | ----- | | 27 | (72%) | ----- | |
| No | ----- | | 10 | (28%) | ----- | |
| MALTRATO A LOS HIJOS | | | | | | |
| Sí | 37 | (60%) | 26 | (70%) | 11 | (44%) |
| No | 25 | (40%) | 11 | (30%) | 14 | (56%) |
| TIPO DE MALTRATO A LOS HIJOS | | | | | | |
| Maltrato físico | 27 | (43%) | 21 | (58%) | 6 | (24%) |
| Maltrato psicológico | 35 | (57%) | 16 | (42%) | 19 | (76%) |
| APOYO SOCIAL | | | | | | |
| Sí | 23 | (37%) | 13 | (35%) | 10 | (40%) |
| No | 39 | (63%) | 24 | (65%) | 15 | (60%) |
| APOYO FAMILIAR | | | | | | |
| Sí | 40 | (65%) | 24 | (65%) | 16 | (64%) |
| No | 22 | (35%) | 13 | (35%) | 9 | (36%) |

Entre las conductas más características del maltrato físico figuran puñetazos, patadas, bofetadas, estrangulamientos, empujones y agresiones sexuales. No es por ello infrecuente (46%) que se produzcan lesiones físicas, tales como rotura de nariz, costillas, dedos o brazos, perforación de tímpano, etc., que suelen requerir asistencia médica.

Los actos más comunes de maltrato psicológico en la muestra estudiada son insultos y amenazas de agresiones físicas y de muerte, humillaciones, desvalorizaciones, aislamiento, penurias económicas, infidelidad, así como agresiones sexuales.

La violencia a la mujer tiende a extenderse también a los hijos (60%) y a ser del mismo tipo que la experimentada por la madre. Por ello, como ya se ha señalado en otros lugares (Mckerman, 1994; Zubizarreta *et al.*, 1994), los hijos de padres que maltratan físicamente a la mujer en el hogar constituyen una población en riesgo de maltrato físico.

Si bien las cifras negras de violencia doméstica son altas y la situación de maltrato queda recluida con frecuencia en las paredes del hogar, en la muestra estudiada el índice de denuncias es alto (60%) en el caso del maltrato físico. No ocurre así en el caso del maltrato psicológico (16%), que se percibe por parte de la víctima como menos aceptado socialmente o como que no va a ser objeto de atención por parte de las autoridades judiciales.

Resulta especialmente significativo, desde la perspectiva del impacto psicológico en las víctimas, la frecuencia de las agresiones sexuales (33%) dentro de la pareja y de la persistencia del maltrato incluso durante los embarazos (47%).

Diseño experimental

El diseño utilizado es un diseño experimental de medidas repetidas. La evaluación de todas las víctimas se ha efectuado en el pretratamiento, en el postratamiento y en los seguimientos de 1, 3, 6 y 12 meses.

En esta investigación no se ha utilizado un grupo de control sin tratamiento o de lista de espera. En primer lugar, porque el curso del trastorno de estrés postraumático suele ser crónico y de larga

duración en las víctimas de malos tratos (Zubizarreta *et al.*, 1994), como ocurre también en los ex combatientes (Corral, Echeburúa, Sarasua y Zubizarreta, 1992) o en las víctimas de abuso sexual en la infancia (Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 1995). En segundo lugar, porque resulta difícil mantener la motivación de las pacientes para someterse a evaluaciones repetidas sin recibir una intervención terapéutica (Corral *et al.*, 1995). En tercer lugar, porque la mera aplicación repetida de las medidas de evaluación es de por sí terapéutica y tiende a facilitar una regresión hacia la media (Atkeson, Calhoun, Resick y Ellis, 1982). Y en cuarto lugar, porque el contexto en el que se ha desarrollado esta investigación -los Centros de Asistencia Psicológica para Víctimas de Violencia Familiar dependientes de los Servicios Sociales de Ayuntamientos y Diputaciones- hace inviable el mantenimiento de las víctimas en un grupo de control sin tratamiento o de lista de espera.

Medidas de evaluación

a) Entrevistas

La *Entrevista Semiestructurada sobre Maltrato Doméstico* (Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca, 1994, no publicada) permite evaluar las características de la víctima, la historia de victimización y de trastornos psicopatológicos y las circunstancias del maltrato doméstico, así como la expresión emocional de la víctima y la reacción del entorno familiar y social ante los acontecimientos vividos.

La *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático* (Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca, 1994) es una entrevista estructurada que tiene lugar en todas las evaluaciones y que sirve para evaluar los síntomas y la intensidad del trastorno de estrés postraumático según los criterios diagnósticos del *DSM-IV* (APA, 1994).

Esta escala, estructurada en un formato de tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas, consta de 17 ítems, de los que 5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de hiperactivación. El rango es de 0 a 51 en la escala global; de 0 a 15 en la subescala de reex-

perimentación, de 0 a 21 en la de evitación y de 0 a 15 en la de activación.

La existencia del diagnóstico del trastorno de estrés postraumático, según los requisitos del *DSM-IV* (APA, 1994), exige una puntuación global mínima de 12, con una distribución de 2 puntos en la escala de reexperimentación (*se requiere un síntoma*), de 6 en la de evitación (*se necesitan tres síntomas*) y de 4 en la de activación (*se requieren dos síntomas*).

b) Evaluación de otros síntomas psicopatológicos asociados

Además de las medidas del trastorno de estrés postraumático, se han evaluado otros indicadores psicopatológicos asociados habitualmente al maltrato doméstico: la ansiedad, la depresión, la autoestima y el grado de inadaptación a la vida cotidiana. Se han utilizado instrumentos que han mostrado ser muy sensibles al cambio terapéutico.

El *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) (versión española de TEA, 1988) consta de 20 ítems relacionados con la ansiedad-rasgo y de otros 20 relacionados con la ansiedad-estado. El rango de puntuaciones es de 0 a 60 en cada escala. La fiabilidad test-retest es de 0,81 en la ansiedad-rasgo y, como es lógico, bastante más baja en la ansiedad-estado ($r=0,40$). El coeficiente *alfa* de consistencia interna oscila de 0,83 a 0,92.

La escala de ansiedad-rasgo no está incluida en el estudio. Una intervención terapéutica breve no puede tener como objetivo modificar una variable estable de la personalidad (Corral *et al.*, 1995).

El *Inventario de Depresión de Beck (BDI)* (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) (versión española de Vázquez y Sanz, 1991) consta de 21 ítems y mide la intensidad de los síntomas depresivos. El rango de las puntuaciones es de 0 a 63. El coeficiente de fiabilidad por el método de las dos mitades es de 0,93. Desde la perspectiva de la validez convergente, la correlación con la evaluación clínica de la depresión oscila de 0,62 a 0,66.

La *Escala de Autoestima* (Rosenberg, 1965) tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Este instrumento consta de 10 ítems estructurados en

un formato de tipo Likert que oscila de 1 a 4 en relación con el grado de acuerdo. La mitad de los ítems están planteados de forma afirmativa y la otra mitad de forma negativa, con el objetivo de controlar la aquiescencia. La puntuación total varía entre 10 y 40, con una puntuación tanto mayor cuanto mayor es la autoestima. La fiabilidad test-retest es de 0,85 y el coeficiente *alfa* de consistencia interna es de 0,92. La validez convergente y la validez discriminante son asimismo satisfactorias (cf. Zubizarreta *et al.*, 1994). La versión española utilizada en este estudio puede encontrarse en Echeburúa (1995).

La *Escala de Inadaptación* (Echeburúa y Corral, 1987) valora el grado en que la situación de maltrato afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo y/o estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar. Este instrumento, con 6 ítems que oscilan de 1 a 6 en una escala de tipo Likert, consta asimismo de una subescala global que refleja el grado de inadaptación global a la vida cotidiana. El rango total de la escala es de 6 a 36 (a mayor puntuación, mayor inadaptación). La escala utilizada en este estudio puede encontrarse en Echeburúa (1995).

Tratamiento

Como se ha sugerido también en otros estudios (cf. Dutton, 1992), la modalidad terapéutica puesta a prueba en esta investigación es un programa multicomponente, que consta, en este caso, de expresión emocional, reevaluación cognitiva y entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento.

La *expresión emocional* tiene como objetivo proporcionar comprensión y apoyo a la víctima y consiste en alentarla a que cuente lo ocurrido y todo lo que ha pensado y sentido, así como a facilitarle el desahogo emocional de la irritabilidad y de las humillaciones sufridas.

La *reevaluación cognitiva* está enfocada a tres puntos fundamentales. En primer lugar, a la explicación de las reacciones normales ante una experiencia de maltrato y del proceso de adquisición y mantenimiento de los miedos. La consecución de este objetivo se ve facilitada por la entrega de un folleto explicativo, a modo de

manual de autoayuda, sobre el impacto psicológico del maltrato doméstico (Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca, 1991). En segundo lugar, a la discusión racional para eliminar las ideas irracionales, sobre todo en relación con los sentimientos de baja autoestima y de culpabilidad por lo ocurrido, y para ajustar a la realidad el sistema de procesamiento de información de la víctima. Y en tercer lugar, a resituar el acontecimiento traumático en los justos términos, a analizar con realismo las distintas facetas de la convivencia conyugal y de la situación de los hijos y a prestar un apoyo a las víctimas para continuar adelante con sus vidas. Se trata de ayudarlas a proyectarse hacia el futuro sin ser esclavas del pasado, con un énfasis en los aspectos positivos existentes: posibilidades realistas de rehacer la vida, de conseguir un trabajo o de comprometerse en tareas de voluntariado; implicación en actividades nuevas y reforzantes, etc. Todo ello tiene como objetivo, en último término, mejorar la autoestima de las víctimas.

El entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento implica, en primer lugar, la adopción, en los casos de peligro para la víctima, de medidas urgentes, como la denuncia, el abandono del domicilio conyugal y la búsqueda de una solución alternativa (por ejemplo, un piso de acogida). En segundo lugar, el entrenamiento en relajación muscular progresiva y en respiraciones profundas (según el método propuesto por Bernstein y Borkovec, 1983). En tercer lugar, la enseñanza de habilidades de solución de problemas (cf. Dutton, 1992) y de técnicas de control sobre el comportamiento agresivo del maltratador. En cuarto lugar, la ayuda a la recuperación gradual de actividades gratificantes, así como la facilitación de redes de apoyo social y el fomento de conductas de independencia y de autonomía. Y en quinto lugar, en los casos necesarios, el afrontamiento de las conductas evitadas, por medio de las técnicas de exposición, y/o de las preocupaciones reiterativas, por medio de las técnicas de distracción cognitiva.

Si el objetivo terapéutico es la separación, se ofrece a la víctima asesoramiento jurídico en relación con la situación económica y la custodia de los niños y se la prepara para comunicar a los hijos la decisión adoptada y las nuevas circunstancias creadas, así como para compartir emocionalmente los hechos vividos con personas de su entorno y, de este modo, encontrar un apoyo social adicional.

Si el objetivo terapéutico es la mejora de la convivencia de la pareja -habitualmente en los casos de maltrato menos cronificados-, se enseñan a los dos miembros de la pareja habilidades de comunicación y de solución de problemas, así como técnicas específicas, en los casos necesarios, para mejorar la relación sexual y tratar las disfunciones sexuales existentes.

Procedimiento

El programa de evaluación y tratamiento, elaborado conjuntamente entre los directores del programa -los dos primeros firmantes del trabajo- y las terapeutas, se ha puesto a prueba, a modo de estudio-piloto previo, con una muestra de 5 pacientes antes de comenzar propiamente con la investigación a fin de comprobar la adecuación de los instrumentos de evaluación y de las técnicas terapéuticas.

a) Evaluación

Se lleva a cabo inicialmente una entrevista de selección con la presencia de las dos terapeutas. Las víctimas que reúnen todos los criterios de admisión ($N=62$) se asignan a la investigación a medida que van llegando a los Centros de Asistencia Psicológica. Las pacientes excluidas del estudio reciben el mismo programa de tratamiento, pero sin ser incluidas en la investigación.

A las víctimas seleccionadas se les aplican los instrumentos de evaluación y se les explica el contenido de la terapia en una fase anterior al tratamiento. Las siguientes evaluaciones -siempre en el marco de una entrevista personal- tienen lugar en la fase inmediatamente posterior al tratamiento y en los seguimientos de 1, 3, 6 y 12 meses.

b) Tratamiento

Las terapeutas que han llevado a cabo la evaluación y el tratamiento de todas las pacientes -la tercera y cuarta firmantes del trabajo- son doctoras en psicología clínica con 7 años de experien-

cia profesional en el tratamiento cognitivo-conductual de víctimas de agresiones sexuales y de maltrato doméstico.

El programa terapéutico puesto a prueba es una intervención individual que consta de 12 sesiones de tratamiento y que tiene una duración aproximada de 3 meses (*Tabla 3*).

TABLA 3.- Características de la modalidad terapéutica

| TÉCNICAS DE TRATAMIENTO | MODALIDAD | DURACIÓN EN SEMANAS | NÚMERO DE SESIONES SEMANALES | Nº TOTAL DE HORAS |
|---|------------|---------------------|------------------------------|-------------------|
| * Expresión emocional * Reevaluación cognitiva * Estrategias de afrontamiento | Individual | 12 | 1 | 14 |

RESULTADOS

En primer lugar, se van a describir las características psicopatológicas de las víctimas tratadas en relación con las pacientes que acudieron al Servicio pero que no fueron finalmente seleccionadas para este estudio al no reunir los criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático. Y en segundo lugar, se van a presentar los resultados del tratamiento propuesto con las víctimas seleccionadas.

Las víctimas de maltrato que acudieron al Servicio aquejadas de trastorno de estrés postraumático ($N=62$) -los sujetos seleccionados- constituyeron el 55% de la muestra total. Estas pacientes presentaban un mayor grado de ansiedad y de depresión y un nivel más bajo de autoestima que las víctimas que no reunían los criterios exigidos (*Tabla 4*).

Al comparar las víctimas seleccionadas con las víctimas excluidas, las variables más relacionadas con la presencia del trastorno de estrés postraumático eran la existencia de relaciones sexuales forzadas ($r=0,25$) y la ausencia de denuncia ($r=-0,21$). A su vez,

la falta de apoyo familiar correlacionaba con un mayor nivel de depresión ($r=0,29$) y la falta de apoyo social con un menor nivel de autoestima ($r=-0,31$). Sin embargo, el tipo de maltrato experimentado (físico/psicológico) no se relacionaba significativamente con la aparición del trastorno de estrés postraumático ($r=-0,05$).

TABLA 4.- Comparación de las dos submuestras en el nivel de gravedad del trastorno de estrés postraumático y en las variables psicopatológicas

| VARIABLES | VÍCTIMAS CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (N=62) | VÍCTIMAS SIN TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (N=51) | t |
|--------------------------------------|---|---|----------|
| | \bar{X} (D.T.) | \bar{X} (D.T.) | |
| NIVEL DE GRAVEDAD GLOBAL DEL PTSD | 27 (6,25) | 15 (6,48) | 9,83 *** |
| STAI (estado) | 45 (9,52) | 40 (12,26) | 2,58 * |
| BDI | 24 (8,03) | 18 (9,40) | 3,61 ** |
| AUTOESTIMA | 25 (5,30) | 27 (5,80) | 2,07 * |
| INADAPTACIÓN GLOBAL | 5 (0,75) | 5 (1,11) | 1,93 |
| * $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$ | | | |

Por lo que se refiere ya a las víctimas tratadas, el nivel de intensidad del trastorno de estrés postraumático en la fase anterior a la terapia era alto. En concreto, la puntuación media en la *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático* era de 27 ($DT=6,25$). Asimismo se apreciaba un grado alto de ansiedad ($\bar{X}=45$; $DT=9,52$), una depresión moderadamente alta ($\bar{X}=24$; $DT=8,03$) y un nivel bajo de autoestima ($\bar{X}=25$; $DT=5,30$), así como una inadaptación importante a la vida cotidiana ($\bar{X}=5$; $DT=0,75$).

En cuanto a los resultados de la intervención terapéutica, cabe señalar que no ha habido abandonos ni rechazos del tratamiento. A un nivel propiamente clínico, en esta investigación se ha entendido por éxito terapéutico la desaparición del trastorno de estrés postraumático según los criterios diagnósticos del DSM-IV. Desde esta perspectiva categorial, los resultados obtenidos han sido muy satisfactorios en todos los momentos de la evaluación (*Tabla 5*).

TABLA 5.- Porcentajes de éxito terapéutico (Ausencia del trastorno de estrés postraumático) (N=62)

| EVALUACIÓN | ÉXITO TERAPÉUTICO | |
|----------------|-------------------|--------|
| | N | (%) |
| Postratamiento | 59 | (95%) |
| 1 mes | 61 | (98%) |
| 3 meses | 62 | (100%) |
| 6 meses | 57 | (92%) |
| 12 meses | 60 | (97%) |

Desde una perspectiva dimensional -es decir, el grado de intensidad de los síntomas en las variables medidas-, los logros terapéuticos han sido también muy halagüeños. En las *Tablas 6 y 7* se representan las medias y desviaciones típicas en la escala de estrés postraumático y en las restantes variables psicopatológicas, respectivamente. En la *Tabla 8*, a su vez, figuran los valores de *F* y *t*, referidos a los momentos fundamentales de la evaluación, del ANOVA de medidas repetidas en la gravedad global del trastorno de estrés postraumático y en las otras medidas psicopatológicas. La evolución de dichas medidas se representa en la *Figura 1*.

TABLA 6.- Medias y desviaciones típicas en la escala global del trastorno de estrés postraumático y en las subescalas de reexperimentación, evitación y activación

| | SUJETOS (N=62) | |
|---|----------------|--------|
| | \bar{X} | D.T. |
| ESCALA GLOBAL DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (0-52) | | |
| Pretratamiento | 26,85 | (6,25) |
| Postratamiento | 10,09 | (5,48) |
| 1 mes | 6,98 | (4,35) |
| 3 meses | 4,81 | (3,74) |
| 6 meses | 4,93 | (5,97) |
| 12 meses | 3,55 | (5,10) |
| SUBESCALA DE REEXPERIMENTACIÓN (0-12) | | |
| Pretratamiento | 6,34 | (2,55) |
| Postratamiento | 2,68 | (1,67) |
| 1 mes | 2,08 | (1,24) |
| 3 meses | 1,84 | (1,33) |
| 6 meses | 1,79 | (1,77) |
| 12 meses | 1,32 | (1,45) |
| SUBESCALA DE EVITACIÓN (0-21) | | |
| Pretratamiento | 10,10 | (2,56) |
| Postratamiento | 3,05 | (2,30) |
| 1 mes | 2,00 | (1,72) |
| 3 meses | 1,11 | (1,15) |
| 6 meses | 1,50 | (2,32) |
| 12 meses | 1,19 | (2,13) |
| SUBESCALA DE ACTIVACIÓN (0-18) | | |
| Pretratamiento | 10,50 | (3,55) |
| Postratamiento | 4,47 | (2,71) |
| 1 mes | 2,84 | (2,62) |
| 3 meses | 1,95 | (2,38) |
| 6 meses | 1,62 | (2,38) |
| 12 meses | 1,03 | (1,89) |

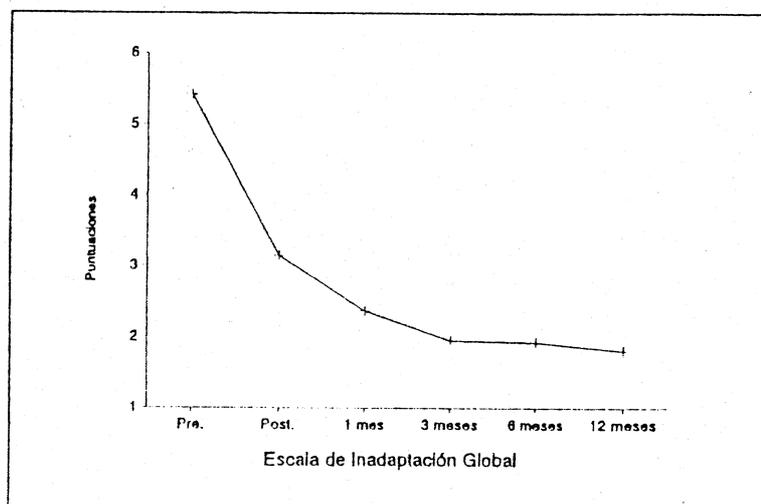
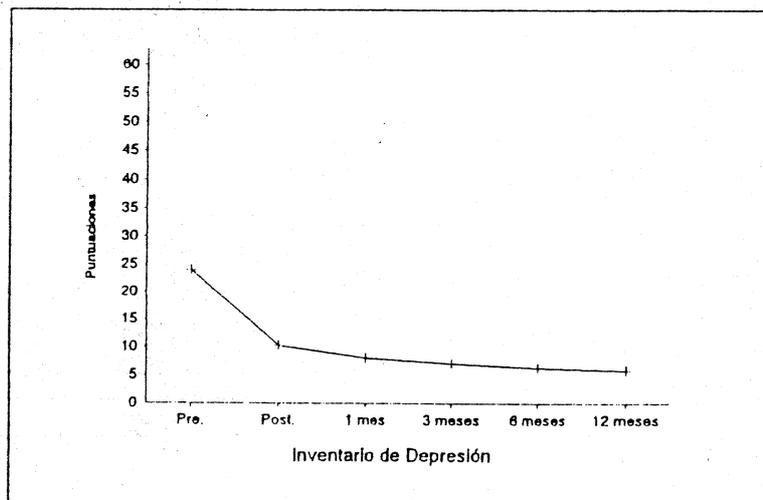
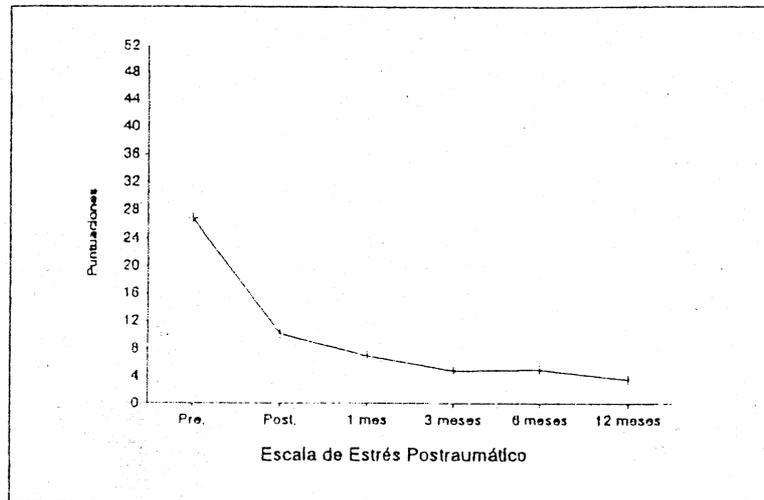
TABLA 7.- Medias y desviaciones típicas en las variables psicopatológicas asociadas

| | SUJETOS (N=62) | |
|--|----------------|--------|
| | \bar{X} | D.T. |
| ANSIEDAD (STAI-E) (0-60) | | |
| Pretratamiento | 45,06 | (9,52) |
| Postratamiento | 21,98 | (9,39) |
| 1 mes | 18,21 | (9,27) |
| 3 meses | 16,27 | (8,69) |
| 6 meses | 15,43 | (9,69) |
| 12 meses | 12,95 | (9,05) |
| DEPRESIÓN (BDI) (0-63) | | |
| Pretratamiento | 23,98 | (8,03) |
| Postratamiento | 10,22 | (6,50) |
| 1 mes | 8,05 | (5,34) |
| 3 meses | 7,05 | (3,88) |
| 6 meses | 6,29 | (4,89) |
| 12 meses | 5,79 | (5,43) |
| AUTOESTIMA (10-40) | | |
| Pretratamiento | 24,93 | (5,30) |
| Postratamiento | 29,60 | (5,16) |
| 1 mes | 31,69 | (4,32) |
| 3 meses | 32,08 | (4,17) |
| 6 meses | 33,22 | (4,06) |
| 12 meses | 34,21 | (4,01) |
| INADAPTACIÓN GLOBAL (Escala de Inadaptación) (1-6) | | |
| Pretratamiento | 5,42 | (0,76) |
| Postratamiento | 3,14 | (1,71) |
| 1 mes | 2,37 | (1,09) |
| 3 meses | 1,96 | (0,97) |
| 6 meses | 1,93 | (1,02) |
| 12 meses | 1,81 | (1,00) |

TABLA 8.- Valores de *F* y *T* en el análisis de varianza de medidas repetidas para la gravedad global del trastorno de estrés postraumático

| EVALUACIONES | (N=62) | |
|--|-----------------------------|----------|
| TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO | <i>F</i>=240,135 *** | |
| | <i>t</i> | |
| Pretto.-Postto. | 17,47 | *** (++) |
| Pretto.-12 meses | 22,14 | *** (++) |
| Postto.-1 mes | 4,98 | *** (++) |
| Postto.-12 meses | 7,92 | *** (++) |
| ANSIEDAD (STAI/E) | <i>F</i>=155,798 *** | |
| | <i>t</i> | |
| Pretto.-Postto. | 13,50 | *** (++) |
| Pretto.-12 meses | 18,67 | *** (++) |
| Postto.-1 mes | 3,44 | *** (++) |
| Postto.-12 meses | 6,51 | *** (++) |
| DEPRESIÓN (BDI) | <i>F</i>=115,703 *** | |
| | <i>t</i> | |
| Pretto.-Postto. | 14,06 | *** (++) |
| Pretto.-12 meses | 14,58 | *** (++) |
| Postto.-1 mes | 2,98 | ** (+) |
| Postto.-12 meses | 4,34 | *** (++) |
| AUTOESTIMA | <i>F</i>=68,675 *** | |
| | <i>t</i> | |
| Pretto.-Postto. | 6,81 | *** (++) |
| Pretto.-12 meses | 12,56 | *** (++) |
| Postto.-1 mes | 3,71 | *** (++) |
| Postto.-12 meses | 7,22 | *** (++) |
| INADAPTACIÓN GLOBAL | <i>F</i>=160,977 *** | |
| | <i>t</i> | |
| Pretto.-Postto. | 14,24 | *** (++) |
| Pretto.-12 meses | 21,71 | *** (++) |
| Postto.-1 mes | 5,23 | *** (++) |
| Postto.-12 meses | 7,22 | *** (++) |
| Nivel de significación nominal: ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$ Corrección de Bonferroni para 4 comparaciones: + $p < 0,0125$ ++ $p < 0,0025$ | | |

FIGURA 1.- Evolución de las variables psicopatológicas



En la gravedad global del trastorno de estrés postraumático se aprecia una clara mejoría entre el pre- y el postratamiento. Dicha mejoría sigue aumentando hasta el seguimiento de los 12 meses.

En cuanto a las variables psicopatológicas (ansiedad, depresión, autoestima e inadaptación), la evolución es muy similar a la experimentada por el trastorno de estrés postraumático. Los resultados terapéuticos tienden, por tanto, a consolidarse con el transcurso del tiempo en todas las dimensiones evaluadas.

Un dato de interés es que 24 víctimas -es decir, el 69% de la muestra tratada- acaban por separarse de sus parejas durante o inmediatamente después del tratamiento.

CONCLUSIONES

Son pocos los estudios que evalúan de forma controlada las consecuencias psicológicas del maltrato doméstico. Sin embargo, un dato de interés de este trabajo, en consonancia con los resultados de otras investigaciones recientes (Houskamp y Foy, 1991; Zubizarreta *et al.*, 1994), es que el trastorno de estrés postraumático crónico está presente en más de la mitad de los casos estudiados. Dicha frecuencia es alta, se aproxima a la incidencia registrada en el caso de las víctimas de abuso sexual en la infancia y es más del doble de la que se produce como consecuencia de cualquier otro tipo de delito (Kilpatrick, Saunders, Veronen, Best y Von, 1987).

Las víctimas aquejadas de un trastorno de estrés postraumático experimentan unos síntomas psicológicos más graves (mayor grado de ansiedad y de depresión y menor nivel de autoestima), que se agravan cuando se cuenta con un apoyo familiar y social escaso. Padeecer este cuadro clínico no depende tanto del tipo de maltrato doméstico (físico o psicológico) sufrido como, fundamentalmente, de la existencia de relaciones sexuales forzadas y de la ausencia de denuncia.

En esta investigación se evalúan por primera vez los resultados del tratamiento del trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia familiar. En los estudios publicados hasta la fecha (Cox y Stoltenberg, 1991; Mancoske *et al.*, 1994; Tutty *et al.*, 1993) la evaluación del cambio terapéutico está relacionada con diversas

variables de personalidad (autoestima y asertividad) o psicopatológicas indirectas (ansiedad, depresión, hostilidad), pero no con el trastorno de estrés postraumático propiamente dicho. Es asimismo el primer estudio en que se lleva a cabo un seguimiento a largo plazo de 12 meses.

De la misma forma que en otros estudios con víctimas de agresiones sexuales (Corral *et al.*, 1995; Echeburúa *et al.*, 1996; Foa, Hearst-Ikeda y Perry, 1995; Resick y Schnicke, 1992), el trastorno de estrés postraumático crónico se muestra como un cuadro clínico susceptible de tratamiento con éxito con un programa terapéutico cognitivo-conductual. De hecho, se obtiene una tasa de éxitos del 97% de los casos cuando ha transcurrido un año de seguimiento.

En cuanto a la evolución terapéutica de los otros síntomas, se produce una mejoría rápida en el grado de depresión y de ansiedad, así como en el nivel de autoestima y en la adaptación a la vida cotidiana, que tiende a mantenerse en los seguimientos realizados.

El grado de aceptación de la intervención clínica por parte de las víctimas es alto. De hecho, no ha habido ningún rechazo ni abandono del tratamiento. Ello es debido, fundamentalmente, a que la tolerancia a los comportamientos violentos va disminuyendo a lo largo de los años a medida que aumentan la frecuencia y la gravedad del maltrato y a que la víctima pierde la esperanza en la mejoría espontánea. Contar con un cierto grado de apoyo social y mostrar motivación para el cambio parecen constituir unos buenos predictores de terminación de la terapia y de éxito terapéutico.

El objetivo clínico prioritario es la superación de las secuelas psicológicas derivadas de la situación de maltrato. Las víctimas emparejadas en el momento del tratamiento acaban, en la mayoría de los casos -un 69%-, por separarse de la pareja. Recuérdese que las pacientes estudiadas están todas ellas aquejadas de estrés postraumático, que son las más graves entre las víctimas de maltrato. No obstante, hay un 31% de pacientes que mantienen la relación conyugal después de la intervención. En estos casos es necesario reforzar el tratamiento realizado, en una fase posterior, con una intervención sobre el maltratador (*cf.* Corsi, 1996; Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa y Corral, 1994) e incluso con una terapia de pareja o de familia, como se ha propuesto en algunos estudios (Stith y Rosen, 1992).

En resumen, el programa cognitivo-conductual propuesto resulta eficaz para superar el trastorno de estrés postraumático crónico y las variables psicopatológicas asociadas en las víctimas de maltrato doméstico, así como para mantener los logros terapéuticos a largo plazo.

Esta investigación presenta, sin embargo, dos limitaciones importantes. En primer lugar, no se ha utilizado un grupo de control que permita comparar los resultados obtenidos en esta muestra con víctimas no tratadas. Sin embargo, no es previsible una mejoría sin tratamiento en un cuadro clínico que presenta una sintomatología crónica.

En segundo lugar, no se conoce el papel desempeñado por las variables no controladas de la intervención terapéutica, así como tampoco el valor preciso de cada uno de los componentes del programa. En concreto, un factor inespecífico importante en este tipo de víctimas puede ser el cambio de conducta experimentado (por ejemplo, una mayor asertividad y soltura social) tras la decisión de afrontar el problema buscando ayuda terapéutica. Conviene, por ello, replicar los resultados de esta investigación en otros estudios que controlen estas variables y permitan dar respuesta a estos interrogantes.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (4th. ed.)*. Washington, DC. Author.
- Atkeson, B.M., Calhoun, K.S., Resick, P.A. y Ellis, E.M. (1982). Victims of rape: Repeated assessment of depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 96-102.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao. Desclée de Brouwer (original, 1979).
- Bernstein, D.A. y Borkovec, T.D. (1973). *Progressive relaxation training: A manual for the helping professions*. Champaign. Research Press.
- Campbell, R., Sullivan, C.M. y Davidson, W.S. (1995). Women who use domestic violence shelters: Changes in depression over time. *Psychology of Women Quarterly*, 19, 237-255.

- Corral, P., Echeburúa, E., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1995). Tratamiento psicológico del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 455-482.
- Corral, P., Echeburúa, E., Zubizarreta, I y Sarasua., B. (1992). Estrés postraumático en ex combatientes y en víctimas de agresiones sexuales: nuevas prespectivas terapéuticas. *Boletín de Psicología*, 35, 7-24
- Corsi, J. (Ed.) (1996). *Violencia masculina en la pareja*. Barcelona. Paidós.
- Cox, J. W. y Stoltenberg, C.D. (1991). Evaluation of a treatment program for battered wives. *Journal of Family Violence*, 6, 395-413.
- Douglas, M.A. (1987). The battered woman syndrome. En D.J. Sonkin (eds.). *Domestic violence on trial: therapeutic and legal dimensions of family violence*. New York. Springer.
- Dutton, M.A. (1992). Assessment and treatment of posttraumatic stress disorder among battered women. En D.W. Foy (ed.). *Treating PTSD. Cognitive-behavioral strategies*. New York. Guilford Press.
- Dutton-Douglas, M.A. (1992). Treating battered women in the aftermath stage. *Psychotherapy in Independent Practice*, 10, 93-98.
- Dutton-Douglas, M.A., Burghardt, K.J., Perrin, S.G. y Chrestman, K.R. (1994). Battered women's cognitive schemata. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 237-255.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona. Martínez Roca.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I. y Sauca, D. (1991). *Malos tratos y agresiones sexuales. Lo que la mujer debe saber y puede hacer*. Vitoria. Instituto Vasco de la Mujer.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I. y Sauca, D. (1994). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático. En E. Echeburúa (ed.) (1994). *Personalidades violentas*. Madrid. Pirámide.
- Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1995). *Trastorno de estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales*. La Coruña. Paideia.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1996). Treatment of acute posttraumatic stress disorder in rape victims: an experimental study. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 185-199.
- Foa, E.B., Rothbaum, B.O., Riggs, D.S. y Murdock, T.R. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims. A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715-723.
- Houskamp, B.M. y Foy, D.W. (1991). The assessment of posttraumatic stress disorder in battered wome. *Journal of Interpersonal Violence*, 6, 367-375.

- Kilpatrick, D.G., Saunders, C.L., Veronen L.J., Best, C.L. y Von, J. (1987). Criminal victimization: lifetime prevalence reporting to police and psychological impact. *Crime and Delinquency*, 33, 476-489.
- Kusher, M.G., Riggs, D.S., Foa, E.B. y Miller, S.M. (1992). Perceived controllability and development of posttraumatic stress disorder in crime victims. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 105-110.
- Mancoske, R.J., Standifer, D. y Cauley, C. (1994). The effectiveness of brief Counseling services for battered women. *Research on Social Work Practice*, 4, 53-63.
- Mckerman, M. (1994). The link between domestic violence and child abuse: assessment and treatment considerations. *Child Welfare League of America*, 1, 29-39.
- O'Leary, K.D. y Arias, I. (1988). Prevalence, correlates, and development of spous abuse. En R.D. Peters y R.J. McMahon (eds.). *Social learning in system approaches to marriage and the family*. New York. Brunner/Mazel.
- Resick, P.A. y Schincke, N.K. (1992). Cognitive processing for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748-756.
- Roberts, A.R. y Roberts, B.S. (1992). Modelo comprensivo para la intervención en crisis con mujeres maltratadas y sus hijos. En S.M. Stith, M.B. Williams y K. Rosen (eds.). *Psicosociología de la violencia en el hogar*. Bilbao. Desclée de Brouwer (original, 1990).
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press. Princeton.
- Rosewater, L.B. (1988). Battered or schizophrenic? Psychological tests can't tell. En K. Yllo y M. Bograd (eds.). *Feminist perspectives on wife abuse*. Guilford. Beverly Hills, New York.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E. y Corral, P. (1994). Perfil psicológico del maltratador a la mujer en el hogar. En E. Echeburúa (ed.). *Personalidades violentas*. Madrid. Pirámide.
- Sato, R.A. y Heiby, E.M. (1992). Correlates of depressive symptoms among battered women. *Journal of Family Violence*, 7, 229-245.
- Saunders, D.G. (1994). Child custody decisions in families experiencing woman abuse. *Social Work*, 39, 51-59.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA. Consulting Psychologists Press.
- Stith, S. y Rosen, K. (1992). Terapia familiar para los malos tratos conyugales. En S.M. Stith, M.B. Williams y K. Rosen (eds.). *Psicosociología de la violencia en el hogar*. Bilbao. Desclée de Brouwer (original, 1990).
- Stith, S., Williams, M. y Rosen, K. (eds.) (1992). *Psicosociología de la violencia en el hogar*. Bilbao. Desclée de Brouwer (original, 1990).

- Straus, M.A.** (1987). *The Conflict Tactics Scale: an evaluation and new data on validity, reliability, norms and scoring methods*. Paper presented at the 1987 Meeting of the National Council of Family Relations.
- Straus, M.A. y Gelles, R.J.** (1990). How violent are american families? Estimates from the National Family Violence Resurvey and other studies. En M.A. Straus y R.J. Gelles (eds.). *Physical Violence in American Families*. New Brunswick, NJ. Transaction Publishers.
- Tutty, L.M., Bidgood, B.A. y Rothery, M.A.** (1993). Support groups for battered women: research on their efficacy. *Journal of Family Violence*, 8, 325-343.
- Vázquez, C. y Sanz, J.** (1991). Fiabilidad y validez factorial de la versión española del Inventario de Depresión de Beck. *III Congreso de Evaluación Psicológica*. Barcelona.
- Villavicencio, P.** (1993). Mujeres maltratadas: conceptualización y evaluación. *Clínica y Salud*, 4, 215-228.
- Walker, L.E.** (1989). Psychology and violence against women. *American Psychologist*, 44, 695-702.
- Walker, L.E.** (1991). Posttraumatic stress disorder in women: diagnosis and treatment of battered woman syndrome. *Psychotherapy*, 28, 21-29.
- Webb, W.** (1992). Treatment issues and cognitive behavior techniques with battered women. *Journal of Family Violence*, 7, 205-217.
- Wodarski, J.** (1987). An examination of spouse abuse: Practice issues for the profession. *Clinical Social Work Journal*, 15, 173- 187.
- Zubizarreta, I., Sarasua, B., Echeburúa, E., Corral, P., Saucá, D y Emparanza, I.** (1994). Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico. En E. Echeburúa (ed.). *Personalidades violentas*. Madrid. Pirámide.