

Trastorno por estrés postraumático y su relación con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres maltratadas

Esther Calvete, Ana Estévez y Susana Corral
Universidad de Deusto

Este estudio evaluó la asociación entre síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático (TEP) y esquemas cognitivos disfuncionales en víctimas de violencia por parte de la pareja. En el estudio participaron 114 mujeres atendidas por servicios especializados para víctimas, las cuales completaron medidas de agresión física, abuso sexual, abuso psicológico, TEP y esquemas cognitivos. Los resultados mostraron que el 67.54% de las mujeres cumplían criterios para diagnóstico de TEP. Estas mujeres puntuaron más alto en esquemas cognitivos con contenidos referentes al abuso, vulnerabilidad al daño, imperfección, culpa, apego, abandono y dependencia. Un modelo de ecuaciones estructurales mostró que la asociación entre violencia y esquemas cognitivos estaba completamente mediada por la presencia de síntomas de TEP. Finalmente, se discutieron las implicaciones clínicas de estos resultados.

Posttraumatic Stress Disorder and its relationship with negative cognitive schemas in battered women. This study assessed the association between Posttraumatic Stress Disorder symptoms (PTSD) and maladaptive cognitive schemas among intimate partner violence victims. The sample comprised 114 women from specialized services for victims, who completed measures of physical aggression, sexual abuse, psychological abuse, PTSD, and cognitive schemas. Results showed that 67.54% of women met the diagnostic criteria of PTSD. These women endorsed higher levels of schemas related to mistrust/abuse, vulnerability to harm, defectiveness, shame, enmeshment, abandonment and dependence. A structural equation model showed that the relationship between violence and cognitive schemas was fully mediated by the PTSD symptoms. Finally, the clinical implications of the results are discussed.

Un importante porcentaje de las mujeres que sufren violencia por parte de su pareja (entre el 33% y el 84%, aproximadamente) desarrollan Trastorno por Estrés Postraumático (e.g., Arias y Pape, 1999; Echeburua, Corral, Amor, Zubizarreta, y Sarasua, 1997; Jones, Hughes, y Unterstaller, 2001). El Trastorno por Estrés Postraumático (TEP) incluye síntomas tales como recuerdos estresantes intrusivos, pesadillas, insomnio y evitación de actividades, los cuales causan un importante deterioro en la calidad de vida de las personas que lo padecen (DSM-IV-TR, APA, 2002).

Cada vez más estudios ponen de relevancia la importancia de las variables cognitivas en relación con la violencia contra las mujeres en general (Ferrer Pérez, Bosch Fiol, Ramis Palmer, Torres Espinosa, y Navarro Guzmán, 2006) y, más en particular, como factor que contribuye al mantenimiento del TEP (Kubany, Hill y Owens, 2003; Miguel-Tobal, González Ordi, y López Ortega, 2000). Por ejemplo, Kubany et al. (2003) destacan el rol que el autodiálogo negativo de la víctima, tal como «fue mi culpa» o «no valgo para nada», desempeña en el TEP. Según dichos autores, el autodiálogo negativo afectaría negativamente al bienestar psicológico de la víctima, y adquiriría propiedades de estímulo condicio-

nado, al asociarse a las imágenes y recuerdos del trauma, contribuyendo así a bloquear el proceso natural de extinción emocional.

Por otra parte, el autodiálogo se considera el producto de esquemas cognitivos más profundos (Segal, 1988). Muchas teorías sobre el trauma proponen que los acontecimientos traumáticos afectarían también al sistema de esquemas de las víctimas (Janoff-Bulman, 2004), a pesar de que éstos se consideran profundos, incondicionales y relativamente duraderos (Segal, 1988; Young, 1999). Por ejemplo, Foa y Rothbaum (1998) sugirieron el desarrollo de dos repertorios de esquemas en torno al trauma: el primero centrado en una concepción del mundo como completamente peligroso y el segundo centrado en una visión de una misma como completamente inepta.

Más concretamente, en relación con la violencia por parte de la pareja, algunos estudios han revelado que las experiencias de maltrato y de violencia podrían afectar a las cogniciones de la víctima (Arias y Pape, 1999; Dutton, Burghart, Perrin, Chrestman, y Halle, 1994). En particular, la experiencia de violencia puede ser particularmente dañina para los esquemas relacionados con la autovalía y la autoeficacia (McCann, Sakheim, y Abrahamson, 1988). De hecho, cuando la víctima sufre una experiencia prolongada de maltrato por parte de su pareja, sus pensamientos sobre sí misma y su autoestima pueden llegar a ser extremadamente negativos, aumentando el riesgo de aparición de depresión (Aguilar y Nightingale, 1994; Barnett, 2001).

Como apoyo a esta idea, un estudio reciente demostró que varios esquemas disfuncionales actuaban como mediadores entre la

violencia por parte de la pareja y la depresión (Calvete, Estévez, y Corral, 2007). Estos esquemas pertenecían al dominio de Desconexión y Rechazo y al de Autonomía Deteriorada del modelo de Terapia centrada en los Esquemas (Young, 1999). El dominio de Desconexión y Rechazo incluye esquemas cognitivos que suponen la expectativa de que las necesidades de seguridad, aceptación y respeto no serán cubiertas por los demás. El dominio de Autonomía Deteriorada, por su parte, consiste en una visión negativa de una misma en cuanto a la capacidad para funcionar autónomamente.

Sin embargo, aunque resultados como los anteriores apoyan la presencia de esquemas inadaptados entre las víctimas de violencia doméstica, se han realizado relativamente pocos estudios con el fin de evaluar en qué medida esta presencia de esquemas está explicada por el TEP (e.g., Kubany et al., 2003). Por otra parte, a pesar de la evidencia de que las cogniciones juegan un papel importante en el mantenimiento del TEP, no hay acuerdo acerca de qué cogniciones específicas podrían estar involucradas (Miguel-Tobal et al., 2000).

El objetivo de este estudio fue evaluar la relación entre síntomas de TEP y esquemas cognitivos negativos en mujeres maltratadas. Este objetivo general implicó a su vez identificar qué esquemas cognitivos se asociaban al TEP y evaluar si el TEP mediaba la relación entre la experiencia de violencia y los esquemas cognitivos. Se partió de las hipótesis de que las mujeres con TEP puntuarían más alto en esquemas negativos y de que los síntomas en TEP mediarían entre la experiencia de violencia y dichos esquemas.

Método

Participantes

Participaron 119 mujeres que recibían tratamiento en servicios especializados para víctimas de violencia doméstica severa (hogares de acogida y otros centros especializados). Los datos de cinco de las mujeres fueron eliminados ya que no completaron todas las medidas del estudio. La media de edad de las mujeres fue 39.23 años (DT= 11.81). El 45.4% estaban separadas o divorciadas, el 33.4% estaban casadas, el 6.7% convivían con sus parejas, el 13.6% de las mujeres estaban solteras y el 0.9% eran viudas. En cuanto a formación, el 41.5% tenían estudios primarios, el 34.7% estudios secundarios, el 15.3% estudios universitarios y el 8.5% no tenían estudios. Con respecto de la situación laboral, el 61.1% eran trabajadoras en activo, el 18.6% amas de casa y el 18.6% desempleadas. El 41.2% de las mujeres mantenían una relación de pareja a la que se refirieron a la hora de contestar los cuestionarios y el 58.8% de las mujeres afirmaron haber finalizado la relación íntima a la que se refirieron al contestar.

Instrumentos

La violencia contra las mujeres puede adoptar múltiples modalidades (Fontanil et al., 2005), por lo que se incluyeron varios tipos de violencia. La agresión física y el abuso sexual se evaluaron a través de las escalas de Agresión física y Coerción sexual de las *Escalas Revisadas de Tácticas en Conflictos* (CTS2; Straus, Hamby, Boney-McCoy, y Sugarman, 1996). El CTS2 es la medida más utilizada para evaluar la violencia en las relaciones de pareja. Las participantes manifestaron la frecuencia de actos de vio-

lencia que sus parejas les habían infringido. La escala de Agresión física se refiere al uso de la violencia física para manejar los conflictos y la escala de Coerción sexual evalúa el uso de la coerción para forzar a la pareja a tomar parte en una actividad sexual no deseada. El formato de respuesta es 1 (*una vez el año pasado*), 2 (*dos veces el año pasado*), 3 (*3-5 veces el año pasado*), 4 (*6-10 veces el año pasado*), 5 (*11-20 veces el año pasado*), 6 (*más de 20 veces el año pasado*), 7 (*nunca el año pasado pero sí antes*), y 0 (*nunca ha ocurrido*). En este estudio se calculó la frecuencia anual, la cual representa el número de ocasiones en que los actos de una escala han ocurrido. La frecuencia anual se obtiene a través de la suma de la puntuación intermedia en cada una de las categorías de respuestas (0= 0, 1= 1, 2= 2, 3= 4, 4= 8, 5= 15 y 6= 25) y se recodifica el 7 como 0 (Straus et al., 1996). La versión en castellano del CTS2 ha mostrado una excelente consistencia interna en las escalas y se ha confirmado su estructura factorial (Calvete, Corral, y Estévez, en prensa). En este estudio, los coeficientes alpha han sido .94 y .86 para agresión física y coerción sexual, respectivamente.

Para evaluar el Abuso psicológico se utilizó el *Inventario de Abuso Psicológico en Relaciones de Pareja* (IAPRP; Calvete, Corral, y Estévez, 2005). El IAPRP está basado en las recomendaciones publicadas por el Centro Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades de Estados Unidos, que promueven la consistencia en cuanto a terminología y recogida de datos relacionada con la violencia en las relaciones de pareja. Incluye 17 actos abusivos, emplea el mismo formato de respuesta que el CTS2 y cuenta con una adecuada validez y consistencia interna (Calvete, Corral et al., 2005). En este estudio, el coeficiente alpha fue .94.

Los esquemas disfuncionales fueron evaluados por el Cuestionario de Esquemas-Forma Abreviada (SQ-SF, Young y Brown, 1994). El SQ-SF consiste en 75 ítems y evalúa 15 esquemas disfuncionales. Cada una de las escalas consta de 5 ítems y el formato de respuesta es el siguiente: 1= *Totalmente falso*, 2= *la mayoría de las veces falso*, 3= *más falso que verdadero*, 4= *en ocasiones verdadero*, 5= *la mayoría de las veces verdadero*, y 6= *me describe perfectamente*. En este estudio el SQ-SF se utilizó para evaluar únicamente los dominios de Desconexión y Rechazo y Autonomía Deteriorada, dado que un estudio previo había mostrado que éstos eran dominantes entre las víctimas de la violencia (Calvete et al., 2007). El dominio de Desconexión y Rechazo incluye los esquemas de Abandono, Privación emocional, Abuso, Aislamiento social e Imperfección/Culpa. El esquema de Abandono se basa en la creencia de que los otros le abandonarán. Privación emocional incluye la creencia que las necesidades emocionales de la persona no serán adecuadamente satisfechas por otras personas. Abuso describe la expectativa de que las otras personas abusarán, humillarán, mentirán o se aprovecharán, y la creencia de que el daño es intencional. Aislamiento social se refiere al sentimiento de que una se siente aislada del resto del mundo. Imperfección o Culpa describe el sentimiento de que una es internamente defectuosa, o no válida en aspectos importantes de la vida.

El segundo dominio incluye esquemas como el de Dependencia, Vulnerabilidad al daño, Apego y Fracaso. Dependencia o Incompetencia consiste en la creencia de que una no es capaz de afrontar las responsabilidades cotidianas de una manera competente sin la ayuda de otras personas. Vulnerabilidad al daño implica un miedo exagerado de que en cualquier momento tenga lu-

gar un ataque y/o desastre y que no se pueda hacer nada para prevenir esta situación. Apego consiste en un excesivo vínculo emocional con las personas significativas. Fracaso describe la creencia de que una ha fallado, que fracasará inevitablemente, o que es una persona fundamentalmente inadecuada en comparación con los otros/as.

La versión española del SQ-SF ha mostrado buenas propiedades psicométricas, con la confirmación de la estructura factorial y coeficientes alpha adecuados para las escalas (Calvete, Estévez, López de Arroyabe, y Ruiz, 2005). En este estudio, los coeficientes alpha fueron .86, y .90 para Desconexión y Rechazo y Autonomía Deteriorada, respectivamente.

Para evaluar síntomas de estrés postraumático se utilizó la *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático* (Echeburua et al., 1997). Esta escala consta de 17 ítems, basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV, y sirve para evaluar los síntomas de este cuadro clínico en víctimas de sucesos traumáticos. Está estructurada en un formato de respuesta tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas. 5 ítems hacen referencia a los síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 5 a la hiperactivación. El rango es de 0 a 15 en la subescala de reexperimentación; de 0 a 21 en la de evitación; y de 0 a 15 en la de hiperactivación. Cuenta además con una subescala complementaria de Manifestaciones Somáticas de la Ansiedad con la misma estructura (rango: 0-39), que se compone de 13 ítems y que puede ayudar a diferenciar entre distintos tipos de víctimas y a orientar al terapeuta en la elección de estrategias terapéuticas. Echeburua et al. (1997) encontraron un coeficiente de fiabilidad test-retest de .89 y un coeficiente alfa de .92. Se requiere la presencia de al menos un síntoma de reexperimentación, tres de evitación y dos en hiperactivación para el criterio de TEP. Por otra parte, estos síntomas deben prolongarse más de un mes y provocar un malestar clínico significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la vida cotidiana de la persona. La validez de contenido de esta escala, que abarca el 100% del contenido de los criterios diagnósticos del DSM-IV, puede considerarse totalmente satisfactoria.

En cuanto a la gravedad, el punto de corte propuesto para la escala global es de 15, y los puntos de corte para las subescalas parciales son 5, 6 y 4, respectivamente, para reexperimentación, evitación e hiperactivación. En el presente estudio los coeficientes alpha fueron .92 y .90 para la Escala de Gravedad de Síntomas del TEP y para la subescala de Manifestaciones Somáticas de la Ansiedad, respectivamente.

Procedimiento

Las participantes contestaron las pruebas en una sesión de aproximadamente 50-60 minutos. La recogida de datos se realizó de manera individual y siempre a través de un/a profesional de la salud mental perteneciente a la entidad. Antes de contestar los cuestionarios, las mujeres leían un formulario de consentimiento informado en el que se les explicaban las condiciones de participación en el estudio (voluntaria, confidencial y anónima), los riesgos (por ejemplo, el sufrimiento que podían experimentar al recordar sucesos dolorosos de su vida) y los beneficios (ampliar conocimientos sobre el problema de la violencia). También se les proporcionaba la dirección y teléfono de contacto de las investigadoras para cualquier aclaración o información adicional.

Resultados

Diferencias en esquemas cognitivos para grupos de interés clínico

77 mujeres (67.54%) cumplieron los criterios para el diagnóstico de TEP según la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático. Además, todas las mujeres que no llegaron al punto de corte (las 37 mujeres restantes) puntuaron al menos en un síntoma de TEP y presentaron una puntuación media de 13.78 ($DT= 5.92$) en la escala.

La tabla 1 muestra las puntuaciones en violencia experimentada y en esquemas cognitivos para ambos grupos de mujeres. Las pruebas *t* indicaron que las mujeres con TEP puntuaban significativamente más alto en todas las variables, excepto en abuso psicológico y en los esquemas de Fracaso y Privación emocional. Se calculó el tamaño del efecto (*d*) siguiendo las orientaciones de Cohen (1988). Según dichos criterios, las diferencias fueron moderadas, excepto para los esquemas de Abuso y Vulnerabilidad al daño, que fueron altas.

Modelo mediacional

Empleamos modelado de ecuaciones estructurales (Método máxima verosimilitud, programa LISREL 8.52) para evaluar si los síntomas de estrés postraumático mediaban estadísticamente la asociación entre violencia y esquemas cognitivos. Dado el solapamiento entre tipos de violencia, se decidió emplear una sola variable latente «Violencia» que integraba el abuso físico, psicológico y sexual. Asimismo, los análisis se basaron en el dominio de Desconexión y Rechazo y de Autonomía Deteriorada. Se emplearon dos mitades aleatorias como indicadores para todas las variables latentes del modelo, excepto para violencia, que se basó en las medidas de los tres tipos de violencia (física, psicológica y sexual), siguiendo procedimientos ampliamente utilizados para modelado de ecuaciones estructurales (Jöreskog y Sörbom, 2001). De esta manera, se empleó un total de 9 indicadores para medir el modelo estructural teórico. En este modelo propusimos que la violencia estaría positivamente asociada con los síntomas de estrés pos-

Tabla 1
Diferencias entre mujeres diagnosticadas y no diagnosticadas con TEP

	No TEP, N = 37		TEP, N = 77		t	d
	M	DT	M	DT		
Agresión física	27.84	38.70	53.68	72.27	-2.48*	-0.41
Abuso sexual	7.61	10.71	25.56	36.50	-3.97**	-0.59
Abuso psicológico	123.73	103.45	160.62	117.58	-1.70	-0.33
Privación emocional	16.27	7.4	17.46	6.93	-.87	-0.17
Abandono	13.81	5.43	17.4	6.77	-2.83*	-0.56
Abuso	10.46	4.03	14.76	5.43	-4.3**	-0.86
Imperfección/Culpa	8.68	3.35	11.89	6.32	-2.91*	-0.58
Fracaso	11.08	5.19	12.91	7.01	-1.42	-0.28
Dependencia	9.97	4.45	12.69	5.97	-2.46*	-0.49
Vulnerabilidad al daño	11.65	5.84	16.01	5.8	-3.78**	-0.75
Apego	9.86	4.61	12.45	5.54	-2.45*	-0.49
Aislamiento social	14.32	6.09	17.21	6.58	-2.26	-0.38

* $p < .05$; ** $p < .001$

traumático, y éstos a su vez con los esquemas de los dominios de Desconexión y Rechazo y de Autonomía deteriorada.

Siguiendo las recomendaciones de varios autores (e.g., Hu y Bentler, 1998; MacCallum y Hong, 1997), evaluamos el ajuste del modelo mediante el CFI (Comparative Fit Index), el NNFI (Non-Normed Fit Index) y el RMSEA (Root Mean Squared Error of Approximation). En general, se considera que los valores de .90 o superiores para el NNFI y el CFI reflejan un buen ajuste y que un valor en torno a .05 para el RMSEA refleja un buen ajuste del modelo en relación con sus grados de libertad, mientras que valores RMSEA de hasta .08 reflejan un error razonable en la estimación. Según estos criterios, el modelo estimado mostró un excelente ajuste, $\chi^2(21, N= 114)= 31.62$, RMSEA= .06, CFI= .98, NNFI= .96.

La figura 1 representa la asociación entre las experiencias de violencia, los síntomas de TEP y los esquemas de ambos dominios. Tal y como puede observarse, la violencia se asoció significativamente con los síntomas de TEP y éstos con los esquemas cognitivos. Para demostrar la significación de la mediación, empleamos el test de Sobel (1982). Los resultados de este test indicaron que el TEP mediaba significativamente entre la violencia y los esquemas del dominio de Desconexión y Rechazo ($z= 2.41$, $p<.01$), y entre la violencia y los esquemas del dominio de Autonomía Deteriorada ($z= 2.43$, $p<.01$).

Aunque los coeficientes de asociación directa entre violencia y esquemas cognitivos no fueron estadísticamente significativos, realizamos un procedimiento formal para comprobar si la mediación era parcial o completa. En primer lugar comparamos un modelo completamente mediado para el dominio de Desconexión y Rechazo, en el que la asociación entre violencia y este dominio de esquemas era fijada a 0, con un modelo parcialmente mediado, en el que dicha asociación se estimó libremente. Si el valor de χ^2 es significativamente mayor para el modelo constreñido, el modelo de mediación parcial explica mejor los datos que el modelo de mediación total (Holmbeck, 1997). Al fijar a 0 la asociación directa, χ^2 no aumentó significativamente, $\Delta \chi^2(1, N= 114)= 1.78$, *ns*, indicando que el estrés postraumático mediaba completamente la asociación entre violencia y el dominio de Desconexión y Recha-

zo. A continuación, empleamos un procedimiento similar para evaluar si la mediación para el dominio de Autonomía Deteriorada era parcial o completa. En este caso el aumento de χ^2 tampoco fue significativo, $\Delta \chi^2(1, N= 114)= 0.31$, *ns*.

Discusión y conclusiones

En este estudio evaluamos la relación entre el Trastorno por Estrés Postraumático y las cogniciones en mujeres víctimas de violencia por parte de sus parejas. Los resultados mostraron que las mujeres con criterios diagnósticos para TEP, en comparación con las que no reunían estos criterios, puntuaban más alto en numerosos esquemas cognitivos de los dominios de Desconexión y Rechazo y de Autonomía deteriorada del modelo de Terapia Centrada en los Esquemas de Young (1999). En particular, las mayores diferencias se observaron para los esquemas de Abuso y de Vulnerabilidad al daño. El esquema de Abuso implica la creencia de que las demás personas dañarán y abusarán de la víctima de una forma intencional. Parece lógico que experimentar abuso por parte de una de las personas más importantes de la vida de una mujer, su pareja, la lleve a esta forma de pensar. Según Young, este esquema es característico de personas que vivieron situaciones de abuso y negligencia en la infancia (Young, 1999), pero los datos de este y otros estudios sugieren que el esquema de Abuso puede desarrollarse, o al menos activarse, como consecuencia del maltrato experimentado en la vida adulta. Además, el contenido de este esquema es coincidente en parte con las cogniciones descritas como características del trauma (Dansky, Roth, y Kronenberger, 1990; Foa y Rothbaum, 1998). Por ejemplo, Dansky et al. (1990) propusieron varios esquemas negativos como consecuencia del trauma, tales como la maldad del mundo y la falta de honestidad de las demás personas.

El segundo esquema para el que encontramos grandes diferencias en función del criterio de TEP fue el de Vulnerabilidad al daño. El elevado sentido de «amenaza» ha sido subrayado frecuentemente como característico en las personas con TEP (Jones et al., 2001; Kemp, Green, Hovanitz, y Rawlings, 1995). La presencia de

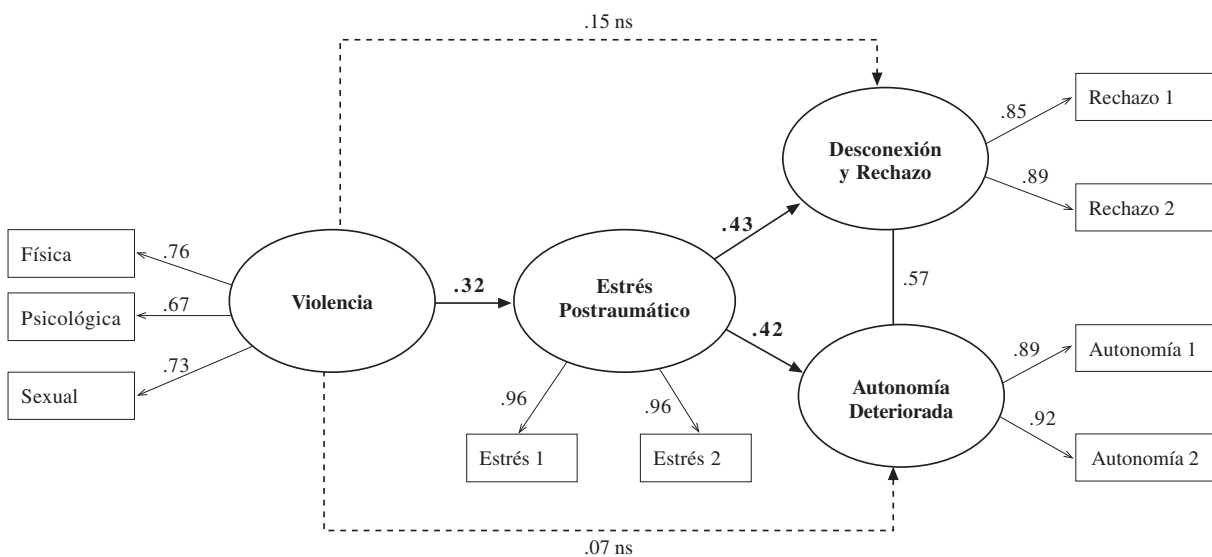


Figura 1. Modelo estructural estimado de la asociación entre violencia, síntomas de estrés postraumático y esquemas cognitivos. Nota. Todos los coeficientes son estadísticamente significativos excepto aquellos indicados como tales (ns)

este esquema explicaría además los elevados síntomas de activación y ansiedad entre las víctimas y contribuiría a la resistencia a la extinción del trastorno.

Aunque las diferencias fueron menores, las mujeres con TEP también puntuaron más alto en los esquemas de Abandono, Imperfección/Culpa, Dependencia, Apego y Aislamiento social. El esquema de Imperfección/Culpa incluye contenidos muy cercanos a los sentimientos de culpa y vergüenza tan habitualmente encontrados entre las víctimas de maltrato (Dutton et al., 1994; Kubany et al., 2003; Kubany y Watson, 2003). Los esquemas de Dependencia y Apego denotan un vínculo intenso con otra persona, a menudo con el maltratador, de quien se depende para actividades importantes de la vida, así como para dar sentido a la propia esfera emocional. Este aspecto ha sido descrito en detalle por Herman (1992), quien detalló la forma en que el maltratador, a través de la aplicación sistemática y repetitiva de trauma, destruye el sentido de sí misma de la víctima en relación con los demás, daña su autonomía y promueve un vínculo patológico con el maltratador. Este proceso generalmente va acompañado del aislamiento a que es sometida la víctima por parte de éste.

Por otra parte, los datos del estudio nos han permitido demostrar que, al menos desde el punto de vista estadístico, la presencia de los esquemas cognitivos negativos está explicada por el TEP. El modelo estructural mostró que los síntomas de TEP mediaban totalmente la asociación entre violencia y los esquemas cognitivos pertenecientes al dominio de Desconexión y Rechazo y de Autonomía deteriorada. La existencia de TEP explicaría, por tanto, las cogniciones negativas que se han encontrado entre las víctimas de la violencia, tanto en éste como en estudios previos (Arias y Pape, 1999; Dutton et al., 1994; Calvete et al., 2007). Los esquemas cognitivos se consideran como estructuras relativamente rígidas y persistentes a lo largo de los años, pero el trauma puede producir cambios en los mismos. Este cambio en la forma en que las víctimas se ven a sí mismas y al mundo ha sido descrito como «transformación de significado» por Janoff-Bulban (2004). Siguiendo a esta autora, el trauma produce una desconfirmación masiva de las expectativas de la víctima, ya que sus supuestos y creencias previas no pueden dar cuenta de la experiencia traumática y se presentan como inadecuadas para entender su nueva realidad postrauma.

Aunque el objetivo de este estudio no fue evaluar qué tipo de maltrato estaba más vinculado al desarrollo del TEP, los datos obtenidos muestran que la mayor presencia de abuso sexual, seguida de maltrato físico, era un rasgo distintivo de las mujeres con criterio diagnóstico para TEP. Esto es coherente con los resultados obtenidos en otras investigaciones (e.g., Jones et al., 2001; Kemp et

al., 1995), si bien debe tomarse con precaución dado el elevado solapamiento entre tipos de maltrato (Matud Aznar, 2004).

Este estudio cuenta con algunas limitaciones, entre las que destacan las siguientes. En primer lugar, la naturaleza transversal del estudio impidió demostrar causalidad entre las variables. Es decir, los síntomas de TEP pudieron mediar entre la violencia y los esquemas cognitivos pero, alternativamente, los esquemas cognitivos pudieron ser previos al desarrollo de TEP. Asimismo, los esquemas cognitivos y los síntomas de TEP evaluados podrían formar parte de un mismo fenómeno, más que constituir entidades separadas.¹ En segundo lugar, el tamaño de la muestra fue relativamente modesto, si bien se intentó en parte subsanar este aspecto utilizando un número muy pequeño de indicadores en el modelo estructural. Por otra parte, a pesar de su tamaño restringido, la muestra puede considerarse valiosa dada su especificidad y relevancia clínica. La tercera limitación se refiere a que en este estudio no evaluamos la ocurrencia de abuso en la infancia (o pasado en general) de las participantes, el cual puede aumentar el riesgo de traumatización futura y además podría contribuir a explicar la presencia de esquemas negativos entre las víctimas.

Por último, los resultados obtenidos sirven asimismo para destacar el alto porcentaje de víctimas de violencia por parte de sus parejas que cumplen criterios para diagnóstico de TEP. En este estudio el 67.54% cumplieron con estos criterios, y además el resto presentó también cierta sintomatología de este trastorno. De hecho, la alta prevalencia de TEP entre las víctimas está alertando en los últimos años a los y las profesionales sobre la necesidad de evaluar y diagnosticar su presencia. En caso de detectarse TEP, los esfuerzos terapéuticos deberían centrarse en su tratamiento, de forma prioritaria (Jones et al., 2001). Los esquemas cognitivos identificados en este estudio entre las víctimas con TEP proporcionan información clínicamente relevante sobre algunos contenidos cognitivos que deberían abordarse en la terapia.

Agradecimientos

Este estudio fue realizado gracias a una ayuda a la investigación I-D, del Ministerio de Ciencia y Tecnología, Referencia BSO2003-06101. Agradecemos al doctor Murray A. Straus las facilidades para utilizar el CTS2 y, asimismo, la valiosa ayuda de nuestras colaboradoras María Pérez, Pilar Ruiz y Maribel Angulo, así como de las víctimas y profesionales de los centros.

¹ Esta interpretación fue sugerida por un revisor anónimo.

Referencias

- Aguilar, R.J., y Nightingale, N.N. (1994). The impact of specific battering experiences on the self-esteem of abused women. *Journal of Family Violence*, 9(1), 35-45.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. D.S.M -IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Arias, I., y Pape, K.T. (1999). Psychological abuse: Implications for adjustment and commitment to leave violent partners. *Violence and Victims*, 14(1), 55-67.
- Barnett, O.W. (2001). Why battered women do not leave, part 2. External inhibiting factors-social support and internal inhibiting factors. *Trauma, Violence & Abuse*, 2(1), 3-35.
- Calvete, E., Corral, S., y Estévez, A. (2005). Desarrollo de un inventario para evaluar el abuso psicológico en las relaciones de pareja. *Clínica y Salud*, 16(3), 203-221.
- Calvete, E., Corral, S., y Estévez, A. (en prensa). Factor structure and validity of the Revised Conflict Scales for Spanish women. *Violence Against Women*.

- Calvete, E., Estévez, A., y Corral, S. (2007). Intimate partner violence and depressive symptoms in women: Cognitive schemas as moderators and mediators. *Behaviour Research and Therapy*, ???
- Calvete, E., Estévez, A., López de Arroyabe, E., y Ruiz, P. (2005). The Schema Questionnaire Short Form: Structure and relationship with automatic thoughts and symptoms of affective disorders. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(2), 91-100.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd Ed.) Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Dansky, B.S., Roth, S., y Kronenberger, W.G. (1990). The Trauma Constellation Identification Scale: A measure of the psychological impact of a stressful life event. *Journal of Traumatic Stress*, 3(4), 557-572.
- Dutton, M.A., Burghart, K.J., Perrin, S.G., Chrestman, K.R., y Halle, P.M. (1994). Battered women's cognitive schemata. *Journal of Traumatic Stress*, 7(2), 237-255.
- Echeburua, E., Corral, P., Amor, P.J., Zubizarreta, I., y Sarasua, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés posttraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(90), 503-526.
- Ferrer Pérez, V., Bosch Fiol, E., Ramis Palmer, M.C., Torres Espinosa, G., y Navarro Guzmán, C. (2006). La violencia contra las mujeres en la pareja: creencias y actitudes en estudiantes universitarios/as. *Psicothema*, 18(3), 359-366.
- Foa, E.B., y Rothbaum, B.O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Fontanil, Y., Ezama, E., Fernández, R., Gil, P., Herrero, F.J., y Paz, D. (2005). Prevalencia del maltrato de pareja contra las mujeres. *Psicothema*, 17(1), 90-95.
- Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeat trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391.
- Holmbeck, G.N. (1997). Toward terminological, conceptual and statistical clarity in the study of mediators and moderators: Examples from the child-clinical and pediatric psychology literatures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 599-610.
- Hu, L.T., y Bentler, P.M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3(4), 424-453.
- Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychological Inquiry*, 15(1), 30-34.
- 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(2), 99-119.
- Jöreskog, K.G., y Sörbom, D. (2001). *LISREL8 user's reference guide (2nd edition)*. Lincolnwood, IL: Scientific Software International, Inc.
- Kemp, A., Green, B.L., Hovanitz, C., y Rawlings, E.I. (1995). Incidence and correlates of Posttraumatic Stress Disorder in battered women. *Journal of Interpersonal Violence*, 10(1), 43-55.
- Kubany, E.S., Hill, E.E., y Owens, J.A. (2003). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD: Preliminary findings. *Journal of Traumatic Stress*, 16(1), 81-91.
- Kubany, E.S., y Watson, S.B. (2003). Guilt: Elaboration of a multidimensional model. *Psychological Record*, 53(1), 51-90.
- MacCallum, R., y Hong, S. (1997). Power analysis in covariance structure modeling using GFI and AGFI. *Multivariate Behavioral Research*, 32(2), 193-210.
- Matud Aznar, P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 16(3), 397-401.
- McCann, I., Sakheim, D., y Abrahamson, D. (1988). Trauma and victimization: A model of psychological adaptation. *The Counseling Psychologist*, 16(4), 531-594.
- Miguel-Tobal, J.J., González Ordi, H., y López Ortega, E. (2000). Estrés posttraumático: hacia una integración de aspectos psicológicos y neurobiológicos. *Ansiedad y Estrés*, 6(2-3), 255-280.
- Segal, Z. (1988). Appraisal of the self-schema: Construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin*, 103(2), 147-162.
- Sobel, M.E. (1982). Asymptotic intervals for indirect effects in structural equations models. En S. Leinhardt (ed.): *Sociological methodology* (pp. 290-312). San Francisco: Jossey-Bass.
- Straus, M.A., Hamby, S.L., Boney-McCoy, S., y Sugarman, D.B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17(3), 283-316.
- Young, J.E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3rd edition). Sarasota, FL: Professional Resources Press.
- Young, J.E., y Brown, G. (1994). *Young Schemas Questionnaire - SI*. New York, NY: Cognitive Therapy Center.