

TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS EFICACES PARA MUJERES GOLPEADAS CON TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Mariana C. Miracco,
Giselle Vetere,
Alejandro Zarankin,
Miguel Vallejos
y Ricardo Rodríguez Biglieri*

Resumen

El objetivo del presente artículo consiste en el análisis de los tratamientos disponibles para mujeres golpeadas que presentan Trastorno por Estrés Posttraumático, cuya eficacia haya sido puesta a prueba. La estrategia empleada consistió en una búsqueda bibliográfica de los trabajos disponibles en las bases de datos Medline, EBSCO y Lilacs. Además, se ha consultado bibliografía de referencia. Se encontraron tres modelos de abordaje, sustentados por un escaso número de investigaciones. Lamentablemente, ninguno de estos modelos fue evaluado por investigadores independientes, limitando el poder conclusivo de los resultados. No obstante, los resultados sugieren que la Terapia Cognitiva para el Trauma en Mujeres Golpeadas se constituiría en el tratamiento de elección. Se discuten las implicancias clínicas de los resultados obtenidos así como las limitaciones para la generalización de los mismos.

Palabras clave: Trastorno por estrés posttraumático, mujeres golpeadas, psicoterapia, eficacia, terapia cognitiva.

Key words: Post traumatic stress disorder, battered women, psychotherapy, efficacy, cognitive therapy.

Introducción

El abuso por parte de un compañero puede funcionar como estresor traumático y conducir al desarrollo de un trastorno por estrés posttraumático (TEPT). Los índices de TEPT entre las mujeres golpeadas son mucho más altos que en la población general (Kubany y col., 1995; Kubany y col., 1996; Kubany y

col., 2000), presentándose en un 21-60% de los casos, independientemente del tipo de maltrato experimentado (físico o psicológico) (Bobes García y col., 2000; Kessler, McGonagle y Ahao, 1994).

Aunque las mujeres golpeadas podrían constituir uno de los grupos traumatizados más grandes en el mundo, se hallaron sólo cinco estudios de resultados de tratamiento en esta población (Kubany, Hill, y Owens, 2003; Kubany y col., 2004; Labrador y Rincón, 2002, 2004; Labrador y Alonso, 2005), y un ensayo clínico (Johnson y Zlotnick, 2006). Resulta curiosa esta escasez de estudios siendo que se trata de una problemática de relevancia clínica, tal como lo señalan los siguientes datos:

- La Asociación Médica Americana estima que un 25% de las mujeres es víctima de violencia doméstica al menos una vez en su vida.

*Mariana C. Miracco: Facultad de Psicología UBA.
Giselle Vetere: CONICET, Facultad de Psicología, UBA.
Alejandro Zarankin: Centro Privado de Psicoterapias.
Miguel Vallejos: Hospital T. Borda
Ricardo Rodríguez Biglieri: CONICET, Facultad de Psicología, UBA.
Correspondencia a: Mariana C. Miracco.
Juan B. Ambrosetti 216 3º B. C.P. 1405. Buenos Aires.
E-Mail: mmiracco@psi.uba.ar
REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XVII p.p. 57-64
© 2008 Fundación AIGLE.

- En España la prevalencia estimada oscila entre un 15 y un 30% de las mujeres.

- En nuestro país, se estima que alrededor de un 40% de la población femenina sufre maltrato físico y psíquico por parte de su pareja, independientemente de su nivel socioeconómico (Pontecorvo y col., 2004). Diversas investigaciones sugieren que la violencia física suele acompañarse de violencia psíquica, y que entre un tercio y la mitad de los casos sufre también violencia sexual (Majdalani, Alemán, Fayán y Mejía, 2005).

- La Dirección General de la Mujer (dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de Bs. As.), recibió en el año 2006 más de 8.200 llamadas por violencia familiar. Alrededor de 5.600 personas fueron atendidas en dicho año por los diversos dispositivos de la "Asistencia Integral a la Violencia Doméstica y Sexual".

El TEPT como consecuencia del maltrato doméstico presenta características específicas (Labrador y Alonso, 2005), como por ejemplo, la reiteración con la que ocurre el trauma y la alta probabilidad de volver a experimentarlo nuevamente. En estos casos existe una ruptura del marco de seguridad que supone el hogar, lo que conlleva un estado de permanente hiperactivación e hipervigilancia. Ello puede acarrear la vivencia de un grave fracaso personal al afectar la relación de pareja y familiar, lo que suele generar sentimientos de culpa y pérdida de autoestima en la víctima. Con frecuencia conduce al abandono de muchas de las actividades cotidianas, con la consecuente disminución de actividades placenteras y la aparición de síntomas depresivos. Lamentablemente, la finalización de la relación con el agresor se convierte muchas veces en la situación de mayor amenaza e incluso de riesgo para la propia vida. Las víctimas recurren con frecuencia a soluciones de afrontamiento inadecuadas (consumo de alcohol y drogas, reclusión, etc.), como estrategia para manejar la situación o las emociones asociadas. De esta manera, se produce una desorganización masiva: abandono del hogar, amigos, trabajo y/o lugares habituales de referencia. Como consecuencia de lo antedicho pueden aparecer disfunciones a nivel social y pérdida de importantes redes de apoyo.

En la ciudad de Buenos Aires existen diversos grupos de trabajo abocados a la temática, quienes en mayor medida desarrollan sus actividades en instituciones públicas (Corsi, 2003). Sin embargo, no hemos hallado a la fecha estudios controlados que puedan orientarnos respecto de las características de los tratamientos que podrían ser eficaces para nuestra población.

Dada la prevalencia de esta problemática, el riesgo psíquico asociado a la misma, y el deterioro

de la salud en general y de la calidad de vida sufrido por la población afectada, consideramos que resulta de suma importancia saber con qué tratamientos eficaces contamos para reducir su impacto y tratar la sintomatología asociada.

Definición

En un artículo de 1999, Walker (Labrador y Alonso, 2005) define la *violencia doméstica* como "un patrón de conductas abusivas que incluye un amplio rango de maltrato físico, sexual y/o psicológico ejercido por una persona en contra de otra, en el contexto de una relación íntima, con el objeto de ganar o mantener el abuso de poder, control y autoridad sobre ella".

Corsi (2003), por su parte, la conceptualiza como una de las formas de la violencia de género, la que tiene lugar en el espacio doméstico (concepto que no alude exclusivamente al espacio físico de la casa o el hogar, sino al delimitado por las interacciones en contextos privados). El autor señala que la violencia doméstica: "Se asocia con una relación de noviazgo, de pareja, con o sin convivencia, o los vínculos con ex parejas. En tanto subforma de la violencia de género, los objetivos de la violencia doméstica son los mismos: ejercer control y dominio sobre la mujer para conservar o aumentar el poder del varón en la relación. Las manifestaciones en conductas y actitudes son muy variadas, incluyendo el maltrato físico, el abuso sexual, el abuso económico, el abuso ambiental, el maltrato verbal y psicológico, el chantaje emocional, etc." En relación a esto último, cabe citar el trabajo de Reed y Enright (2006), quienes se abocan a los efectos psicológicos a largo plazo del abuso emocional, abordando los desafíos clínicos específicos que este subtipo de maltrato conlleva.

Entre los efectos de este tipo de violencia sobre la salud física de las víctimas se destacan, además de las lesiones físicas, el aumento de la vulnerabilidad a padecer trastornos funcionales (ej: colon irritable, trastornos gastrointestinales, dolor crónico, etc.). Otros problemas habituales incluyen: daños permanentes en articulaciones, pérdida parcial de audición o visión y/o disfunciones sexuales. Las víctimas presentan con frecuencia problemas psicológicos, entre los que se encuentran: síndromes depresivos, culpa excesiva y pensamientos disfuncionales sobre sí mismas, el mundo y los demás (Taylor, Magnusem y Amundson, 2001). Los cuadros clínicos asociados en mayor medida son los trastornos de ansiedad, depresión, abuso y dependencia de alcohol y otras sustancias y, especialmente, el TEPT (Astin, Ogland-Hand, Foy y Coleman, 1995; Campbell, Sullivan y Davidson, 1995; Dutton, 1992; Golding, 1999).

Método

La estrategia utilizada consistió en una búsqueda bibliográfica de los trabajos disponibles en las bases de datos Medline, EBSCO y Lilacs, y de los citados en las referencias bibliográficas de los artículos hallados. En las búsquedas se utilizaron las siguientes palabras clave: “posttraumatic stress disorder”, “battered women”, “efficacy”, “therapy”. Se tomaron en cuenta los estudios de eficacia realizados a partir de 1990 hasta la fecha.

Resultados

La búsqueda arrojó un total de 2 estudios controlados aleatorizados, 3 estudios controlados y un ensayo clínico, los cuales se presentarán de acuerdo al tratamiento evaluado. Se hallaron tres modelos de abordaje psicoterapéutico para esta población. A continuación se describirán sus principales componentes y los resultados obtenidos a partir de los mismos.

1) *Terapia Cognitiva para el Trauma en Mujeres Golpeadas (TCT-MG)*

Este abordaje parte de las limitaciones del modelo bifactorial de Mowrer (1960), para la comprensión de la adquisición y persistencia del TEPT. Dicho modelo, tomado por diversos autores (Foa, Steketee, y Rothbaum, 1989), explica el desarrollo del trastorno a través del condicionamiento clásico y operante involucrados en las respuestas de escape y evitación, respectivamente. Sin embargo, desde la perspectiva de los creadores de la TCT-MG (Kubany, Hill y Owens, 2003), el condicionamiento no explicaría el desarrollo del TEPT subsiguiente a pérdidas traumáticas. Por otro lado, tampoco podría dar cuenta del rol que desempeñan algunos factores cognitivos, como por ejemplo las valoraciones, en el mantenimiento del cuadro y de la psicopatología relacionada.

Diversos grupos de investigadores han enfatizado la importancia de los aspectos cognitivos como variables que contribuyen al mantenimiento del estrés postraumático (Brewin, Dalgleish, y Joseph, 1996; Creamer y Burgess, 1992; Ehlers y Clark, 2000; Foa y Rothbaum, 1998; Kubany y Watson, 2002). Las valoraciones negativas suelen manifestarse en la conciencia como pensamientos o discursos, denominados diálogos internos. Los mismos pueden tener efectos nocivos en el bienestar de la persona, contribuyendo de ese modo tanto al mantenimiento del estrés postraumático como de la sintomatología depresiva (Staats, 1972, 1996; Kubany y Watson, 2003).

La TCT-MG posee varios elementos de tratamientos ya existentes para el TEPT: psicoeducación, manejo del estrés (incluyendo entrenamiento en

relajación), automonitoreo de pensamientos disfuncionales, y exposición al recuerdo del trauma intra y entre sesiones. Su aspecto distintivo, sin embargo, residiría en la inclusión de procedimientos sistematizados para evaluar y corregir creencias disfuncionales; así como para reducir los diálogos internos negativos, particularmente los relacionados con la culpa y la vergüenza (Kubany y Manke, 1995). Se les enseña a las pacientes a observar sus pensamientos por medio de tareas de automonitoreo, y a inhibir el uso de evaluaciones negativas (Kubany, 1998).

El tratamiento también incluye módulos que se focalizan en el fortalecimiento de las capacidades propias, comprendiendo: a) estrategias de autoayuda, b) entrenamiento en asertividad, c) habilidades de afrontamiento para la comunicación con ex-parejas, y d) identificación de potenciales agresores y evitación de la revictimización.

El tratamiento se lleva a cabo en un formato de terapia individual de 8 a 11 sesiones de una hora y media de duración. El objetivo de la primera sesión es establecer un buen *rapport*, obtener la historia del maltrato, indagar acerca de otras experiencias traumáticas significativas y proveer psicoeducación respecto del tratamiento y de los temas a ser cubiertos en el mismo. Entre las sesiones 2 y 4 se completa la historia del trauma y se provee psicoeducación sobre el TEPT, el fundamento de las tareas de exposición, la indefensión aprendida (Peterson y Seligman, 1983), los diálogos internos negativos y el manejo del estrés. Además, se comienza con tareas de exposición (por ejemplo, ver fotos y visualizar al abusador; ver películas sobre violencia doméstica). Se dedican de 2 a 4 sesiones a la reevaluación de los sentimientos de culpa relacionados con el trauma, siguiendo tres fases: a) evaluación de la culpa, b) *debriefing* de los incidentes relacionados, y c) terapia cognitiva propiamente dicha, que incluye “ejercicios de lógica” para corregir los errores en el pensamiento que conducen a distorsiones en las creencias relacionadas con la culpa (Kubany, 1997). Los errores en el pensamiento son abordados en el contexto de ejercicios semiestructurados. En éstos se enseña al paciente a distinguir lo que sabía “entonces” de lo que sabe “ahora”, y a reevaluar las percepciones de justificación y responsabilidad por el hecho.

Los últimos módulos de la TCT-MG incluyen entrenamiento en asertividad, identificación de agresores potenciales, habilidades de afrontamiento ante situaciones de acoso y psicoeducación en estrategias de autoayuda (por ejemplo, satisfacer las necesidades personales como prioritarias, tomar decisiones orientadas a promover los intereses personales, defender los propios derechos, etc.).

Estudios de eficacia:

En el año 2003 Kubany, Hills y Owens publicaron

por primera vez los resultados de eficacia de esta modalidad de tratamiento. En este estudio 37 mujeres de diversas etnias fueron asignadas aleatoriamente a las siguientes condiciones de tratamiento: TCT-MG Inmediata o Demorada, actuando este segundo grupo como condición control.

Las mujeres que recibieron el tratamiento estaban desde hacía al menos 30 días fuera de la relación abusiva y sin intención de reconciliarse. La terapia fue conducida por un único terapeuta, limitando este hecho la generalización de los resultados. Al postratamiento, el 94% ya no cumplía criterios para TEPT, evidenciando reducciones en la sintomatología depresiva, sentimientos de culpa y vergüenza, y un significativo aumento de la autoestima. No hubo diferencias significativas entre el grupo de TCT-MG Inmediata y el de intervención Demorada al postratamiento y seguimiento. La mejoría se mantenía en la evaluación de seguimiento a los 3 meses. Al finalizar el tratamiento, 30 mujeres ya no presentaban síntomas del criterio C para TEPT según DSM IV (relacionado con la evitación y el embotamiento). Este hecho resulta significativo, ya que hasta ese momento los programas de tratamiento habían sido exitosos en reducir los síntomas intrusivos, pero no tanto en aliviar los síntomas antes mencionados (Blake y Sonnenberg, 1998; Solomon, Gerrity y Muff, 1992). La generalización de estos resultados estuvo limitada por varios aspectos del estudio como el tamaño y composición sociodemográfica de la muestra.

En el segundo estudio de resultados (Kubany y col., 2004), se evaluó la eficacia de esta intervención en una muestra compuesta por 125 mujeres de diversas etnias, quienes fueron asignadas aleatoriamente a las condiciones de TCT-MG Inmediata o Demorada. El 87% de las mujeres que completaron el protocolo dejaron de presentar criterios diagnósticos para TEPT, con grandes reducciones en las medidas de depresión y culpa y un sustancial aumento en la autoestima. Resultados similares fueron obtenidos por terapeutas hombres y mujeres, con diferentes niveles de formación y entrenamiento. Estos resultados se mantuvieron en los seguimientos a los 3 y 6 meses. Los resultados de este modelo son prometedores, si bien hasta el momento ha sido evaluado por un solo grupo de investigadores.

2) "HOPE": Mujeres Golpeadas con TEPT en Refugios

Este modelo parte del supuesto de que la intervención psicosocial puede ser más efectiva cuando las mujeres ya han iniciado el cambio, abandonando al abusador y entrando a un refugio. En éste, se provee a las mujeres y sus hijos de seguridad, conectándolos con recursos sociales, legales y económicos (Dutton, 1992). Según Jones, Hughes y Unterstaller (2001), la prevalencia de TEPT es mayor entre las mujeres que

buscan refugio, en comparación con la de quienes no lo hacen. Esta población específica debe afrontar temas de seguridad inmediatos, ya que generalmente ingresa después de un incidente de maltrato, y se encuentra en mayor riesgo de retornar a la relación abusiva.

HOPE es la sigla utilizada para referirse a un tipo de tratamiento cognitivo-conductual de formato individual, desarrollado a partir del modelo *multifásico* de recuperación de Herman (1992). Este modelo incorpora tres fases de recuperación: a) establecimiento de un entorno de seguridad, cuidado personal y protección, b) recuerdo y duelo, y c) la reconexión. Se abordan las disfunciones cognitivas, conductuales e interpersonales asociadas al TEPT que pueden interferir en la habilidad de las mujeres golpeadas para utilizar efectivamente los recursos de los refugios y establecer su seguridad.

Las sesiones iniciales de *HOPE* se centran en la psicoeducación en relación a la violencia interpersonal, el TEPT y la planificación de la seguridad de las víctimas. Además, se provee información y habilidades para el fortalecimiento personal, que fomentan la toma de decisiones bien informadas y la independencia. Las sesiones posteriores incorporan habilidades ya establecidas para el manejo del TEPT (reestructuración cognitiva, manejo de disparadores, etc.) y módulos opcionales que abordan algunos problemas frecuentemente asociados (abuso de sustancias, angustia, etc.). Se postula desde este modelo que los tratamientos tradicionales para el TEPT que incorporan la exposición estarían contraindicados, ya que la habituación a los estímulos temidos podría aumentar el riesgo de mayor victimización.

Estudios de eficacia:

Se encontró un ensayo clínico que evaluó la eficacia y viabilidad de *HOPE* para mujeres golpeadas ubicadas en refugios, con TEPT o síntomas subclínicos (Johnson y Zlotnick, 2006). Los criterios de inclusión fueron abuso doméstico durante el mes previo a la admisión en el refugio y presencia de síntomas de TEPT clínicos y subclínicos (los síntomas subclínicos debían incluir los criterios de reexperimentación y los de evitación o hiperactivación) (Stein, Walker, Hazen, y Forde, 1997). Fueron admitidas 18 participantes, de las cuales sólo 11 terminaron el tratamiento y 10 fueron evaluadas al seguimiento a los 6 meses. El tratamiento constó de 9 a 12 sesiones dos veces por semana. Los resultados apoyan en forma preliminar la factibilidad y eficacia de este tratamiento. Si bien la tasa de remisión del cuadro se limitó al 40% de las pacientes, se observaron disminuciones significativas en los síntomas del TEPT. Se observaron mejorías en los síntomas depresivos, en la pérdida de recursos y en el grado de deterioro social; así como aumentos significativos en el uso efectivo de los recursos comu-

nitarios. El 60% volvió a sufrir algún tipo de maltrato luego de abandonar el refugio, lo cual podría sugerir la necesidad de un tratamiento adicional. El tamaño de la muestra y la ausencia de un grupo control obligan a tomar estos resultados con cautela. Por otro lado, la tasa de abandono del tratamiento asciende al 40%, cifra superior a la encontrada habitualmente en pacientes con TEPT.

3) Terapia Cognitiva Conductual Grupal (TCC-Grupal)

Basado especialmente en el modelo de dos procesos de Brewin, Dalgleish y Joseph (1996), se desarrolló un programa breve de 8 sesiones para mujeres víctimas de maltrato doméstico con TEPT crónico. El tratamiento se llevó a cabo en un formato grupal que incluyó psicoeducación, entrenamiento en control de la activación, reestructuración cognitiva y exposición. La primera sesión se destinó a la psicoeducación y al entrenamiento en relajación a través de la técnica de respiración diafragmática, que se continuó aplicando a lo largo del programa. Entre la segunda y la quinta sesión, se utilizó reestructuración cognitiva, y entre la sexta y la octava se practicó exposición prolongada en imaginación.

Estudios de eficacia:

Se hallaron tres estudios controlados que evaluaron la eficacia del programa de tratamiento de formato grupal.

En el primer estudio, Labrador y Rincón (2002) administraron el tratamiento a 16 mujeres con TEPT crónico, las que fueron divididas en dos grupos, uno de los cuales ($n=7$) conformó la condición de lista de espera. La remisión fue observada en el 100% de las mujeres participantes al postratamiento, y en el 85% al seguimiento a 1 y 3 meses. También se observaron

cambios significativos en las otras variables evaluadas: depresión, autoestima, problemas de adaptación a la vida cotidiana y aspectos cognitivos derivados de la experiencia de maltrato.

Cuatro años más tarde, el mismo grupo de investigadores (Rincón y Labrador, 2004) realizaron una replicación del estudio anterior, aplicando el tratamiento a un total de 35 mujeres con TEPT crónico. Los resultados mostraron una remisión del TEPT en el 94.4% de las mujeres al postratamiento y un 88% en el seguimiento a los 6 meses. También se constataron diferencias significativas en las restantes medidas evaluadas (depresión, autoestima y dificultades de adaptación) entre el pre y el postratamiento, las que se mantuvieron en los seguimientos a 1, 3 y 6 meses.

En el último estudio encontrado (Labrador y Alonso, 2005) se aplicó el mismo programa, aunque ligeramente modificado, a una muestra de 12 participantes. La condición control estuvo conformada por 8 mujeres. Sólo el 16% de la muestra no cumplía criterios diagnósticos para TEPT al finalizar el tratamiento, cifra que ascendió al 41% en los seguimientos a 1 y 3 meses. No obstante, se observaron diferencias significativas en la sintomatología en el resto de las medidas evaluadas.

Cabe destacar que en ninguno de los tres estudios antes mencionados la asignación a grupos se realizó de manera aleatoria.

Discusión

Si bien los modelos presentados pueden agruparse dentro de los abordajes psicoterapéuticos cognitivo-comportamentales, los mismos presentan diferencias significativas. La Tabla 1 permite visualizar los principales componentes de los tratamientos.

Tabla 1 . Principales componentes de los tratamientos

TCT-MG (Kubany y col., 2003, 2004)	HOPE (Johnson y Zlotnick, 2006)	TCC Grupal (Labrador y Rincón, 2002, 2004; Labrador y Alonso, 2005)
Psicoeducación	Psicoeducación	Psicoeducación
Manejo del estrés, relajación	Manejo de disparadores	Manejo del estrés, relajación
Estrategias de Fortalecimiento	Habilidades de Fortalecimiento	Planificación de actividades gratificantes
Exposición	Planificación de un ambiente de seguridad	Exposición en imaginación
Automonitoreo y modificación de pensamientos y diálogos internos disfuncionales	Reestructuración cognitiva	Reevaluación cognitiva Evaluación de las cogniciones postraumáticas
Abordaje de las creencias relacionadas con la culpa. Inclusión de estrategias de comunicación asertiva	Trabajo sobre el duelo, la reconexión y el aprovechamiento de los recursos comunitarios disponibles	Focalización sobre la autoestima y la resolución de problemas. Reducción de la evitación y entrenamiento en asertividad

La exposición es considerada actualmente un ingrediente activo de probada eficacia en el tratamiento del TEPT (Nemeroff y col. 2006). Dos de los tres tratamientos analizados, *TCT- MG* y *TCC grupal*, incluyen dicha técnica como una de las intervenciones centrales. No obstante, el modelo denominado *HOPE* la contraindica por considerarla una estrategia que puede inducir la revictimización. Sin embargo, no existen a la fecha datos que indiquen que el empleo de exposición en el tratamiento del TEPT pueda acarrear dichas consecuencias negativas.

Más allá de las diferencias encontradas entre los tratamientos, los mismos presentan algunos componentes en común: psicoeducación, manejo del estrés, reestructuración cognitiva y fortalecimiento de las propias capacidades. Asimismo, los tres abordajes hacen foco en la disminución de la sintomatología asociada al cuadro.

El componente cognitivo de los tratamientos se desarrolla de diversas formas, de acuerdo al modelo en cuestión. La *TCT- MG*, a diferencia de los otros dos tratamientos, se focaliza en la inhibición de las evaluaciones negativas y la modificación de las creencias “distorsionadas” relacionadas con la culpa. Los otros dos modelos de tratamiento, en cambio, utilizan la reestructuración cognitiva para modificar las creencias disfuncionales relacionadas con el trauma. Ahora bien, resulta pertinente mencionar que los modelos investigados parecen corresponderse con los primeros planteamientos teóricos del abordaje cognitivo-comportamental. En las últimas décadas se han reformulado algunos supuestos teóricos (Caro, 2003; Semerari, 2003), no obstante estos cambios no parecen reflejarse en los postulados que sustentan los protocolos examinados. Por ejemplo, en los desarrollos actuales de la terapia cognitivo-comportamental, se ha dejado de poner el énfasis en los intentos de corregir “los errores en el pensamiento”. Este tipo de conceptualización conllevaría la premisa de que habría pensamientos “correctos” o “verdaderos”, que serían provistos por el terapeuta. Por el contrario, hoy en día se promueve la flexibilización de los procesos cognitivos, entendiéndose por ello la emergencia de hipótesis y significados alternativos que favorezcan una disminución del sufrimiento del paciente.

Respecto de la población tratada, los abordajes considerados se centran en el trabajo con mujeres que se encuentran fuera de la relación de maltrato. Resta atender a aquellos casos, tan frecuentes en la clínica, en los cuales la ruptura no es la opción considerada por la paciente o aún no están dadas las condiciones para su realización.

Finalmente, cabe situar el posible rol de los factores de apoyo psicosocial sobre el desarrollo del trastorno, su mantenimiento y la eficacia del tratamiento. No puede omitirse que ciertas condi-

ciones socioeconómicas y culturales favorecerían la emergencia de esta problemática y los trastornos asociados. Asimismo el proceso terapéutico y el pronóstico de las víctimas de maltrato estarían mediados por variables sociales y culturales tales como las creencias de género, los mandatos familiares, los factores que aumentan la dependencia de las víctimas como por ejemplo los condicionantes económicos, y la disponibilidad de recursos comunitarios, como las redes psicosociales de apoyo.

Si bien aún no contamos con evidencia concluyente al respecto, el proceso de cambio y fortalecimiento podría estar en parte determinado por la disponibilidad de redes sociales que brinden la oportunidad de poner en juego nuevos recursos y acompañar el cambio impulsado desde el dispositivo terapéutico individual. Así es como los tratamientos que se apoyan fuertemente en los dispositivos grupales y en los refugios podrían adicionar componentes favorecedores de los procesos de crecimiento y fortalecimiento, no sólo contrarrestando los efectos deletéreos del aislamiento, sino además propiciando nuevas oportunidades de aprendizaje y de creación de vínculos saludables que trascienden el contexto psicoterapéutico. Estas redes de apoyo podrían contribuir tanto al mantenimiento de los logros como a la disminución de la probabilidad de repetición de estas modalidades vinculares, lo cual podría repercutir de manera positiva en la calidad de vida de las víctimas y en el pronóstico a largo plazo.

Conclusiones

Contamos con dos estudios controlados aleatorizados que permiten considerar a la Terapia Cognitiva para el Trauma en Mujeres Golpeadas (Kubany, Hills y Owens, 2003; Kubany y col., 2004) como un tratamiento probablemente eficaz, con lo cual podría considerarse en la actualidad como un tratamiento de elección para dicha población.

Por otro lado, resultados preliminares sugieren que las mujeres refugiadas a causa de haber sufrido maltrato se beneficiarían de intervenciones basadas en un modelo de abordaje cognitivo-conductual que contemple las necesidades de seguridad, accesibilidad y aprovechamiento de los recursos disponibles (Johnson y Zlotnick, 2006). Asimismo, los hallazgos de diversos estudios controlados apoyarían la eficacia del tratamiento aplicado en formato grupal (Labrador y Rincón, 2002, 2004; Labrador y Alonso, 2005).

No obstante, una seria limitación del poder conclusivo de todos los programas de tratamiento analizados es que ninguno de estos ha sido examinado por un grupo de investigadores independiente.

Serán necesarios nuevos estudios, no sólo para

umentar el poder de generalización de los resultados, sino para modificar, mejorar y adaptar los tratamientos disponibles para atender a la diversidad de las demandas que la clínica plantea con esta población específica.

BIBLIOGRAFÍA

- Astin, M. C., Ogland-Hand, S. M., Foy, D. y Coleman, E. M. (1995). Posttraumatic stress disorder and childhood abuse in battered women: comparison with martially distressed women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 308-312.
- Astin, M. y Resick, P. (1998). Tratamiento cognitivo conductual del trastorno por estrés postraumático. En V. Caballo (Comp.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. España: Siglo XXI Editores.
- Blake, D. D. y Sonnenberg, R. T. (1998). Outcome research on behavioural and cognitive behavioural treatments for trauma survivors. En V. M. Follette, J. Rusek y F. Abueg (Eds.). *Trauma in context* (pp. 15-47). New York: Guilford Press.
- Bobes García, J., Bousoño García, M., Calcedo Barba, A. y González García-Portilla, M. (2000). *Trastorno de Estrés Postraumático*. Barcelona: Masson.
- Brewin, C., Dalgleish, T. y Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670-686.
- Campbell, R., Sullivan, C. y Davidson, W. (1995). Women who use domestic violence stulters: Changes in depression over time. *Psychology of Women Quarterly*, 19, 237-255.
- Caro, I. (2003). (Comp.) *Psicoterapias cognitivas. Evaluación y comparaciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Corsi, J. (2003). (Comp.) *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico. Fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares*. Buenos Aires: Paidós.
- Creamer, M., y Burgess, P. (1992). Reaction to trauma: A cognitive processing model. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 452-459.
- Dutton, M. A. (1992). *Empowering and healing the battered woman: A model of assessment and intervention*. New York: Springer.
- Ehlers, A., y Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. (13ª ed.). Barcelona: Paidós.
- Foa, E. y Meadows, E. (1997). Psychosocial treatment for post-traumatic stress disorder: A critical review. En J. Spence (Ed.). *Annual Review of Psychology*, 48, 449-480.
- Foa, E. B. y Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., Steketee, G., y Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualization of post-traumatic stress disorder. *Behavioral Therapy*, 20, 155-176.
- Fonrodona, M. P. (2006). Estado del arte del trastorno de estrés postraumático. *Suma Psicológica*, (13), 1, 67-84.
- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as risk factor for mental disorder: A mental analysis. *Journal of Family Violence*, 14, 99-132.
- Grosman, C. P., Mesterman, S. y Adamo, M. T. (1992). *Violencia en la familia. La relación de pareja. Aspectos sociales, psicológicos y jurídicos*. Buenos Aires: Editorial Universidad.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Johnson, D. M. y Zlotnick, C. (2006). A Cognitive-Behavioral Treatment for Battered Women With PTSD in Shelters: Findings From a Pilot Study. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 4, 559-564.
- Jones, L., Hughes, M. y Unterstaller, U. (2001). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in victims of domestic violence: A review of the research. *Trauma, Violence & Abuse*, 2, 99-119.
- Kessler, R., McGonagle K. y Ahao, S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-II-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kubany, E. S. (1997). Thinking errors, faulty conclusions, and cognitive therapy for trauma related guilt. *National Center for Post-Traumatic Stress Disorder Clinical Quarterly*, 7, 6-8.
- Kubany, E. S. (1998). Cognitive therapy for trauma related guilt. En V. Follette, J. Ruzek y F. Abueg (Eds.). *Trauma in context* (pp. 124-161). New York: Guilford Press.
- Kubany, E. S., Abueg, F. R., Owens, J. A., Brennan, J. M., Kaplan, A. y Watson, S. (1995). Initial examination of a multidimensional model of guilt: Applications to combat

- veterans and battered women. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 17, 353-376.
- Kubany, E. S., Haynes, S. N., Abueg, F. R., Brennan, J. M., Manke, F. P. y Stahura, C. (1996). Development and validation of the trauma-related guilt inventory (TRGI). *Psychological Assessment*, 8, 428-444.
- Kubany, E. S., Haynes, S. N., Leisen, M. B., Owens, J. A., Kaplan, A. y Burns, K. (2000). Development and preliminary validation of the traumatic life events questionnaire. *Psychological Assessment*, 12, 192-209.
- Kubany, E. S., Hills, E.E. y Owens, J.A. (2003). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD: preliminary findings. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 81-91.
- Kubany, E. S. y Manke, F. P. (1995). Cognitive therapy for trauma-related guilt: conceptual bases and treatment outlines. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 27-61.
- Kubany, E. S.; Owens, J. A.; McCaig, M. A.; Hills, E. E.; LANCE-SPENCER, C. y TREMAYNE, K. J. (2004). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 72, 3-18.
- Kubany, E. S. y Watson, E. B. (2002). Cognitive trauma therapy for formerly battered women with PTSD (CTT-BW): conceptual bases and treatment outlines. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 111-127.
- Kubany, E. S. y Watson, E. B. (2003). *A fear-loss model of chronic PTSD that emphasizes the role of irrational beliefs and evaluative language*. (en preparación)
- Labrador, F. J. y Rincón, P. P. (2002). Trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: Evaluación de un programa de intervención. *Análisis y modificación de conducta*, 28, 905-932.
- Labrador, F. J. y Alonso, E. (2005). Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctima de violencia doméstica: un programa de intervención breve y específico. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 76/77, 47-65.
- Mahoney, M. J. y Freeman, A. (1988). *Cognición y psicoterapia: cognición y desarrollo humano*. Buenos Aires: Paidós.
- Majdalani, M., Alemán, M., Fayanás, R., Guedes, A. y Mejía, R. (2005). Validación de un cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, 17, 2, 79-83.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Wiley.
- Nemeroff, C.B., Bremner J., Foa, E. B., Mayberg, H. S., North, C. S. y Stein, M. B. (2006). Posttraumatic stress disorder: a state-of-the-science review. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 1-21.
- Peterson, C. y Seligman, M. E. P. (1983). Learned helplessness and victimization. *Journal of Social Issues*, 2, 103-116.
- Reed, G. L. y Enright, R. D. (2006). The effects of forgiveness therapy on depression, anxiety, and posttraumatic stress for women after spousal emotional abuse. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 74, 5, 920-929.
- Rincón, P. P. y Labrador, F. J. (2004). Violencia doméstica: programa de tratamiento para mujeres con trastorno de estrés postraumático. Poster presentado en el III Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud, 24-27 de Noviembre, La Habana, Cuba.
- Semerari, A. (2003). *Historia, teorías y técnicas de la Terapia Cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- Solomon, S. D., Gerrity, E. T. y Muff, A. M. (1992). Efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: An empirical review. *Journal of the American Medical Association*, 268, 633-638.
- Staats, A. W. (1972). Language behavior therapy: a derivative of social behaviourism. *Behavior Therapy*, 3, 165-192.
- Staats, A. W. (1996). *Behavior and personality: Psychological behaviourism*. New York: Springer.
- Stein, M. B., Walker, J. R., Hazen, A. L. y Forde, D. R. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1114-1119.
- Taylor, W., Magnussen, L. y Admundson, M. J. (2001). The lived experience of battered women. *Violence Against Women*, 7, 563-585.
- Walker, L. E. (1999). Terapia para supervivientes con mujeres golpeadas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 8, 201-210.

Abstract: The aim of this article is the analysis of available treatments for battered women who present PTSD, whose efficacy have been put to the test. The applied strategy consisted of a bibliographic search of the available studies in the Medline, EBSCO and Lilacs database. Besides, reference bibliography has been consulted. Three approach models were found, supported by a scarce number of studies. Unfortunately none of these models was investigated by independent researchers, limiting the results conclusive power. Nevertheless, the results suggest that Cognitive Therapy for Trauma in Battered Women would be established as treatment of choice. Clinical implications as well as limitations for the generalization of the obtained results, are discussed.