

TERAPIA DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO: EL PAPEL MODULADOR DE LA PERSONALIDAD

García-Martínez, Jesús

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.
Universidad de Sevilla jgm@us.es

Guerrero-Gómez, Rafael

Centro de Orientación y Psicología Cerro del Águila (COPSICA, Sevilla)
copsica@yahoo.es

Orellana-Ramírez, M^a Carmen

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.
Universidad de Sevilla mcorellana@us.es

Resumen: La muestra del estudio está compuesta por 83 mujeres, todas las cuáles eran víctimas de violencia por parte de su pareja. Fueron tratadas mediante un formato de psicoterapia individual constructivista en sus localidades de origen. El diseño del estudio es un formato pre-post en el que se utilizaron como variables dependientes medidas de psicopatología (SCL-90-R, IAB e IDB). También se administró el cuestionario NEO-FFI de personalidad en el momento de inicio de la terapia. Dado que no se espera que la personalidad básica (rasgos) varíe con la intervención terapéutica, esta prueba se utilizó como factor modulador de los resultados de la terapia. Se utilizaron la prueba de Wilcoxon para valorar la eficacia de la intervención y un procedimiento de regresión por pasos para valorar el papel de los rasgos en la eficacia de la intervención. Los resultados indican que la intervención fue eficaz (hay un descenso significativo en la incidencia de los síntomas). En cuanto a la personalidad, el factor de apertura es el que mejor predice la incidencia de la sintomatología en el pretratamiento, pero no en el postratamiento. Esto parece indicar que la terapia hace que las mujeres dejen de considerar una mentalidad abierta como fuente de conflictos.

Palabras Clave: Violencia de Género, Psicoterapia Constructivista, Personalidad, Modelo de Cinco Factores, Sintomatología de la Mujer Maltratada.

1. Introducción.

La violencia de género es una de las formas de violencia social más destacadas, ya que potencialmente afecta a un porcentaje muy alto de la población (en torno al 50%) y está modulada por factores ideológicos con marcado arraigo cultural e histórico acerca de las funciones, valía y conductas esperables de cada género. A ese conjunto ideológico de supuestos y creencias se le denomina patriarcado (Amorós, 2005). Como todas las otras formas de violencia social (contra las minorías, escolar, contra los mayores, contra los padres) se trata de una violencia invisibilizada y justificada socialmente a través de diversos marcadores culturales, por lo que resulta difícil de reconocer (Peyrú y Corsi, 2003).

La violencia contra las mujeres afecta a todas las clases sociales, todos los niveles educativos y todos los entornos geográficos, por ello representa un gran problema social y psicológico en el que tienen que afrontar los países desarrollados (Fischbach y



Herbert, 1997). Existen relativamente pocos estudios comparativos de la prevalencia de la violencia contra las mujeres, fundamentalmente porque no todos los países utilizan indicadores semejantes y en algunos no se hacen estadísticas diferenciando por el género de las víctimas de la violencia. No obstante, tanto el estudio de la OMS (Krug, Dalhberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2002), como el II Informe Internacional de Violencia contra la Mujer del Centro Reina Sofía (Sanmartín, 2007) dejan patente que es un fenómeno que se da en todas las culturas, si bien su incidencia es mayor en las zonas menos desarrolladas (como ocurre con casi cualquier forma de violencia). Si se consideran los asesinatos de mujeres por parte de sus parejas como un buen indicador de la tasas de la violencia de género, la prevalencia (muertes por millón de mujeres) de este fenómeno oscila entre valores de 0 (Islandia) ó 0,87 (Países Bajos) y 13,16 (Luxemburgo) ó 16,15 (Hungría) en los países europeos (la tasa española es de 3,91, una de las más bajas). En el continente americano, los índices de prevalencia oscilan entre 3,05 (Colombia) y 8,05 (Costa Rica), la de EE.UU. es de 9,90 (Sanmartín, 2007). Obviamente, las muertes de mujeres a manos de sus parejas son el indicador más macabro de la violencia de género y está muy por debajo en su prevalencia de las tasas de abusos, agresiones físicas, quebrantamientos sexuales y otras formas de ejercicio de la violencia que, por su naturaleza son más difíciles de hacer operativas en estadística.

La violencia contra la mujer se transforma, de esta manera, en un grave problema de salud pública dada su altísima prevalencia y por el enorme costo indirecto que supone (Heise y García Moreno, 2002; Roberts, Lawrence, Williams y Raphael, 1998). Además, 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 una perspectiva psicológica, la investigación se ha centrado en intentar entender las dinámicas y procesos que subyacen en víctimas y agresores. En cuanto a los segundos, hay un acuerdo generalizado en que los modelos culturales patriarcales posibilitan la puesta en marcha de relaciones basadas en la desigualdad por parte de los varones (Amorós, 2005; Corsi, 2003; Corsi y Bonino, 2003; Serran y Firestone, 2004). Pero para que se pueda hablar directamente de violencia, hay que detectar una pauta de agresión sistemática destinada a mantener el control y el poder (Berkowitz, 1993; Garcia-Martínez, 2008). Son muchas las variables psicológicas que regulan o modulan dicha pauta de agresión sistemática tanto a nivel de la personalidad básica, como de las respuestas adaptativas y de control, hasta los procesos de identidad y adscripción de significado (Dutton y Golant, 1995; Echeburúa, 1996; Garcia-Martínez, 2008; Jacobson y Gottman, 1998). La agresión se transforma en una pauta relacional sistemática que muchas veces se inicia en los primeros momentos de la vida en común e incluso durante el noviazgo (Rodríguez-Franco, Antuña-Bellerín, Rodríguez Díaz, Herrero y Nieves, 2007) y hace uso de distintas manifestaciones de la violencia (física, sexual, verbal) entre las cuáles, la de tipo psicológico está siempre presente y la física suele ser la que aparece más tardíamente.

En el caso de las víctimas, no parece existir un perfil psicológico previo al maltrato, ya que las víctimas lo son por la acción estratégica de un agresor (Matud, 2004) pero sí hay descritas determinadas sintomatologías generadas por la situación de maltrato. La sintomatología que presentan las mujeres agredidas por sus parejas incluye la caída de la autoestima y la 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, sentimientos de culpa, etc. (Golding, 1999; Echeburúa y de Corral, 1998; Matud, 2004). De las distintas investigaciones realizadas se concluye que los síntomas más usuales padecidos por las mujeres maltratadas se agrupan en dos bloques, uno ligado a la depresión y la ansiedad que incluiría, en su caso, el déficit de autoestima y otro, menos frecuente, relacionado con el estrés postraumático. La incidencia del trastorno por estrés postraumático no es mayor en el caso de las mujeres maltratadas que para cualquier otro tipo de estresor y víctima (Bàguena, Beleña, Roldán, Díaz y Villarroya, 1996).

Se han propuesto muchos modelos de intervención con mujeres maltratadas (Echeburúa y de Corral, 1998; Matud, 2004; Walker, 1994) basados en general en programas que fomento de la autoestima y las habilidades sociales. El aplicado por nuestro equipo incorpora una orientación basada en el cambio de la identidad y busca gestionar de otro modo los significados asociados a su experiencia vital anterior, tanto traumática como no traumática y por ello, se parte de un análisis inicial de la historia de vida de la mujer (García-Martínez, 2006; García-Martínez, Guerrero-Gómez, León-Serrano, Álvarez-Vela y Tovar-Sánchez, 2008). Sigue, por tanto, una lógica constructivista del trabajo terapéutico destinada a reconstruir el sentido del abuso en los propios términos de la mujer maltratada y permiten encontrar elementos y episodios resolutivos y de autocrecimiento en su propia experiencia vital (García-Martínez, 2004; Keskinen, 2004, Neimeyer, 1993). Las terapias de corte constructivista se centran sobre todo en la reconstrucción de la identidad de la víctima, siendo las estrategias de control de síntomas y desarrollo de habilidades únicamente medios para lograr este fin y no objetivos terapéuticos en sí mismos.

Las terapias destinadas a la mujer que ha experimentado el maltrato deben atender a dos aspectos básicos:

- a) Ser sensible y 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 esta (Matud, Padilla y Gutiérrez, 2005; Velázquez, 2003; Walker, 1994). En este sentido, la creación de una alianza terapéutica con las mujeres es un foco prioritario del trabajo con éstas (Guerrero-Gómez y García-Martínez, 2008; Matud, Padilla y Gutiérrez, 2005; Velázquez, 2003).
- b) Analizar los componentes relacionados con la 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 en estos casos necesita buscar estrategias que permitan ayudar a las familias, sobretodo para estas mujeres y para sus hijos, necesitando por ello de un lenguaje diferente y una comprensión distinta del problema.

Por su naturaleza terapéutica, el enfoque constructivista de la terapia cumple perfectamente estas dos condiciones.

Pero que no exista un perfil psicológico previo de la víctima no implica que determinados factores psicosociales o de personalidad no modulen el efecto del maltrato como el de la terapia destinada a recuperar a la víctima. La investigación actual en

personalidad está desarrollando modelos multinivel que intentan dar cuenta de cómo las variables de personalidad regulan la conducta al menos en tres niveles distintos de consolidación (Mischel, 1993). Quizá, el más prometedor de estos enfoques multinivel es el planteado por McAdams (1995; McAdams y Pals, 2006). Según este autor, la personalidad es un complejo sistema en el que se interconectan tres dominios explicativos de nivel distinto, que son paralelos entre sí, de forma que las leyes y propiedades que los regulan son también diferentes.

El primero es el dominio de rasgos o disposiciones. Es el nivel de las dimensiones comparativas, estables, relativamente descontextualizadas y generalizadas. No obstante, su capacidad de predicción precisa de la conducta final de una persona en una situación concreta es baja. Por otra parte, la expresión específica de los rasgos está muy mediada por la cultura. Por tanto, este dominio da sólo un dibujo muy general del individuo, se trata, en palabras de McAdams (1995), de una *psicología del extraño*.

El segundo dominio es el de adaptaciones características. Las variables que lo componen son de tipo motivacional, cognitivo o evolutivo y se contextualizan a través de situaciones, ambientes y roles. La contextualización es, precisamente, la diferencia fundamental con las variables del primer dominio. La cultura es el factor que da mayor o menor prevalencia a las variables que lo componen en un contexto dado. No obstante, dado que las unidades de análisis que se incluyen en este dominio son muy variadas (proyectos personales, motivaciones, metas, planes, esquemas, etc.), no termina de estar claro qué unidades pertenecen o no al mismo. Los constructos personales, una de las variables que utilizamos en nuestro estudio, son una de estas unidades de inclusión problemática.

El tercer dominio lo constituyen las narrativas identitarias que dan unidad y propósito a la vida, es decir, que integran a la persona como un todo. Esta integración se genera reconstruyendo el pasado y configurando una imagen del futuro. Dada que la integración es el objetivo de este dominio, las variables que lo componen están sometidas a un cambio continuo, ya que tienen que reorganizan continuamente los datos y la información que reciben.

Los tres niveles se encuentran en interacción continua entre sí y, a su vez, están influidos por la biología básica de la especie y por los entornos culturales en los que vivimos las personas, configurando un sistema que genera conductas, emociones y pensamientos en los marcos específicos de la ecología cotidiana (McAdams & Pals, 2006).

Hasta la fecha se han publicado varios trabajos que estudian los vínculos entre variables encuadradas en diferentes dominios, bien entre rasgos e historias de vida (McAdams, Anyidoho, Brown, Huang, Kaplan & Machado, 2004), bien entre historias de vida y proyectos personales (McGregor, McAdams & Little, 2006). Igualmente, se están desarrollando investigaciones que intentan comprobar el efecto modulador que variables de los tres dominios tienen en distintos campos de la conducta, como la conducta de ajuste al dolor crónico (García-Martínez, Cano-García, Rodríguez-Franco, Buero-Gallego, Alcocer-Gómez y Guerrero-Gómez, 2009), en el modo en que el significado que se da a la situación de maltrato regula la sintomatología que se manifiesta (Guerrero-Gómez, García-Martínez y Orellana-Ramírez, 2009), con el sentido de

bienestar personal (Baerger y McAdams, 1999) o con los resultados de la psicoterapia (Adler, Wagner y McAdams, 2007).

El presente trabajo se encuadra dentro de esta última línea, en este caso intentamos comprobar el modo en que las variables del primer dominio (rasgos) modulan el modo en que las mujeres víctimas de la violencia de género reaccionan a los efectos de una psicoterapia destinada a generar cambios en su identidad para gestionar los problemas derivados del maltrato.

El modo en que se va a hacer operativo el estudio de los rasgos es a través del empleo del modelo de cinco grandes factores, el marco teórico más y mejor desarrollado en la actualidad dentro de este dominio de la personalidad. Estos factores representan tendencias básicas del comportamiento humano (Costa y McCrae, 1992a; McCrae y Costa, 1996, 1999). El propósito fundamental de la investigación de rasgos es identificar aquellas dimensiones que se puedan considerar como los elementos básicos y universales de la estructura de la personalidad (Goldberg, 1993; McCrae & John, 1992). Dentro del acercamiento de cinco factores, la forma de hallar esas dimensiones se basa en el análisis del lenguaje. Se supone que en el lenguaje están representados (de forma denotativa) todos aquellos aspectos de la conducta que son relevantes para entender al ser humano, lo que se conoce como *hipótesis léxica fundamental*. Las técnicas estadísticas factoriales permiten depurar el lenguaje para reducir la enorme cantidad de términos referidos a tendencias de conducta humana (sobre todo sustantivos y adjetivos, pero también otros tipos de palabras) a un grupo de datos lo suficientemente pequeño como para que sea manejable. Desde el punto de vista de la evaluación, el modelo de rasgos optó por un enfoque psicométrico, utilizando fundamentalmente cuestionarios de autoinforme. La versión más extendida del modelo de cinco grandes es la de Costa y McCrae (1992a; McCrae & Costa, 1996, 1999). Estos autores han concretado su modelo en el cuestionario NEO-PI-R (1992b, 2001). Este inventario comprende cinco factores de primer orden que en función de su importancia factorial, son Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad. Cada uno de estos factores de primer orden está compuesto por seis facetas, las facetas se incluyen únicamente en un factor, siempre en aquel en el que tienen mayor peso.

2. Método

2.1. Objetivos e hipótesis.

Se plantean dos objetivos fundamentales, el primero es comprobar si la terapia constructiva aplicada es efectiva para producir cambios. En este caso se formulará como definición operativa de la eficacia la remisión de síntomas, por tanto, se procederá a un diseño test-retest de los indicadores de sintomatología al inicio y al final de la terapia.

El segundo objetivo es comprobar cuál es el efecto modulador de los rasgos de personalidad en la eficacia de la terapia. Operativamente esto se evaluará a través del grado de asociación entre las medidas de sintomatología en las evaluaciones test-retest y los valores obtenidos en el NEO-PI-R al inicio de la terapia.

A partir de estos objetivos, se formulan dos hipótesis, una para cada objetivo:

Hipótesis 1. En la evaluación post-test las mujeres tendrán grados de sintomatología significativamente menores en las distintas pruebas diagnósticas utilizadas.

Hipótesis 2. El rasgo de Neuroticismo estará vinculado a una mayor intensidad de la sintomatología tanto en la evaluación pre-tratamiento como en la postratamiento. Es sabido que una mayor puntuación en Neuroticismo es un indicador de mayor ansiedad y de una mayor probabilidad de presentar síntomas, especialmente de la gama neurótica (Costa y McCrae, 1992b; McCrae y Costa, 1999).

2.2. Muestra.

La muestra inicial fueron 83 mujeres de localidades de pequeño tamaño de la Provincia de Sevilla (entre 500 y 19.000 habitantes). Todas ellas fueron remitidas por las abogadas de los Puntos de Información a la Mujer de sus municipios. Todas se encontraban separadas o en proceso de separación debido a violencia de género y demandaron explícitamente ayuda terapéutica. La edad media era de 43,81 años (Sd = 10,84).

Todas tenían un perfil socioeconómico bajo. El 7,7% eran analfabetas funcionales, el 30,8% tenían estudios primarios incompletos, el 38,5% estudios primarios completos, el 7,7 % tenían estudios secundarios, y el 11,75% estudios postsecundarios, ninguna tenía titulación universitaria superior. En cuanto a la ocupación profesional, el 73% estaban en activo; el 7,7% eran exclusivamente amas de casa y el 11,5% eran pensionistas. Entre los trabajos más usuales, destacaban las labores agrícolas (23,1%), empleos de bajo nivel en el sector público (19,2%) y la industria de transformación agrícola (15,4%).

El sistema de ingreso en el programa de intervención (García-Martínez et al., 2008) era puntual y sobre demanda, de manera que estaban produciéndose continuamente altas y bajas en el programa terapéutico. La terapia seguía un formato individual y se efectuaba siempre en la localidad de origen de la usuaria. El programa no pudo continuarse al finalizar la primera anualidad, de modo que muchos procesos terapéuticos tuvieron que verse interrumpidos. Por ello, los análisis test-retest sólo pudieron realizarse sobre un total de 20 mujeres, aquellas que habían tenido un alta clínica al cerrarse el proyecto.

2.3. Instrumentos y medidas.

Se utilizaron las versiones españolas del Inventario de Ansiedad (IAB, Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988) y Depresión de Beck (IDB, Beck, Rush, Shawn y Emery, 1979), del Cuestionario de Síntomas SCL-90-R (Derogatis, 2000) y del Inventario NEO-FFI (Costa y McCrae, 1999), la versión reducida del NEO-PI-R.

Los dos inventarios de Beck son dos escalas que evalúan una única dimensión (ansiedad o depresión) y constan de 21 ítems con un intervalo de respuesta entre 0 y 3. El cuestionario de Derogatis evalúa hasta 10 escalas distintas de síntomas y cuenta con tres indicadores globales de patología, el índice global de síntomas (IGS) y el total de síntomas positivos (TSP) y el índice de puntuación total de síntomas positivos (PSDI). Consta de 90 ítems que se distribuyen desigualmente entre las distintas escalas y el intervalo de respuesta es de 0 a 4.

Las medidas de personalidad utilizadas fueron los distintos indicadores del Cuestionario de Síntomas, la medida global de los inventarios IAB e IDB y los valores obtenidos en los cinco grandes rasgos evaluados según el NEO-FFI. Además, se añadió la escala de distorsión de la versión española del cuestionario BFQ (Caprara, Barbaranelli y Borgoni, 2001), dado que el NEO-FFI carece de una escala de fiabilidad de las respuestas. El NEO-FFI es una prueba de 60 ítems, valorados en una escala de 0-4, cada factor es evaluado por un conjunto de 12 ítems. La escala de distorsión está compuesta también por 12 ítems que se valoran igualmente con una escala Likert de 5 puntos.

2.4. Diseño.

Las mujeres cumplimentaron los tres cuestionarios de sintomatología al inicio del tratamiento (entre las sesiones 2 y 3) y en la última sesión (habitualmente la 12ª). En la primera evaluación cumplimentaron también el NEO-FFI. Dado que se asume que los rasgos de personalidad son estables y se ven escasamente influidos por las situaciones, no había ninguna razón teórica para evaluar los rasgos de personalidad en la evaluación post-tratamiento.

De las 83 mujeres que componen la muestra total, dos de ellas fueron dadas de baja por incumplimiento de normas del programa (no justificaron ausencias en más de cuatro ocasiones); 4 asistieron a una primera entrevista pero no fueron incluidas en el programa al estar siendo atendidas por terapeutas de otros servicios, 14 no pudieron continuar en el programa por causas de fuerza mayor (traslados de domicilio, incompatibilidad con turnos laborales, etc.) y 21 abandonaron el programa sin justificación ninguna (bien son auto-altas, es decir, deciden que no necesitan continuar el tratamiento o son casos de abandono sin ningún tipo de información, simplemente dejan de venir). Por tanto, queda un total de 42 mujeres (50,50%) que continuaban en tratamiento (24) o lo habían finalizado (18) cuando el programa de asistencia fue suspendido. Pero sólo 20 de ellas habían contestado en ese momento a las pruebas de la segunda evaluación (García-Martínez et al., 2008).

Dado el pequeño tamaño de la muestra que completo las dos evaluaciones, se utilizó una prueba de Wilcoxon de medidas repetidas para comprobar la eficacia del tratamiento, es decir, el descenso significativo de los valores de los indicadores de sintomatología en la evaluación post-tratamiento.

Para comprobar el grado en que los rasgos de personalidad explican la sintomatología en ambos momentos de medida se utilizó una regresión lineal. Obviamente, fue posible utilizar la muestra entera (N = 83) para el cálculo de los valores de la regresión en la medida pre-tratamiento, ya que se disponía de datos de todas las mujeres. Para el cálculo de las regresiones en la evaluación postratamiento, solo fue posible utilizar los datos de las mujeres que habían finalizado la terapia (N = 20). En las regresiones, las variables independientes (predictoras) fueron los cinco rasgos de personalidad evaluados con el Cuestionario NEO-FFI y la escala de distorsión del BFQ. Las variables dependientes fueron la totalidad de los indicadores de psicopatología utilizados tanto para la evaluación pre-tratamiento como para la postratamiento. Cada uno de los factores de personalidad se fue introduciendo sucesivamente hasta que se consigue el mejor modelo explicativo de la sintomatología.

El objetivo era comprobar el papel que la personalidad básica de las mujeres cumple en la manifestación de los síntomas. Algunos indicadores psicopatológicos no estarán asociados a la personalidad y, por tanto, se les puede considerar puramente reactivos, otros jugarán un papel en la forma en que las mujeres responden a la situación de maltrato manifestando unos síntomas u otros.

Los cálculos estadísticos fueron realizados con el paquete SPSS 16.0 (SPSS Inc., 2007).

3. Resultados.

3.1. Eficacia del tratamiento.

ESCALAS	Z (T2-T1)	P
SCL		
Somatización	-2,899	,004
Obsesión	-2,055	,040
Sensibilidad Interpersonal	-1,671	,095
Depresión	-2,254	,024
Ansiedad	-2,680	,007
Miedo-Hostilidad	-2,046	,041
Ansiedad Fóbica	-5,549	,000
Ideación Paranoide	-,972	,331
Psicoticismo	-2,798	,005
Índice Global de Síntomas (GSI)	-,282	,778
Total de Síntomas Positivos (TPS)	-1,830	,067
Índice de Puntuación (PSDI)	-,604	,546
Inventario de Depresión IDB	-3,218	,001
Inventario de Ansiedad IAB	-3,389	,001
Valores en negrita: diferencias significativas		
Tabla 1. Prueba de Wilcoxon Diferencias entre Post y Pretratamiento		
Basada en los rangos positivos para indicadores de psicopatología		

En la tabla 1 se puede comprobar que los valores Z de la prueba de Wilcoxon indican que hay diferencias significativas en el post-tratamiento para la mayoría de los indicadores de psicopatología, reduciéndose todos ellos. Se observan diferencias significativas en somatización, obsesión, depresión, ansiedad, miedo hostilidad, ansiedad fóbica y psicoticismo, entre las escalas del SCL-90-R. Las escalas de depresión y ansiedad de Beck también muestran reducciones estadísticamente significativas.

Hay tendencias importantes a la reducción de síntomas en la subescala de Sensibilidad Interpersonal y en el Total de Síntomas Positivos del SCL-90-R, pero no en Ideación Paranoide del SCL-90-R ni en la escala de vulnerabilidad. No obstante, que no se haya producido un descenso significativo en las subescalas de sensibilidad interpersonal e ideación paranoide es un resultado que es, hasta cierto punto, lógico e incluso adaptativo. La mayoría de estas mujeres seguían acosadas por sus maridos durante el

tratamiento o no existía la garantía de que habían dejado de hacerlo, por tanto, es lógico que haya una cierta tendencia a tener una actitud de alerta, vigilancia y sospecha (ideación paranoide), ya que esa actitud les permite estar más en guardia ante una posible reanudación del acoso. El caso de la sensibilidad interpersonal (sensibilidad al juicio de terceros) es parecida: durante mucho tiempo se han sentido juzgadas tanto por su pareja como por terceros que tendían a no entender su situación y muchas de ellas comentan que esa situación aún se sigue dando, por lo que es tendencia es lógico que esté presente. Probablemente el menor grado de descenso en estas dos escalas es lo que hace que los marcadores globales de sintomatología del SCL-90-R no consigan descensos significativos en la evaluación post-tratamiento.

4.2. Regresión lineal de los rasgos sobre la sintomatología

La regresión lineal para la sintomatología en la evaluación pretratamiento produjo los resultados que se pueden ver en la tabla 2. En general, la influencia de los rasgos de personalidad en los síntomas es baja.

Aunque se obtienen modelos de regresión significativos para las subescalas de sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad del SCL-90-R, así como las los índices general (IGS) y de síntomas positivos (TSP) de esa prueba y para el inventario de depresión de Beck y la escala de vulnerabilidad psicológica, los coeficientes de regresión al cuadrado (R^2), que indica el porcentaje de la varianza de la variable dependiente (síntoma) que explican los valores de las diferentes variables independientes (rasgos) son bajos, lo que quiere decir que la determinación de la sintomatología por la personalidad es reducida. Este resultado, por otra parte, era esperable, ya que sólo una parte del efecto total de la intensidad del síntoma es debida a la influencia de los rasgos, lógicamente también esta influida por la situación (Costa, McCrae y Widiger, 2001).

Si en lugar de utilizar el coeficiente R^2 , se utiliza el R^2 corregido, que indica el porcentaje de varianza del síntoma explicado por el conjunto de rasgos finalmente elegidos, y no por cada uno de ellos por separado, los valores tienen incluso a disminuir, remarcando el bajo peso que la personalidad tiene en la determinación de los síntomas.

Cabe señalar únicamente tres grupos de síntomas. El primero de estos es la depresión, tanto si se mide a través de la subescala correspondiente del SCL como mediante el IDB. En el primer caso, el rasgo de apertura explica el 37% de la sintomatología (valores R^2) y en el segundo la combinación de neuroticismo y extraversión explican el 16,4% de la variación de la depresión. Este resultado es interesante porque indica que las dos escalas miden aspectos diferentes de la depresión.

La subescala del SCL parece estar ligada a aspectos relacionados con las dificultades para innovar, pensar de manera alternativa y tener intereses variados, cuando esto ocurre, las mujeres tienden a deprimirse más. Posiblemente porque en el contexto en el que están sumergidas esa clase de tendencias de pensamiento y comportamiento son mal consideradas y son una fuente de crítica y minusvaloración.

Variables Dependientes	Modelo	Variables Introducidas	R ²	R ² Corregida	Cambio R ²	P Cambio F	F	Beta	t	P
Somatización	0	0								
Obsesión	0	0								
Sensibilidad Interpersonal	1	Neuroticismo	,093	,072	4,510	,093	4,510	,305	2,124	,039
Depresión	1	Apertura	,370	,137	6,971	,370	6,971	,370	2,640	,011
Ansiedad	1	Apertura	,095	,075	4,663	,095	4,653	,310	2,159	,036
Miedo-Hostilidad	0	0								
Ansiedad Fóbica	0	0								
Ideación Paranoide	0	0								
Psicoticismo	0	0								
IGS	1	Apertura	,112	,092	5,559	,112	5,559	,335	2,538	,023
TSP	1	Apertura	,123	,103	6,179	,123	6,179	,351	2,486	,017
	2	Apertura	,203	,166	4,337	,080	5,493	,343	2,156	,016
	2	Responsabilidad	,203	,166	4,337	,080	5,493	-,284	-2,083	,043
PSDI	0	0								
IDB	1	Neuroticismo	,086	,066	4,233	,086	4,233	,293	2,057	,045
	2	Neuroticismo	,164	,126	4,127	,078	4,327	,305	2,209	,032
	2	Extraversión	,164	,126	4,127	,078	4,327	-,280	-2,031	0,48
IAB	0	0								

Tabla 2. Análisis de regresión de las variables de personalidad sobre la sintomatología en pretratamiento

Variables Dependientes	Modelo	Variables Introducidas	R ²	R ² Corregida	Cambio R ²	P Cambio F	F	Beta	t	P
Somatización	0	0								
Obsesión	1	Neuroticismo	,353	,317	9,818	,594	9,818	,594	3,133	,006
Sensibilidad Interpersonal	1	Neuroticismo	,649	,630	33,297	,649	33,297	,806	5,770	,000
Depresión	1	Neuroticismo	,267	,227	6,565	,267	6,565	,517	2,562	,020
Ansiedad	0	0								
Miedo-Hostilidad	0	0								
Ansiedad Fóbica	0	0								
Ideaación Paranoide	1	Neuroticismo	,325	,287	8,650	,325	8,650	,570	2,491	,009
Psicoticismo	1	Neuroticismo	,413	,381	12,680	,413	12,680	,643	3,562	,002
IGS	1	Neuroticismo	,351	,314	9,714	,351	9,714	,592	3,117	,006
TSP	1	Neuroticismo	,378	,343	10,918	,378	10,918	,614	3,304	,004
PSDI	0	0								
IDB	0	0								
IAB	1	Neuroticismo	,292	,255	7,835	,292	7,835	,540	2,799	,011

Tabla 3. Análisis de regresión de las variables de personalidad sobre la sintomatología en post-tratamiento

El inventario IDB parece ser sensible a aspectos más clínicos de la depresión y las mujeres puntúan más en él a medida que son más neuróticas (tienen una menor estabilidad emocional) y menos extrovertidas (son menos activas y tienen menos interés por el contacto con los demás). Si se atiende a las puntuaciones Beta, es fácil comprobar que neuroticismo está positivamente relacionado con depresión (a más neuroticismo, más depresión) y extraversión negativamente (a más extraversión, menor nivel de depresión).

En cuanto a la vulnerabilidad, el 36,9% de la varianza de esta escala está explicado por el rasgo neuroticismo. Las mujeres con menor estabilidad emocional tienden a puntuar más alto en esta escala. El resultado, no por esperado, la vulnerabilidad está claramente relacionada con el neuroticismo, no deja de ser interesante. El proceso de victimización afecta más a las mujeres neuróticas que a las estables (son menos resistentes al estrés); además, el maltrato el propio estrés situacional, lo que incrementa las respuestas de ansiedad (que aunque no sean propiamente personalidad) se ven reflejadas en las puntuaciones de neuroticismo. Esto hace que, en general, las mujeres maltratadas se vivan a sí mismas como más vulnerables y dependientes; este proceso es más intenso en aquellas que parten con nivel básico de neuroticismo más alto, potenciando así los valores de vulnerabilidad.

El tercer componente sintomático relacionado con la personalidad es el total de síntomas positivos (TSP), cuya variabilidad está explicada en un 20,3% por la aportación de los rasgos de apertura y responsabilidad. Esta aportación es sorprendente, el papel de la apertura debe ser entendido en la misma dirección que en el caso de la subescala de depresión del SCL. Cuanto más innovador es el pensamiento de la mujer, más posibilidades de minusvaloración tiene (valor beta ,343). Por otro lado, cuanto menos diligente, organizada y autorresponsable sea, menos posibilidades tiene de manifestar sintomatología (valor beta, -,284), lo que parece indicar que la autosupervisión y la capacidad de responsabilizarse de una misma funcionan como factor de protección.

El resto de modelos de regresión obtenidos dan menos relevancia al papel de la personalidad. Están explicados por diversos rasgos el 9,3% de la variabilidad de los síntomas de sensibilidad interpersonal (neuroticismo), el 9,5% de las puntuaciones de ansiedad (apertura) y el 11,2% del valor del índice general de síntomas (apertura).

El análisis de regresión lineal para la sintomatología se repitió para comprobar el poder explicativo de la personalidad sobre los resultados obtenidos en la evaluación post-tratamiento (véase la tabla 3).

En este caso se producen dos diferencias. La primera es que casi el único factor de personalidad que tiene capacidad explicativa de los síntomas es el neuroticismo. La segunda es que el porcentaje de varianza explicada asciende de forma generalizada. Estos resultados son de gran relevancia por varios motivos:

- a) Se ha de tener en cuenta que los valores absolutos de la sintomatología se han reducido para todas las escalas (véase la tabla 1). Esto implica que el tratamiento ha tenido efecto y que los índices de sintomatología encontrados son de tipo residual (síntomas que no han remitido totalmente por no estar el tratamiento finalizado).

- b) Estos síntomas residuales están más asociados a factores de personalidad (estructura personal de la mujer) que a factores contextuales (situación de victimización).
- c) Por tanto, es lógico que la personalidad tenga un mayor poder predictivo sobre estos síntomas residuales.
- d) El hecho de que el neuroticismo sea el factor explicativo esencial es un resultado previsto, la tendencia a manifestar sintomatología psicológica es mayor en las personas con altos índices de neuroticismo (Costa, McCrae y Widiger, 2001; Eysenck y Eysenck, 1987).

Los porcentajes de varianza explicada de la sintomatología por el neuroticismo son los siguientes: 1) Obsesión: 35,3%; 2) Sensibilidad interpersonal: 64,9%; 3) Depresión: 26,7%; 4) Ideación paranoide: 32,5%; 5) Psicoticismo: 41,3%; 6) Índice General de Síntomas: 35,1%; 7) Total de Síntomas Positivos: 37,8%; 8) Inventario de Ansiedad de Beck: 29,2%.

Como se puede apreciar, para los indicadores de sintomatología que pueden ser explicados por el neuroticismo, el porcentaje explicado varía entre el 26,7% y el 64,9%, es decir, valores muchos más altos que en la evaluación post-tratamiento, lo que implica que han sido eliminados en gran medida los componentes situacionales (no de personalidad) que regulaban la sintomatología.

4. Discusión.

Los resultados obtenidos muestran una clara eficacia del tratamiento utilizado, al menos en lo que a reducción de síntomas se refiere, lo que es un primer paso para comprobar la eficacia del mismo. El conjunto de los síntomas evaluados desciende en la evaluación post-tratamiento, lo que es un indicador claro de eficacia. Además, las reducciones son más relevantes en los síntomas de gama ansioso-depresiva que son las más habituales en mujeres víctimas de maltrato por parte de su pareja (Matud, 2004; Orava, McLeod y Sharpe, 1996), lo que refleja que la terapia es especialmente útil para los síntomas más típicos del síndrome de maltrato.

El hecho de que la remisión de síntomas, a pesar de darse, no sea tan destacada en sensibilidad interpersonal e ideación paranoide refleja la situación vital de estas mujeres, que durante mucho tiempo han estado sometidas a persecución y acoso por parte de sus parejas y también a una falta de compromiso y ayuda por parte de terceros. Todo esto que hace que la sintomatología de la gama referencial sea más difícil de erradicar ya que tiene un cierto valor adaptativo. Es posible que la sensibilidad interpersonal esté ligada de algún modo al factor dependencia, es decir, que las mujeres más sensibles al juicio ajeno sean más dependientes. La investigación reciente indica que la dependencia es un elemento característico y arraigado de la personalidad de las mujeres maltratadas, aunque no previo al maltrato (Marchiori, Rossi y Colombo, 2004), por lo que una segunda interpretación de los datos obtenidos podría ser que los síntomas de vulnerabilidad-dependencia son los más difíciles de erradicar en casos de maltrato. Algo similar se ha encontrado con respecto a los síntomas de tipo paranoide, especialmente en mujeres que han sido victimizadas muchas veces (Coolidge y Anderson, 2002).

En cualquier caso, para comprobar finalmente la eficacia de la terapia constructivista propuesta falta hacer un estudio de su eficacia diferencial frente a un grupo control o mejor, frente a otra alternativa terapéutica para validar empíricamente el tratamiento (Kazdin, 1986). No obstante, otro estudio controlado realizado con 8 casos de naturaleza y composición muestral utilizando la misma estrategia terapéutica, confirmó también resultados semejantes en la reducción de la sintomatología (Guerrero-Gómez y Garcia-Martínez, 2008). Además, se dispone de evidencia de que el tratamiento logra cambios relevantes también en variables de significado (que se encuadran en el dominio identitario de la personalidad) como son algunos indicadores de la técnica de rejilla como la polaridad o rigidez del sistema de construcción o cambios en la importancia relativa dada a la idea que se tiene sobre la propia identidad (yo actual en la rejilla) (Guerrero-Gómez y Garcia-Martínez, 2008; Guerrero-Gómez, Garcia-Martínez y Orellana-Ramírez, 2009). La acumulación de evidencia parece indicar, a falta de una validación empírica siguiendo procedimientos de contraste, que el tratamiento propuesto funciona por lo que la hipótesis 1 se puede dar por validada.

En cuanto a la hipótesis 2, los hallazgos encontrados van mucho más allá de la formulación inicial. Por un lado, el hecho de que la influencia de la personalidad en la sintomatología evaluada en el postratamiento se reduzca al factor neuroticismo, es algo no solo esperado, sino ampliamente avalado por la investigación anterior: las personas con alta puntuación en neuroticismo son las que tienen una mayor tendencia a presentar cualquier tipo de sintomatología (Costa y McCrae, 1992b; Eysenck y Eysenck, 1987). Lo importante es que la regresión indica que en el pretratamiento los factores de personalidad que determinan los síntomas, además del neuroticismo, son la apertura (por tanto la visión innovadora y no tradicional del mundo) y la responsabilidad. Dado que la prueba utilizada mide los rasgos de modo global y no explora las facetas o componentes de los mismos, es difícil saber a que manifestación específica de los rasgos (facetas) está afectando el tratamiento.

Dicho de otro modo, la apertura es el rasgo que más se relaciona con la visión del mundo que tiene la persona. Si la visión del mundo (en el sentido innovador o abierto al cambio) está ligada a las manifestaciones de depresión y ansiedad (otra vez, la depresión y la ansiedad) de la mujer maltrata antes del tratamiento, pero no después del mismo, eso implica que el tratamiento la reconcilia con su visión innovadora. Eso sí, el tratamiento no cambia la personalidad de la mujer, hace que ese factor de su personalidad ya no se vivencie como problemático, sino como adaptativo. Eso se refleja en el cambio de factores de personalidad que predicen los síntomas en las dos evaluaciones, en la primera son componentes que tienen que ver con su disposición al cambio, a la apertura de ideas y a la autoorganización; en la segunda, la sensibilidad emocional (neuroticismo). Al inicio del tratamiento, la mujer vive como problemáticos sus puntos de vista y su capacidad de organizarse le sirve de sostén, el neuroticismo cumple su papel habitual, pero de manera menos intensa. Después del tratamiento, los puntos de vista y la capacidad de organización ya no se vinculan con la sintomatología.

Además, este resultado es coherente tanto con la lógica de las terapias basadas en el cambio de identidad, ya que parece que la mujer relee, reinterpreta su innovación como algo positivo y no negativo (Keskinen, 2004; Neimeyer, 1993). Igualmente, el resultado concuerda también con la perspectiva de género, el tratamiento hace que la mujer vea su tendencia a la innovación (por tanto su tendencia hacia lo no tradicionales y, por tanto, hacia lo no patriarcal) como algo más adecuado (Corsi, 2003). En este sentido, la

segunda hipótesis no sólo ha quedado validada, sino reformulada y ampliada. Se puede afirmar que el dominio de rasgos modula el efecto de la sintomatología en los casos de violencia de género contra la mujer, datos de otros trabajos de nuestro grupo (Guerrero-Gómez, García-Martínez y Orellana Ramírez, 2009) indican que también hay una modulación por parte del dominio identitario (adscripción de significados), por lo que se puede concluir que la sintomatología que muestran las mujeres maltratadas está modulada por el funcionamiento de los distintos dominios de la personalidad.

Para lograr resultados más robustos, sería necesario contar con una muestra control o una lista de espera y con una muestra total más amplia, lo que permitiría afianzar la solidez de los datos de eficacia comprobando que los cambios se dan sólo en el grupo sobre el que se interviene (lista de espera), o que los resultados son mejores que en un grupo de contraste (por ejemplo, una terapia grupal de autoayuda). Estos son los procedimientos habituales de validación de la eficacia terapéutica. Sería recomendable efectuar también una comparación con muestras urbanas. En otros entornos culturales (por ejemplo, en el mundo anglosajón) está constatada la existencia de diferencias claras en la forma de afrontar el maltrato entre las mujeres que viven en un contexto rural y las que lo hacen en uno urbano. Estas diferencias se dan especialmente en la forma de interpretar subjetivamente la situación (Logan, Walker, Cole, Ratliff y Leukefeld, 2003; Shanon, Logan, Cole y Medley, 2006), pero de momento no disponemos de datos suficientes como para dar cuenta de estas diferencias en muestras de mujeres maltratadas andaluzas.

Agradecimientos: Gran parte de este trabajo ha sido posible de realizar gracias a la financiación del Proyecto 2007/684 por parte de la Diputación Provincial de Sevilla.

Referencias.

- Adler, J. N.; Wagner, J. W. y McAdams, D. P. (2007), Personality and the coherence of psychotherapy narratives. *Journal of Research in Personality*, 41 (6), 1179-1198.
- Amorós, C. (2005). *La gran diferencia y sus pequeñas consecuencias...para las luchas de las mujeres*. Madrid: Cátedra.
- Baerger, R. D. y McAdams, D. P. (1999). Life-story coherent and its relation with psychological well-being. *Narrative Inquiry*, 9, 69-96.
- Bàguena, M. J.; Beleña, A.; Roldán, C.; Díaz, A. y Villarroya, E. (2006). Mujeres maltratadas con y sin estrés post-traumático: un análisis diferencial. En P. J. Costa, C. M. L. Pires, J. Veloso, y C. T. L. Pires (Eds.). *Stresse Pós-traumático: Modelos, Abordagens e Práticas*, 71-80. Leiria (Portugal): Diferença.
- Beck, A., & Steer, R. (1991). *Beck Anxiety Inventory Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation
- Beck, A.T.; Rush, A. J.; Shawn, B. F, Emery, G.(1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: DDB
- Berkowitz, L. (1993). *Aggression: its cause, consequences, and control*. Nueva York: McGraw-Hill (Edición en castellano: *Agresión, sus causas, consecuencias y control*; Bilbao: Desclée De Brower, 1996).
- Buchbinder, E y Eisikovits, Z. (2003). Battered women's entrapment in shame. A phenomenological study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, 355-366.
- Caprara, G. V.; Barbararelli, C. y Borgogni, L. (2001). *Cuestionario Big Five*. Madrid: TEA.

- Coolidge, F. L. y Anderson, L. W. (2002). Personality profiles of women in multiple abusive relationships. *Journal of Family Violence*, 17, 117-131.
- Corsi, J. (2003). La violencia en el contexto familiar como problema social. En J. Corsi (Comp.). *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico. Fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares*, pp. 15-40. Buenos Aires. Paidós.
- Corsi, J. y Bonino, L. (2003). Violencia y género: la construcción de la masculinidad como factor de riesgo. En J. Corsi y G. M. Peyrú (Coords.). *Violencias sociales*, pgs. 117-138. Barcelona. Ariel.
- Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1992a). Four ways five factors are basic. *Personality and Individual Differences*, 13, 653-665.
- Costa, P.T. Jr. y McCrae, R.R. (1992b). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources Inc. (Edición española: *Inventario de Personalidad NEO-Revisado*. Madrid: TEA, 1999).
- Derogatis, L. R. (2002). *Cuestionario de 90 Síntomas* (Symptoms Check List 90, versión española de González de Rivera). Madrid: TEA.
- Dutton, D. y Golant, S. (1995). *The battered. A psychological profile*. Nueva York: Basic Books (Edición en castellano: *El golpeador. Un perfil psicológico*. Barcelona: Paidós, 1997).
- Dutton, M. A. (1992). *Empowering and healing the battered women*. Nueva York. Springer.
- Echeburúa, E. (Ed.) (1996). *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, M. W. (1985). *Personality and individual differences: A natural sciences approach*. Londres: University of London Press (Edición en castellano: *Personalidad y diferencias individuales*. Madrid: Pirámide, 1987).
- Fischbach, R. L. y Herbert, B. (1997). Domestic violence and mental health: correlates and conundrums within and across cultures. *Social Science and Medicine*, 45, 1161-1176.
- García-Martínez, J. (2004). Intervención en casos de maltrato a través de técnicas narrativas. *Symposium Nacional sobre Maltrato Psicológico*. Granada, 14-16 de abril.
- García-Martínez, J. (2006). Violencia contra la mujer y estrés postraumático. En P. J. Costa, C. M. L. Pires, J. Veloso, y C. T. L. Pires (Eds.). *Stresse Pós-traumático: Modelos, Abordagens e Práticas*, 81-90. Leiria (Portugal): Diferença.
- García-Martínez, J. (2008). La conciencia del otro: agresores y víctimas desde una perspectiva constructivista. *Apuntes de Psicología*, 26 (2), 361-378.
- García-Martínez, J.; Cano-García, F. J.; Rodríguez-Franco, L.; Buero-Gallego, N.; Gómez-Alcocer, E y Guerrero-Gómez, R. (2009). Linking traits and personal constructs: an exploratory study through out levels of personality. *Annals of Psychology* (en prensa).
- García-Martínez, J.; Guerrero-Gómez, R. León-Serrano, I. Álvarez-Vela, M. y Tovar-Sánchez, C. (2008). *Informe final del proyecto de Asistencia Terapéutica a Mujeres Maltratadas usuarias de los Puntos de Información a la Mujer de la Provincia de Sevilla* (informe no publicado). Sevilla: Diputación Provincial de Sevilla.
- Goldberg, L. R. (1993). The structure of phenotypic personality traits. *American Psychologist*, 48, 26-34.

- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence, 14*, 99-132.
- Guerrero-Gómez, R. y García-Martínez, J. (2008). La eficacia de la terapia constructivista-sistémica en casos de violencia contra las mujeres. *Apuntes de Psicología, 26* (2), 269-280.
- Guerrero-Gómez, R.; García-Martínez, J. y Orellana-Ramírez, M. C. (2009). Construção do maltrato de gênero e intensidade da sintomatologia. En S. N. de Jesús, I. Leal y M. Rezende (Eds.). *Experiencias e Intervenções em Psicologia da Saúde. Resumos e Textos do I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde*. Faro (Portugal): Universidade do Algarve (Edición electrónica).
- Kazdin, A. E. (1986). Comparative outcome studies of psychotherapy: Methodological issues and strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, pp. 95-105
- 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 York. 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). (2004). *Healing plots: The narrative basis of psychotherapy*, pp. 67-87. Washington, DC, American Psychological Association.
- Krug, E. G.; Dahlberg, L. L.; Mercy, J. A.; Zwi, A. B. y Lozano, R. (2002). *World Report on Violence and Health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (Edición en Castellano: Informe Mundial sobre Violencia y Salud. Washington, DC: Organización Panamericana de Salud, 2003).
- Logan T. K.; Walker, R.; Cole, J.; Ratliff, S. y Leukefeld, C. (2003). Qualitative differences among rural and urban intimate violence victimization experiences and consequences: A pilot study. *Journal of Family Violence, 18*, 83-92.
- Marchiori, E.; Rossi, L. y Colombo, G. (2004). La sindrome della donna malmenata in Italia. Uno studio in prospettiva psicopatologica / The battered woman syndrome in Italy. A psychological prospective study. *Minerva Psichiatrica, 45*, 43-53.
- 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.
- McAdams, D. P. (1995). What we know when we know a person? *Journal of Personality, 63* (3), 365-396.
- McAdams, D. P., Anyidoho, N. A., Brown, C., Huang, Y. T., Kaplan, B., & Machado, M. A. (2004). Traits and stories: Links between dispositional and narrative features of personality. *Journal of Personality, 72*, 761-784.
- McAdams, D. P. y Pals, J. L. (2006). A new Big Five: Fundamental principles for an integrative science of personality. *American Psychologist, 204-217*.
- McCrae, R.R. y John, O.P. (1992). An introduction to the five factor models and its applications. *Journal of Personality, 60*, 175-215.
- McCrae, R.R. y Costa, P. T. (1996). Toward a new generation of personality theories: Theoretical contexts for the Five-Factor Model. En J.S. Wiggins (ed.). *The five-*

- factor model of personality. Theoretical perspectives* (51-87). New York: Guilford Press.
- McCrae, R.R. y Costa, P. T. (1999). A Five-Factor theory of personality. En L. A. Pervin y O. P. John (Eds.). *Handbook of personality. Theory and research*. 2nd edition, pgs. 139-153. New York: Guilford Press.
- McGregor, I., McAdams, D. P., & Little, B. R. (2006). Personal projects, life stories, and happiness: On being true to one's traits. *Journal of Research in Personality*: 551-572.
- Neimeyer, R. A. (1993). An appraisal of constructivist psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 221-234.
- 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.
- Peyrú, G. M. y Corsi, J. (2003). Las violencias sociales. En J. Corsi y G. M. Peyrú (Coords.). *Violencias sociales*, pgs. 15-80. Barcelona. Ariel
- 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
- Rodríguez-Franco, L.; Antuña-Bellerín, M. A.; Rodríguez Díaz, F. J.; Herrero, F. J. y Nieves, V. E. (2007). Violencia de Género en Relaciones de Pareja Durante la Adolescencia. En R. Arce, F. Fariña, E. Alfaro, C. Civera y F. Tortosa (Eds.). *Psicología Jurídica: Violencia y Víctimas*. 137-146. Valencia: Diputación Provincial de Valencia.
- Sanmartín, J. (Ed.) (2007). II Informe internacional: violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Valencia: Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia.
- Serran, G. y Firestone, P. (2004) Intimate partner homicide: a review of the male proprietariness and the self-defence theories. *Aggressive and Violent Behavior*, 9, 1-15.
- Shannon, L.; Logan, T. K.; Cole, J. y Medley, K. (2006). Help-Seeking and Coping Strategies for Intimate Partner Violence in Rural and Urban Women. *Violence and Victims*, 21, 167-181.
- SPSS Inc. (2007). *Statistical Package for the Social Sciences 16.0*. Chicago: Ill.
- Velázquez, S. (2003). *Violencias cotidianas, violencia de género. Escuchar, comprender, ayudar*. Buenos Aires. Paídos
- Walker, L. (1994). *Abused women and survivor therapy*. Washington, DC. American Psychological Association.

