

Ensayo clínico de la eficacia de la terapia constructivista-sistémica en casos de violencia contra las mujeres

*Rafael GUERRERO GÓMEZ
Jesús GARCIA MARTÍNEZ
Universidad de Sevilla*

Resumen

En este artículo se presentan los resultados de un ensayo clínico que pretende comprobar la eficacia de una terapia de orientación constructivista en casos de violencia de género. El estudio ha utilizado una pequeña muestra ($n=7$). Todas las mujeres viven en un ámbito rural y proceden de un contexto socioeconómico bajo. El objetivo del trabajo es comprobar la viabilidad de una intervención terapéutica en violencia de género basada en un enfoque constructivista y sistémico, para lo cual se analiza si la sintomatología se reduce después de la intervención y si se generan nuevas construcciones que permitan explicar de un modo alternativo la experiencia de victimización. Para evaluar los síntomas se utilizaron los inventarios de ansiedad y depresión de Beck, así como la escala de síntomas de Derogatis. La rejilla se utilizó para medir los cambios de significados. Los resultados confirman que en la evaluación post-tratamiento, se aprecia una reducción significativa de los síntomas y la emergencia de construcciones de la identidad mucho más elaboradas.

Palabras clave: mujeres maltratadas, identidad, teoría de los constructos personales, eficacia terapéutica, técnica de la rejilla.

Abstract

In this article are presented the results of an initial clinical test about the efficacy of a constructivist therapy applied to cases of gender violence. Sample is so small ($n=7$). All the women live in a rural scope and come from a low socioeconomic context. The aim of this work is to sketch the viability of a therapeutic intervention on gender violence based in a constructivist-systemic approach. We are interested in verify if therapy: a) reduces symptoms; b) generates new useful constructs. Symptoms were evaluated with Beck Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory and Derogatis' Symptoms Check

List. Grid Technique was used to assess changes in constructs elaboration. Results confirm a significant reduction of the symptoms and the emergency of more elaborated constructions during post-treatment assessment.

Key words: Battered Women, Identity, Personal Construct Theory, Treatment Effectiveness Evaluation, Repertory Grid Technique.

La violencia contra las mujeres afecta a todas las clases sociales, a todos los niveles educativos y a todos los entornos geográficos, por ello representa un gran problema social y psicológico que tienen que afrontar los sistemas de protección social (Fischbach y Herbert, 1997). Además, se puede considerar un grave problema de salud pública (Heise y García Moreno, 2002; Roberts, Lawrence, Williams y Raphael, 1998) dada su altísima prevalencia y por el hecho de que las repercusiones psicológicas del maltrato y el abuso físico constituyen un factor de riesgo de salud a largo plazo (Koss, Koss y Woodruff, 1991).

Desde el punto de vista funcional, el agresor no sólo usa la violencia para conseguir algo que no tiene o para forzar una situación, sino para mantener e incrementar un *status quo* de desigualdad (Jacobson y Gottman, 1998). Por tanto, debe entenderse más como un estilo relacional o un problema crónico que como una acción puntual o provocada por una determinada situación. La violencia no está definida únicamente por el uso de agresiones físicas, sino que se pueden distinguir cuatro grandes manifestaciones de la misma: psicológica, verbal, sexual, y física (Herranz y Rodríguez, 2002). Dichas manifestaciones pueden darse simultáneamente.

El patrón relacional típico del maltrato se centra en un ciclo de ira-arrepentimiento-control por parte del varón y sirve para obtener el control de la relación, a través del cual se consigue la subordinación de la pareja. En general, estos patrones de relación comienzan

a establecerse en los primeros años de convivencia, sin embargo, es posible que ya se hayan definido durante el noviazgo.

La sintomatología que presentan las mujeres agredidas por sus parejas incluye déficit de autoestima y de autoeficacia (Orava, McLeod y Sharpe, 1996), así como sentimientos de culpa, aislamiento social y dependencia del maltratador (Buchbinder y Eisikovits, 2003; Echeburúa y de Corral, 1998). El maltrato es un factor que genera trastornos y síntomas psicopatológicos de varios tipos, como depresión, estrés postraumático, baja autoestima y sentimientos de culpa (Echeburúa y de Corral, 1998; Golding, 1999; Matud, 2004). De las distintas investigaciones realizadas se concluye que los síntomas más usuales padecidos por las mujeres maltratadas se agrupan en dos bloques: a) uno ligado a la depresión y la ansiedad que incluiría, en su caso, los déficit de autoestima; y b) otro, menos frecuente, relacionado con el estrés postraumático.

Las terapias de la violencia de género deben atender a dos aspectos básicos: a) respetar la necesidad de comprensión y ayuda de la víctima, lo que implica que toda información debe ser recabada con un consentimiento expreso por parte de ésta (Matud, Padilla y Gutiérrez, 2005; Velázquez, 2003; Walker, 1994); b) analizar los componentes relacionados con el patrón de violencia y control, los efectos psicológicos del maltrato, las estrategias usadas para enfrentarse y/o escapar al abuso, así como los factores que modularon las respuestas al abuso y las estrategias de afrontamiento (Dutton, 1992).

Por otro lado, la terapia ha de buscar estrategias que sirvan para ayudar a las familias (las mujeres y su descendencia). Para lograr este objetivo, deben utilizar un enfoque que les permita a las mujeres elaborar una concepción distinta del problema, generando un sentido de eficacia y no de autoinculpación. Para conseguir este objetivo es necesario crear una buena alianza terapéutica con las mujeres (Friedlander, Escudero y Heatherington, 2006; Garrido y García-Cubillana, 2000). En general, el formato terapéutico debe basarse en la lógica de una terapia del trauma (Walker, 1994). Estos objetivos se pueden cubrir tanto con enfoques de terapia individual como de grupo.

Han sido muchos los enfoques terapéuticos propuestos para tratar la violencia de género, entre ellos el cognitivo-conductual (Echeburúa y de Corral, 1998; Matud, 2004) y el enfoque de género (Corsi y Peyrú, 2003). Los autores defendemos la pertinencia de las terapias constructivistas y sistémicas en este campo por los siguientes motivos:

- a) La concepción sistémica permite traer al campo terapéutico el entramado relacional de la violencia y el funcionamiento del mismo dentro del sistema familiar. Esto es posible hacerlo incluso no contando con la presencia real de la pareja en la terapia, pero sí teniendo en cuenta en todo momento que la violencia se perfila como una estrategia relacional.
- b) Los cambios que se buscan suponen una modificación importante, no solo de las estrategias relacionales de la mujer, sino de su identidad. La víctima debe reelaborar su sentido del mundo y de sí misma. Este es precisamente el foco de las terapias constructivistas, tanto en general (Winter, 1992), como de las centradas en la gestión de la violencia

o de la experiencia traumática (Harter y Neimeyer, 1995; Neimeyer, 2000; Sewell, 1997).

- c) Tanto los enfoques relacionales (sistémicos), como los identitarios (constructivistas), comparten principios epistémicos y técnicos comunes que buscan redefinir la experiencia en términos manejables por la persona, recreando nexos de unión entre distintos aspectos de la vida y definiendo el maltrato como algo que se le hizo a la persona, no como algo que la persona se merecía o que incluso llegaba a ser. Los enfoques constructivistas-sistémicos permiten reconstruir el sentido del abuso en los propios términos de la mujer maltratada y buscan activamente elementos y episodios resolutivos y de autocrecimiento en su propia experiencia vital (García-Martínez, 2004; Keskinen, 2004), lo cual los hace casar teóricamente bien con dos de los principios básicos de las terapias en casos de maltrato: i) que la intervención busque la recuperación de un trauma; y ii) que proporcione recursos a la cliente.

Contexto de trabajo

En este trabajo se plantea un ensayo clínico sin grupo control sobre una muestra muy reducida. El objetivo es comprobar la eficacia de la terapia constructivista-sistémica en casos de violencia de género. Se trata de un trabajo inicial que pretende asentar un primer paso en la validación de las terapias de cambio de la identidad como terapias eficaces en estos casos. En cierta medida, la ausencia de grupo control ha estado impuesta por los requisitos del contexto en el que se realizaba la terapia. Se trata de un servicio de asistencia terapéutica prestado de forma gratuita en virtud de un convenio de colaboración

entre la Universidad de Sevilla y el Excmo. Ayuntamiento de Lora del Río (Sevilla). Los ingresos en el programa se producen cuando hay alguna demanda por parte del Centro Municipal de Información a la Mujer. No se trabaja con un formato de evaluación durante la lista de espera puesto que no tiene sentido terapéutico evaluar a una mujer que no va a ser atendida hasta un cierto tiempo después.

Objetivos e hipótesis

En este primer momento del trabajo se pretende obtener datos preliminares sobre dos objetivos muy amplios: a) comprobar si la terapia constructivista-sistémica logra reducir las principales manifestaciones sintomatológicas ligadas a la violencia de género; b) comprobar si la terapia genera cambios en la construcción de la identidad.

Esto se concreta en las siguientes hipótesis:

1. El tratamiento producirá una reducción significativa de los síntomas ligados a ansiedad, depresión y sensibilidad interpersonal, es decir, en aquellos síntomas más típicos de las mujeres maltratadas.
2. La construcción de la identidad será más elaborada en la etapa postratamiento, lo que quedará evidenciado en la aparición de constructos identitarios (relacionados con el Yo) de contenidos más positivos y menos discrepantes (menor contraste entre la construcción del yo y el yo ideal).
3. El tratamiento servirá para elaborar mejor el sistema de significados de la mujer, lo que quedará evidenciado en una mejor definición de su posición de yo en la rejilla. Los ejes que definen al Yo serán más explicativos (tendrán un mayor porcentaje de varianza explicada) y/o la

posición del yo será más relevante en el eje que mejor lo explique (la contribución relativa del elemento en el eje que mejor lo explique será más relevante).

Metodología

Muestra

La muestra consta de siete mujeres, todas residentes en la localidad de Lora del Río (Sevilla), una población rural de poco más de 18.000 habitantes, con un alto índice de paro y dónde las actividades económicas se centran en la agricultura y otras tareas agropecuarias. Todas ellas tienen un nivel socioeconómico bajo y la mayoría no ha cursado estudios más allá de la educación primaria. En general, los trabajos que desempeñan (o desempeñaron en el pasado) están asociados a la agricultura, puestos de bajo nivel en la restauración (camareras, cocineras) o la limpieza. Su edad media es de 38,14 años (Sd= 9,51 años).

Instrumentos y medidas

La sintomatología se evaluó con la Escala de Síntomas de Derogatis (*SCL-90-R*, Derogatis, 2002), el Inventario de Depresión de Beck (*IDB*, Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) y el Inventario de Ansiedad de Beck (*IAB*, Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988). La primera se utilizó porque permite una evaluación global y rápida de una amplia gama de síntomas, lo que permitirá conocer el rango general de estos. Está compuesta por 90 síntomas agrupados en nueve categorías: Somatización (SO), Obsesión-compulsión (OB), Sensibilidad Interpersonal (SIN), Depresión (DE), Ansiedad (AN), Miedo-Hostilidad (MH), Ideación paranoide (IP) y Psicoticismo (PS). Igualmente, proporciona

una valoración global de la sintomatología que presenta la cliente (GSI) y del número de síntomas que éste refiere (TSP). Las dos escalas de Beck se usaron como medio para realizar una evaluación convergente y específica de los dos tipos de síntomas más típicos en casos de maltrato (ansiedad y depresión). Ambas están compuestas por 21 ítems.

La rejilla utilizada constaba de 15 elementos y los constructos se generaron a través del procedimiento de comparaciones diádicas. Los elementos y el orden de comparaciones fueron igualados para toda la muestra. La rejilla fue corregida mediante el programa Record 4.0¹ (Feixas y Cornejo, 1996). Las medidas operativas elegidas para la rejilla se refieren todas a la identidad de la persona (aspectos autoreconocidos del yo) y son de carácter fundamentalmente cualitativo:

- a) El contenido y número de los constructos autodefinidores en los momentos de pre y post-tratamiento.
- b) El número de orden del eje que mejor explica al elemento yo en ambos momentos. El programa Record genera siempre 5 ejes explicativos ordenados en función del porcentaje de varianza explicada, cuanto mayor es el porcentaje explicado más relevante es dicho eje en el sistema de construcción del sujeto.
- c) La contribución relativa del elemento yo actual en el eje que mejor lo explica. La contribución relativa es el peso que un elemento tiene en la definición de un eje de significado, cuanto mayor sea, mayor es la importancia del elemento en el eje.

- d) La valoración idiográfica de la autoestima proporcionada por la rejilla (correlaciones entre los elementos yo, yo ideal y el elemento-contendor otros).

Dado que intentamos comprobar si se han producido cambios en la identidad de las mujeres, la valoración del elemento yo actual es fundamental. Si hay cambios en la autodefinición o relevancia de los indicadores de la rejilla en yo actual a lo largo de la terapia, se habrán producido cambios en la identidad. La autoestima, por su parte, es un indicador de la autovaloración del sujeto que indica hasta que punto la persona ve adecuada su identidad.

Procedimiento

La terapia suponía entre 12-15 sesiones de una hora, distribuidas de la siguiente forma:

- a) Sesión de elaboración de la demanda y aceptación del caso (sesión 1).
- b) Elaboración de la historia de vida y aplicación de instrumentos (sesiones 2-4).
- c) Entre las sesiones cuatro y once se desarrollaba la intervención terapéutica con la aplicación de técnicas constructivistas y sistémicas.
- d) Entre las sesiones nueve y once se vuelven a aplicar los instrumentos de evaluación.
- e) En la sesión doce (o última) se despide a la mujer y se efectúa una orientación hacia el futuro.

Análisis estadístico

Se utilizó la Prueba de Wilcoxon para comprobar las variaciones pre-postratamiento en las distintas escalas de síntomas (valor

1. El manual citado es el único publicado por los autores hasta la fecha, pero se puede tener acceso a la versión más actual del programa (4.0) en el portal electrónico www.terapiacognitiva.net

global del SCL-90-R, valores de cada una de las subescalas de esta prueba y resultados de los inventarios IDB e IAB). Esta prueba es la más adecuada para contrastar muestras pequeñas relacionadas.

Respecto a los indicadores de la rejilla, se detallan para cada mujer los contenidos de la autodefinición, número de orden del eje más relevante que explica el yo y contribución relativa del yo en dicho eje. No es posible hacer cálculos no paramétricos entre estos indicadores ya que los ejes de los que se extraen están definidos por conjuntos diferentes de constructos idiosincrásicos y no pueden ser contrastados numéricamente.

Resultados

Variación de síntomas

En la figura 1 se pueden observar las diferencias encontradas en la prueba de Wilcoxon entre las evaluaciones pre y postratamiento. Aparecen variaciones relevantes en los indicadores psicopatológicos: IAB, IDB, y en las subescalas de Sensibilidad

interpersonal (SIN), Ansiedad (AN), Psicoticismo (PS), Ideación Paranoide (IP) de la prueba de Derogatis, así como en el Índice Global de Síntomas (IGS) de la misma. Por tanto, se puede concluir que la terapia aplicada está produciendo efectos sobre la sintomatología ansiosa y depresiva y sobre la sensibilidad a los problemas y al juicio de los demás.

Indicadores de la rejilla

En la tabla 1 se pueden encontrar las variaciones observadas en las evaluaciones pre y postratamiento en los indicadores seleccionados de la rejilla. La tabla muestra los siguientes resultados para cada sujeto:

- El contenido y número de los constructos autodefinidos.
- El orden del eje que mejor define al elemento yo.
- La contribución relativa del elemento yo (CTR) al que eje que mejor define a éste elemento.
- Correlación yo-yo ideal.

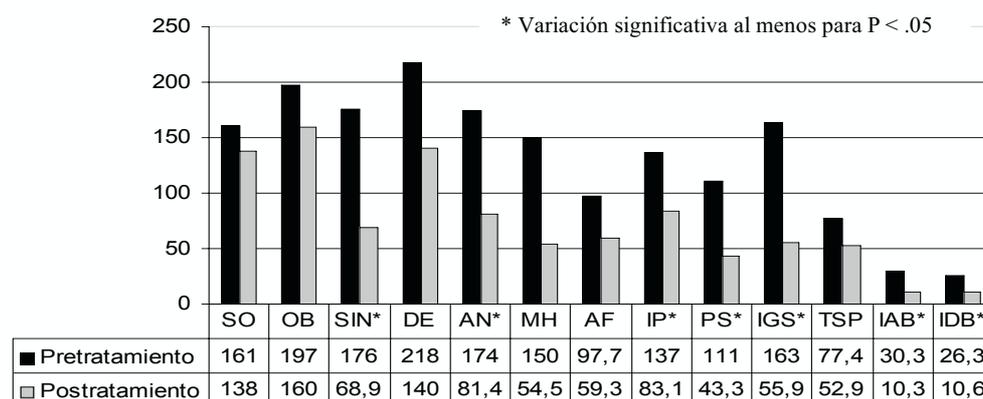


Figura 1. Indicadores de síntomas (* p< 0.5 en 12).

Tabla 1. Indicadores de la rejilla en las evaluaciones pre y post-tratamiento. En negrita las variaciones que marcan éxito terapéutico, en cursiva las variaciones de fracaso.

Resultados Pre-Tratamiento

Caso	Constructos autodefinidores (N)	Eje	CTR	R Yo-Ideal
1	Entrega, activo, responsable, apático, amistad (6)	1	65	-0.220
2	Inseguridad, desaborido, amargada (3)	1	93	0.181
3	Astucia, colaborador, ímpetu, sinceridad, inquietud, don de gentes (6)	4	58	0.331
4	Generoso, ayuda, responsable, apagado, honesto, fiel, hablador, cariñoso, bueno (9)	4	15	0.107
5	Fortaleza, saber estar, formal, ganas de vivir (4)	3	31	0.649
6	Honestidad, sencillo, carácter fuerte, libre de espíritu, simpatía, Comprensivo, dulzura, justo, educado, independiente (10)	1	75	0.755
7	(0)	1	15	0.273

Resultados Post-Tratamiento

Caso	Constructos autodefinidores (N)	Eje	CTR	R Yo-Ideal
1	Cariñoso, capillita (2)	1	43	0.254
2	(0)	1	64	0.499
3	<i>Impotencia, colaborador, responsabilidad, sinceridad (4)</i>	2	50	<i>-0.125</i>
4	Generoso, ayudar, responsable, ordenado , honestidad, fiel, hablador (7)	1	58	0.506
5	Formal, sensible, valiente (3)	2	55	0.384
6	<i>Honestidad, carácter fuerte, simpatía, comprensivo, justo, independiente (6)</i>	5	42	<i>0.180</i>
7	(0)	1	58	0.718

En la evaluación post-tratamiento se encuentran importantes cambios cualitativos:

- a) Aparecen constructos nuevos en cuatro casos (incluyendo una eliminación de constructos de contenido negativo).
- b) El valor ordinal del eje cambia en cuatro casos, en dos de ellos aumenta y en otros disminuye. En otros tres casos,

- permanece en el mismo nivel (eje 1).
- c) Para todas las mujeres en las que el valor del eje ha aumentado o se ha mantenido en el eje 1, la contribución relativa (CTR) del elemento yo al eje se ha incrementado o ha permanecido en valores altos.
- d) Las correlaciones que miden la autoestima (especialmente yo-ideal) han mejorado en cinco de los siete casos.

En la mujer 1 han cambiado radicalmente los contenidos de su autodefinición y ha mejorado, también de forma drástica, la correlación con su ideal (pasa de negativa a positiva). La mujer 2 ha cambiado de una autodefinición negativa a no definirse de esa forma (lo que constituye un cambio positivo) y ha mejorado sustancialmente la correlación con su ideal. En las mujeres 4, 5 y 7 se han incrementado el orden del eje que las auto-define y la contribución relativa, además de incrementarse la correlación yo-ideal.

Estos cinco casos pueden ser considerados éxitos terapéuticos, ya que al menos uno de los indicadores de tipo identitario ha mejorado. En tres de ellos, han mejorado todos.

En el caso de las mujeres 3 y 6, los cambios de todos los indicadores identitarios son negativos (los constructos pasan a contenidos negativos, se reduce el valor ordinal del eje, la contribución relativa y la correlación yo-ideal). Estos dos casos deben ser considerados, desde el punto de vista de los cambios en la identidad, fracasos terapéuticos.

No obstante, hay elementos de que pueden ayudar a entender estos resultados. En el caso de la mujer 6, la evaluación post-tratamiento se realizó en el momento en el que recibió una noticia sensible para ella: la infidelidad de su marido durante la relación con éste, lo que influyó en su valoración de sí misma en la segunda administración de la rejilla (se autovaloraba como estúpida por no haberse percatado de ello). En el caso de la mujer 3, estaba pendiente de un juicio respecto a un negocio compartido con su ex-pareja y, en el momento de la evaluación, se veía impotente para recuperarlo debido a trabas legales.

Por tanto, en cinco de los siete casos (71,42%) la intervención terapéutica ha producido cambios relevantes y positivos desde el punto de vista de la definición identitaria.

Discusión y conclusiones

Este ensayo clínico confirma la primera hipótesis planteada, la sintomatología de las mujeres maltratadas se ve reducida de forma estadísticamente significativa después de la terapia. De manera que hay datos que permiten avanzar que la terapia constructivista-sistémica es eficaz en la eliminación de la sintomatología asociada a la experiencia de maltrato. De hecho, las puntuaciones alcanzadas en las escalas del SCL-90-R por la media de las mujeres de la muestra en la evaluación postratamiento se sitúan en centiles inferiores a 50 en todos los casos utilizando el baremo de población psiquiátrica, salvo para miedo-hostilidad que permanece en el centil 60. Es decir, aún no obteniéndose diferencias significativas, la intensidad de la sintomatología se ha visto reducida. Para las escalas IAB e IDB, los valores del postratamiento caen por debajo de los puntos de corte de significación clínica.

Por otro lado, reducciones estadísticamente significativas se dan en los valores de los dos inventarios de Beck, así como en la ansiedad en la escala de Derogatis. Es decir, en la gama ansiosa-depresiva, sintomatología que según la literatura científica es la que se da con más frecuencia en casos de maltrato (Echeburúa y de Corral, 1998; Golding, 1999; Matud, 2004).

Otro dato relevante es la reducción significativa de los valores de la Sensibilidad Interpersonal de la escala de Derogatis. El contexto vital de estas mujeres (ambiente rural, la importancia del *qué dirán*, educación tradicional) y su situación personal (sentimientos de culpa, aislamiento social y dependencia del maltratador) son moduladores que explican que en estas mujeres se agudicen aun más los sentimientos de timidez y vergüenza, la tendencia a sentirse inferior a los

demás, la hipersensibilidad a las opiniones y actitudes ajenas y, en general, la incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales. Además, el ciclo de maltrato al que se han visto sometidos y el fracaso de su proyecto de pareja acentúan aun más estas tendencias (Buchbinder y Eisikovits, 2003; Echeburúa y de Corral, 1998). La reducción de la sensibilidad interpersonal es un claro indicador de mejoría ya que muestra que tienden a estar menos preocupadas por el juicio ajeno como elemento orientador de su conducta, que no se sienten inferiores y que la calidad de su relaciones con otros mejora.

También es relevante la disminución significativa de los valores en las subescalas de Ideación Paranoide y Psicoticismo de la prueba de Derogatis. Dada la intensidad del maltrato y el grado de deterioro personal en la mayor parte de los casos de la muestra, estas mujeres llegaron a terapia con un alto grado de suspicacia (no sabían a quien confiar su situación, suponían que no se les iba a creer, se sentían continuamente perseguidas por su agresor y experimentaban una fuerte hostilidad ante éste), por lo que los síntomas de tipo autorreferencial o paranoide cumplían un gran papel en la definición del cuadro inicial. Se sabe que a través de la violencia el agresor quiere perpetuar e incrementar un *status quo* de desigualdad (Jacobson y Gottman, 1998), lo que produce en la víctima un claro temor autorreferencial a perder la autonomía y el control de sí misma. Los resultados indican que la terapia reduce también esta clase de síntomas proporcionando a las mujeres estrategias para fomentar la autoconfianza (Friedlander, Escudero y Heatherington, 2006; Garrido y García-Cubillana, 2000). Estas mujeres necesitan nuevas armas para enfrentarse y/o escapar al abuso, así como entrenamiento terapéutico para que se fomenten estrategias de afrontamiento ante la

gravedad de la situación y respuestas ante el abuso (Dutton, 1992). Este mismo argumento es válido para explicar la reducción de los valores de Psicoticismo, la terapia fomenta un mayor sentido de su integración social y se sienten menos alienadas y menos *extrañas* o diferentes.

Las hipótesis 2 y 3 (el tratamiento produce cambios cualitativos que pueden concretarse en los distintos indicadores de la rejilla) también se han visto confirmadas. El estudio de los diferentes casos indica que, aunque no en todos ellos se producen los mismos cambios, éstos si son representativos de una modificación notable de los sistemas personales de adscripción de significado (Neimeyer, 1987).

Por tanto, las conclusiones que defendemos son las siguientes:

- a) El modelo de terapia sistémico-constructivista resulta eficaz como formato de terapia breve en casos de maltrato o violencia de género.
- b) El contenido de la autodefinición tiende hacia una valoración más positiva al finalizar la terapia, bien por una mera rotación del polo del constructo o por la aplicación de constructos nuevos. La segunda posibilidad (cuatro casos) apunta a una definición más precisa y más centrada en la autorregulación de la conducta.
- c) El valor ordinal del eje que define al yo se mantiene o mejora (cinco de los siete casos), lo que indica la sensibilidad de este indicador como forma de determinar la mayor relevancia dada a la propia identidad dentro del sistema de constructos.
- d) El valor de la contribución relativa del elemento yo en el eje que mejor lo define, mejora en tres de los casos; precisamente

en aquellos que consiguen una mejora del eje o que no habían definido contenidos positivos del yo. Es decir, este indicador muestra los cambios terapéuticos más relevantes, especialmente si va acompañado de un cambio de eje, por lo que parece ser también un indicador a estudiar en el futuro para detectar los cambios en la definición de la identidad de las personas que han seguido una psicoterapia.

- e) En general, la autoestima valorada ideográficamente desde la rejilla mejora (cinco de los siete casos). Es un indicador general del cambio de la autoaceptación del sujeto y, en términos de resultados, el más claro de los que hemos utilizado en este estudio.

Para finalizar, es necesario reconocer las limitaciones de este trabajo. Por un lado es necesario ampliar la muestra y contrastar la eficacia del formato de intervención propuesto con algún tipo de grupo control (otra modalidad de terapia, un grupo de autoayuda) o, al menos, con mujeres en lista de espera. Esperamos disponer de muestras mayores en el futuro que nos permitan realizar estas mejoras, especialmente para delimitar mejor la relevancia de los cambios de eje y las contribuciones relativas como indicadores de cambios en la identidad del sujeto.

Por otro lado, el estudio de mujeres maltratadas de extracción rural debe desarrollarse más, puesto que es muy probable que existan diferencias con muestras urbanas, especialmente en el contenido ideológico e identitario, por lo que las terapias que plantean un uso directo de los presupuestos y contenidos personales –como las terapias de orientación constructivista– pueden ser especialmente útiles en este campo.

Por último, hay que señalar que la mayoría de estas mujeres no disponen de

recursos económicos que les faciliten el alejamiento de su agresor, por lo que la variable económica es otra dificultad añadida, y no menor, en su proceso de rehabilitación personal. Por ello es necesario indicar que las terapias en casos de maltrato no pueden ser totalmente eficaces sin programas sociales que permitan la reinserción laboral o que proporcionen apoyos claros a las víctimas, puesto que una intervención únicamente terapéutica no puede paliar indirectamente problemas o déficit de carácter social o económico. Además habría que atender al grado de cronificación de la situación de maltrato a la hora de plantear la intervención, puesto que es muy probable que el significado que la mujer otorgue al maltrato esté muy ligado a ello.

Referencias

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York: Guilford Express (Traducido al castellano en Bilbao por Desclée de Brower, 1983).
- Beck, A.T., Brown, G., Epstein, N. y Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Buchbinder, E. y Eisikovits, Z. (2003). Battered women's entrapment in shame. A phenomenological study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, 355-366.
- Corsí, J. y Peyrú, G.M. (2003). Las violencias sociales. En J. Corsí y G.M. Peyrú (Coords.), *Violencias sociales* (págs. 15-80). Barcelona: Ariel.
- Derogatis, L.R. (2002). *Cuestionario de 90 Síntomas (Symptoms Check List 90, versión española de González de Rivera)*. Madrid: TEA.

- Dutton, M.A. (1992). *Empowering and healing the battered women*. Nueva York: Springer.
- Echeburúa, E. y del Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Feixas, G. y Cornejo, J.M. (1996). *Manual de la técnica de la rejilla mediante el programa Record*. Barcelona: Paidós.
- Fischbach, R.L. y Herbert, B. (1997). Domestic violence and mental health: correlates and conundrums within and across cultures. *Social Science and Medicine*, 45,
- Friedlander, M.L., Escudero, V. y Heatherington, L. (2006). *Therapeutic alliances in couple and family therapy. An empirically informed guide to practice*. Washington, DC: APA.
- García-Martínez, J. (2004). Intervención en casos de maltrato a través de técnicas narrativas. Ponencia presentada en el *Symposium Nacional sobre Maltrato Psicológico*. Granada, 14-16 de abril.
- Garrido, M. y García-Cubillana, P. (2000). Aportaciones de los Modelos Sistémicos para a comprensión de la Violencia Familiar. En C. Pérez-Testor y E. Alomar (Comps.), *Violencia y familia*. Barcelona:
- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14, 99-132.
- Harter, S.L. y Neimeyer, R.A. (1995). Long-term effects of child sexual abuse: Toward a constructivist theory of trauma and its treatment. En G.J. Neimeyer y R.A. Neimeyer (Eds.), *Advances in Personal Constructs Psychology (Vol. 3)* (págs. 229-269). Greenwich, Co: JAI Press.
- Herranz, L. y Rodríguez, L. (2002) *Violencia contra las mujeres. Manual de Formación*. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer.
- Heise, L. y Garcia Moreno, C. (2002). *Violence by intimate partners*. En E.G. Krug, L.L. Dahlberg, J. A. Mercy, A.B. Zwi y R. Lozano (Eds.), *World Report on Violence and Health*. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud.
- Jacobson, N.S. y Gottman, J. (1998). *When men battered women*. Nueva Cork: Simon & Schuster (Edición en castellano: *Hombres que agreden a sus mujeres*. Barcelona: Paidós, 2001).
- Keskinen, S. (2004). Between Abstract Individualism and Gendered Lives: Negotiating Abused Women's Agency and Identity in Therapy. En A. Lieblich, D.P. McAdams y R. Josselson, Ruthellen (Eds.), *Healing plots: The narrative basis of psychotherapy* (págs. 67-87). Washington, DC: APA.
- Koss, M.P., Koss, P.G. y Woodruff, W.J. (1991). Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Archives of Internal Medicine*, 151, 342-347.
- Matud, M.P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 16, 397-401.
- Matud, M.P., Padilla, V. y Gutiérrez, M.N. (2005). *Mujeres maltratadas por su pareja. Guía de tratamiento psicológico*. Madrid: Minerva.
- Neimeyer, R.A. (1987). Personal construct therapy. En W. Dryden y W. Golden (Eds.), *Cognitive-behavioral approaches to psychotherapy*. Londres: Harper and Row.
- Neimeyer, R.A. (2000). *Lessons of loss: A guide to coping*. Keystone Heights, FL: Psychological Educational Resources (Traducción al castellano: *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós, 2002).

- Orava, T.A., McLeod, P.J. y Sharpe, D. (1996). Perceptions of control, depressive symptomatology, and self-esteem in women in transition from abusive relationships. *Journal of Family Violence, 11*, 167-186.
- Roberts, G.L., Lawrence, J.M., Williams, G.M. y Raphael, B. (1998). The impact of domestic violence on women's mental health. *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 22*, 56-61.
- Sewell, K.W. (1997). Posttraumatic stress: towards a constructivist model of psychotherapy. En G.J. Neimeyer y R.A. Neimeyer (Eds.), *Advances in Personal Constructs Psychology (Vol. 4)* (págs. 207-235). Greenwich, CT: JAI Press.
- Velázquez, S. (2003). *Violencias cotidianas, violencia de género. Escuchar, comprender, y ayudar*. Buenos Aires: Paidós.
- Walker, L. (1994). *Abused women and survivor therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Winter D. (1992). *Personal Construct Psychology in clinical practice*. Londres: Routledge and Kegan Paul.