

Eficacia de la psicoterapia individual en mujeres maltratadas por su pareja: valoración de una experiencia

Montse Davins-Pujols¹, Carles Pérez-Testor^{1,2},

Manel Salamero-Baró¹ y Inés Aramburu Alegret¹

¹ Institut Universitari en Salut Mental Vidal i Barraquer (Universitat Ramon Llull)

² Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna (URL)

Resumen

Este estudio evalúa la eficacia de la Psicoterapia Psicoanalítica Focal y Breve (PPFB) en 46 mujeres maltratadas por su pareja atendidas en la Unitat d'Atenció Especialitzada per a Dones Maltractades (UNADOM) de la Fundació Vidal i Barraquer de Barcelona, a través del Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II). La UNADOM es un servicio de asistencia público y gratuito subvencionado por la Generalitat de Catalunya destinado a mujeres maltratadas que necesitan atención psicológica en régimen ambulatorio. Se tuvieron en cuenta los resultados obtenidos en el MCMI-II en la fase inicial de evaluación y una vez finalizado el tratamiento. Los resultados revelan que al inicio de la terapia las tres escalas básicas de personalidad que obtuvieron la media más elevada fueron la Dependiente, la Autodestructiva y la Fóbica. En cambio, una vez finalizada la terapia individual, estas mismas escalas presentaban puntuaciones medias inferiores y estadísticamente significativas. Tan sólo la escala Compulsiva mostraba puntuaciones superiores al punto de corte TB>75. Se discuten los resultados obtenidos y se insta a que futuros trabajos proporcionen mayor evidencia empírica de las complejas interacciones que se producen entre los dos miembros de la pareja en situaciones de maltrato para poder diseñar estrategias de prevención y de tratamientos eficaces y realistas.

Palabras clave: mujeres maltratadas, perfiles de personalidad, eficacia terapéutica

Autor/a de correspondència:

Montserrat Davins

Fundació Vidal i Barraquer

Barcelona

mdavins@fvb.cat

Introducción

En los últimos años, en nuestro país se ha incrementado la sensibilidad ante el fenómeno de los malos tratos (Vives-Cases y La Parra, 2008), y el problema de la violencia doméstica se ha convertido en una prioridad en la agenda política, tal como refleja la Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. En este marco se han desarrollado circuitos específicos y multidisciplinares que ofrecen orientación jurídica y atención social, médica y psicológica a las mujeres maltratadas.

Sabemos que las consecuencias de la violencia conyugal en la salud mental de las mujeres, tanto a corto como a largo plazo, son graves. La literatura evidencia que las mujeres maltratadas en sus relaciones íntimas sufren ansiedad, depresión y trastorno por estrés postraumático (por ejemplo, Amor, Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta 2001; Campbell, 2002; Mechanic, Weaver y Resick, 2008; Pico-Alfonso, 2005). Por otro lado, se considera que si la presión ambiental a la que se ve sometida una persona es excesiva, su estilo de personalidad puede cambiar (Choca, Shanley y Van Denburg, 1992), y esto invita a preguntarnos si, la personalidad de una mujer que ha sufrido malos tratos graves, puede verse afectada o modificada. Aunque esto no ha sido confirmado por adecuados diseños longitudinales, lo cierto es que sufrir malos tratos se asocia a una serie de características de personalidad que reflejan un estado de desajuste o malestar generalizado y permanente que genera cambios emocionales profundos y obliga a la mujer maltratada a adaptarse a la situación (Echeburúa y Corral, 1998).

En efecto, algunos estudios han encontrado asociación entre el maltrato en las relaciones de pareja y las variables de personalidad. Rosewater (1988) halló que las mujeres abusadas mostraban puntuaciones altas en las escalas 4 (Pd, desviación psicopática), 6 (Pa, paranoia) y 8 (Sc, esquizofrenia) del *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI, Hathaway y McKinley, 1967). Khan, Welch y Zillmer (1993), evaluaron a un grupo de mujeres que vivían en casas de acogida utilizando el MMPI- 2 y los perfiles más frecuentes comprendían las escalas 4 (Pd), 6 (Pa) y 8 (Sc). Del mismo modo, el estudio dirigido por Rollstin y Kern (1998) también mostraba puntuaciones elevadas en estas escalas. Trabajos más recientes no difieren en gran medida de estos resultados (Morrell y Rubin, 2001).

Cogan y Porcerelli (1996) administraron la segunda versión del *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI, Millon, 1983) a un grupo de muje-

res maltratadas por su cónyuge y encontraron que la escala dependiente era la que mostraba las puntuaciones más elevadas. En un estudio de Pico-Alfonso, Echeburúa y Martínez (2008), las mujeres que habían sufrido abusos en sus relaciones íntimas mostraban puntuaciones más altas que el grupo control en las escalas básicas de personalidad esquizoide, fóbica y autodestructiva del MCMI-II. En la misma línea, en un reciente trabajo, nuestro equipo de investigación halló que las mujeres maltratadas por su pareja mostraban las puntuaciones más elevadas en las escalas dependiente, autodestructiva y fóbica (Davins, Pérez-Testor, Salamero y Castillo, 2010).

En Cataluña, aparte de los diferentes dispositivos existentes (por ejemplo, centros de urgencias, casas de acogida, pisos tutelados, puntos de información y atención a las mujeres, oficina de atención a la víctima, asociaciones, etcétera), en el año 2003 nos pareció necesario ofrecer un servicio con un enfoque integral de la persona con la finalidad última de evitar que la mujer se viera implicada nuevamente en situaciones de pareja similares y tratarla a través de intervenciones específicamente dirigidas a su problemática. Ciertamente, faltan recursos y, los existentes, suelen estar saturados, programan visitas a largo plazo y las intervenciones psicológicas que ofrecen suelen ser limitadas (algunas entrevistas). En aquel momento, el Departament de Benestar i Família (actualmente Departament d'Acció Social i Ciutadania) de la Generalitat de Catalunya, subvencionó nuestro proyecto de crear un programa de actuación destinado a mujeres maltratadas que necesitan una ayuda psicológica en régimen ambulatorio: la Unitat d'Atenció Especialitzada per a Dones Maltractades (UNADOM) de la Fundació Vidal i Barraquer de Barcelona, que ofrece una atención personalizada a mujeres que sufren problemas emocionales generados por la experiencia abusiva que han vivido, a través de una exploración diagnóstica y un tratamiento psicológico.

La exploración psicológica se realiza a través de entrevistas diagnósticas y la administración de instrumentos específicos de evaluación para detectar y analizar las características individuales de la mujer maltratada (por ejemplo, situación socio-económica, presencia de antecedentes de maltrato, etcétera) y las posibles consecuencias emocionales de la experiencia abusiva sufrida, como la sintomatología clínica, el estado psicopatológico y de personalidad, los estilos de relación interpersonal adoptados y las estrategias de afrontamiento utilizadas. Los instrumentos de evaluación utilizados son: el *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II* (MCMI-II), de Millon (1983); la *Dyadic Adjustment Scale* (DAS), de Spanier (1976), una adaptación de la *Entrevista Semiestructurada sobre Mal-*

trato Doméstico (Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca, 1994) y el *cuestionario COPE* (Carver, Scheier y Weintraub, 1989).

El tratamiento psicológico se inscribe dentro de lo que denominamos “Psicoterapia Psicoanalítica Focal y Breve” (PPFB). Entendemos la psicoterapia como un tratamiento de naturaleza psicológica que se desarrolla entre un profesional especialista y una persona que precisa ayuda a causa de sus dificultades emocionales, que se lleva a cabo de acuerdo con una metodología sistematizada basada en determinados fundamentos teóricos, y que tiene como finalidad eliminar o disminuir el sufrimiento y los trastornos del comportamiento derivados de dichas alteraciones, a través de la relación interpersonal entre el terapeuta y el paciente (Coderch, 1987). Hablamos de psicoterapia psicoanalítica cuando en la aplicación de esta práctica se adoptan los principios teóricos psicoanalíticos (concepción de la vida mental, la salud y la patología), así como la utilización de ciertos elementos técnicos de la “cura” clásica (Pérez-Sánchez, 1996). Y nos referimos con breve y focal a los factores específicos de esta modalidad de psicoterapia, por la limitación del tiempo, que se acostumbra a fijar al inicio del tratamiento y porque se delimita un foco de trabajo. El foco se determina en un punto crucial de la problemática de la paciente, y se plantea en base a las áreas relacionales más conflictivas así como aquellas que son asequibles para el tratamiento. El objetivo de la focalización es concentrar la tarea terapéutica en la comprensión de la conjunción de ansiedades y defensas a partir de la dificultad actual que ha motivado la demanda de tratamiento. Se destaca el papel activo del terapeuta y la flexibilidad, dado que se adapta a las necesidades de cada consultante.

La psicoterapia psicodinámica es uno de los métodos de psicoterapia que se aplica con mayor frecuencia en la práctica clínica. Sin embargo, ha sido objeto de controversia, especialmente considerando su evidencia empírica. Existen diversos meta-análisis que examinan la eficacia de la psicoterapia PPFB (por ejemplo, Anderson y Lambert, 1995; Crits-Christoph, 1992), y estudios de revisión tanto de la eficacia como de los mecanismos de cambio en PPFB. Los resultados muestran ser estables después del tratamiento y evidencian la superioridad de la PPFB comparada con las condiciones control (tratamiento usual o listas de espera), (Leichsenring, Rabung y Leibing, 2004; Leichsenring y Leibing, 2007). Leichsenring *et al.* (2004) no encontraron diferencias entre la PPFB y otras formas de psicoterapia, aunque en un estudio posterior concluyeron que, globalmente, la PPFB era igual de efectiva que los tratamientos establecidos (por ejemplo, terapia cognitivo-conductual), (Leichsenring *et al.*, 2007). Por tanto, según los autores, la PPFB

es un tratamiento efectivo, pero son necesarias futuras investigaciones que incluyan los ingredientes activos de la PPFB. Diferentes estudios han examinado los efectos a largo plazo de la psicoterapia breve psicodinámica (Hoglund, 2003) y la importancia de poner el acento en la interfase entre la investigación y la práctica clínica. Actualmente, parece que la evidencia empírica apoya la eficacia de la terapia psicodinámica, y que los tamaños del efecto son igual de grandes que los aportados por otras terapias que han estado activamente fomentadas por el “apoyo empírico” y “basadas en la evidencia” (Shedler, 2010).

En la UNADOM, la frecuencia de las sesiones es semanal y cada sesión es de 30 minutos. La duración del tratamiento puede ir de tres meses a un año, aproximadamente. Al finalizar el tratamiento psicológico que se ha indicado y acordado, se valora cualitativamente el trabajo terapéutico realizado (comprobación del cumplimiento de objetivos) poniendo atención en la percepción subjetiva que la mujer pueda describir de la ayuda psicológica recibida, y se vuelven a administrar los cuestionarios iniciales (post-tratamiento) para evaluar la existencia de diferencias, tanto a nivel sintomático como de los posibles cambios en la tendencia de su estilo personal y relacional producidos.

En líneas generales, los principales objetivos terapéuticos de la UNADOM son:

1. Aliviar el sufrimiento mental.
2. Evitar la cronificación de los síntomas, reducirlos y/o superarlos.
3. Promover un sentimiento de reafirmación y una recuperación de la seguridad y la autoestima.
4. Ayudar a reformular la propia identidad.
5. Estimular sus capacidades autónomas y facilitar la adquisición de recursos más saludables de afrontamiento a la realidad.
6. Favorecer un mayor contacto con los propios sentimientos.
7. Flexibilizar los mecanismos defensivos y/o vincular lo que está disociado.
8. Facilitar la capacidad de pensamiento e incrementar la capacidad de contención.

9. Ayudar a detectar la presencia del patrón de relación que ha caracterizado el vínculo con la pareja y promover estilos de relación interpersonal más adaptados.
10. Considerar nuevos proyectos de futuro.

El objetivo del presente estudio es evaluar la eficacia de la Psicoterapia Psicoanalítica Focal y Breve (PPFB) en un grupo de mujeres maltratadas por su pareja que finalizan el tratamiento psicológico en la Unitat d'Atenció Especialitzada per a Dones Maltractades (UNADOM) de la Fundació Vidal i Barraquer de Barcelona, a través del *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II* (MCMI-II), y comprobar los cambios producidos en los estilos de personalidad entre un primer momento y una vez finalizada la terapia. Esperábamos que las escalas con puntuaciones más elevadas fueran la dependiente, la fóbica y la autodestructiva y que éstas bajaran de forma significativa al final del tratamiento.

Método

Participantes

Las participantes del estudio eran 46 mujeres maltratadas por su pareja que acudían a la UNADOM para recibir ayuda psicológica y que finalizaron el tratamiento habiendo cumplimentado el MCMI-II. La UNADOM es un servicio de asistencia público y gratuito destinado a mujeres maltratadas que necesitan atención psicológica en régimen ambulatorio. Para poder entrar a formar parte del programa las consultantes deben vivir en Catalunya y ser mayores de 18 años. El servicio está destinado a mujeres que están siendo o han sido maltratadas y que pueden convivir o no con la pareja en el momento de realizar la consulta.

Como podemos ver en la Tabla 1, respecto a las características socio-demográficas y las diversas circunstancias del maltrato sufrido, la media de edad de las mujeres en el momento de acudir a la UNADOM era de 42.2 años, y la media de años de maltrato conyugal sufrido de 13.6. Considerando la situación conyugal, de formación y laboral, el 45.7% convivía con la pareja, el 56.6% tenía estudios secundarios o superiores y el 60.8% trabajaba. Un 15.2% afirmaba haber sufrido abuso sexual además de agresiones físicas y maltrato psicológico por parte de su cónyuge. El primer episodio de maltrato se produjo durante el noviazgo en el 15.2% de los casos. El maltrato se extendía a los hijos en un 39.1% de los casos, el 17.4% había tenido experiencias de malos tratos previas con otras parejas y el 23.9% de las mujeres afirmaba haber sufrido malos tratos en su infancia.

	M	SD
Edad actual (rango: 21-68)	42.2	12.7
Edad de la mujer al iniciar la relación (rango: 17-40)	23.6	7.4
Edad de la mujer al iniciar la convivencia (rango: 17-41)	26,1	6,1
Años de maltrato	13.6	14.1
Número de hijos	1.6	1.3
	N	(%)
Situación conyugal		
Convivencia	21	(45.7)
No convivencia	25	(54.3)
Nivel de estudios		
Primarios incompletos	6	(13.0)
Primarios	14	(30.4)
Secundarios	13	(28.3)
Superiores	13	(28.3)
Trabajo actual		
Sí	28	(60.8)
No	9	(19.6)
Subsidio de paro o enfermedad	9	(19.6)
Tipo de maltrato ³		
Psicológico	46	(100)
Físico	26	(56.5)
Sexual	7	(15.2)
Primer episodio del maltrato		
Durante el noviazgo	7	(15.2)
Durante la convivencia	39	(84.8)
Maltrato a los hijos		
Sí	18	(39.1)
No	28	(60.9)
Experiencias de maltrato previas con otras parejas		
Sí	8	(17.4)
No	38	(82.6)
Maltrato en la infancia		
Sí	11	(23.9)
No	35	(76.1)

Tabla 1. Características socio-demográficas y circunstancias del abuso en 46 mujeres maltratadas

Instrumentos

Este estudio forma parte de un trabajo clínico más amplio que incluye entrevistas exploratorias, diversos cuestionarios y el tratamiento psicológico propiamente dicho, pero para el presente artículo tuvimos

¹ Estas categorías no son excluyentes ya que muchas de las mujeres han sufrido más de un tipo de maltrato.

en cuenta los resultados obtenidos en el MCMI-II antes de iniciar el tratamiento de elección y una vez finalizado el mismo.

El *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II* (MCMI-II), validado para la población española por TEA Ediciones (2000), es un cuestionario de personalidad autoinformado que consta de 175 ítems con formato de respuesta verdadero o falso. Se compone de tres escalas de corrección -Deseabilidad (Y), Alteración (Z) y Sinceridad (X)- y 22 escalas clínicas: 10 escalas básicas de personalidad -Esquizoide (1), Fóbica (2), Dependiente (3), Histriónica (4), Narcisista (5), Antisocial (6A), Agresivo-sádica (6B), Compulsiva (7), Pasivo-agresiva (8A) y Autodestructiva (8B)-, 3 escalas de personalidad patológica -Esquizotípica (S), Límite (C) y Paranoide (P)-, 6 escalas de síndromes clínicos de gravedad moderada -Ansiedad (A), Histeriforme (H), Hipomanía (N), Neurosis depresiva (D), Abuso de alcohol (B) y Abuso de drogas (T)-, y tres escalas de síndromes clínicos de gravedad extrema -Pensamiento psicótico (SS), Depresión mayor (CC) y Delirios psicóticos (PP)-. La división entre escalas de personalidad (Eje II) y síndromes clínicos (Eje I) pretende que las interpretaciones sean congruentes con la lógica multiaxial del DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1997). La fiabilidad de las escalas del MCMI-II en la muestra española está en el rango de 0.67-0.94, usando el coeficiente alpha de Cronbach. La puntuación transformada $TB > 75$ adquiere significación estadística. No utilizamos la nueva versión del inventario, el MCMI-III, porque cuando empezamos el estudio aún no estaba disponible en España.

Procedimiento

Cuando una mujer acude a nuestra unidad, ofrecemos una primera función de contención al mismo tiempo que tratamos de obtener una visión global de los factores personales, familiares y sociales que han participado en el desencadenamiento del cuadro. Desde un punto de vista dinámico, las entrevistas diagnósticas ya tienen una cierta función terapéutica y en las sesiones terapéuticas se sigue delimitando el diagnóstico. Sin embargo, pensamos que es conveniente diferenciar claramente los dos espacios porque nos ayuda a ordenar y clarificar la labor a desarrollar en cada situación (Pérez-Testor y Pérez-Testor, 2006).

Como decíamos, la exploración psicológica consta de una primera entrevista abierta, una segunda entrevista biográfica, una adaptación de la Entrevista Semi-estructurada sobre Maltrato Doméstico (Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca, 1994), la *Dyadic Adjustment Scale* (DAS, Spanier, 1976), el cuestionario COPE (Carver, Scheier y

Weintraub, 1989) y el *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II* (MCMI-II, Millon, 2000), pero para el presente estudio, que forma parte de un trabajo más amplio, no tuvimos en cuenta los datos de la DAS ni del cuestionario COPE. Después de esta exploración plenamente integrada al tipo de ayuda que reciben las mujeres en el servicio, se realiza una entrevista de devolución donde se ofrece una síntesis de aquello comprendido hasta el momento y, en su caso, la indicación terapéutica a realizar. El protocolo de evaluación es efectuado por una psicóloga psicoterapeuta con más de siete años de experiencia evaluando y tratando mujeres maltratadas por su pareja.

Respecto al tratamiento, el marco de nuestro trabajo se inscribe en lo que denominamos PPFB. Recordemos que en la UNADOM, la frecuencia de las sesiones es semanal, cada sesión es de 30 minutos y la duración del tratamiento puede ser de tres meses a un año, aproximadamente. Al finalizar el tratamiento psicológico, se vuelven a administrar los cuestionarios iniciales (post-tratamiento) para evaluar la existencia de diferencias estadísticamente significativas y clínicamente significantes, tanto a nivel sintomático como de los posibles cambios en la tendencia de sus estilos personales y relacionales producidos en la mujer durante el período en que ha recibido la asistencia psicológica. Todas las mujeres participaron en el estudio voluntariamente previo consentimiento informado.

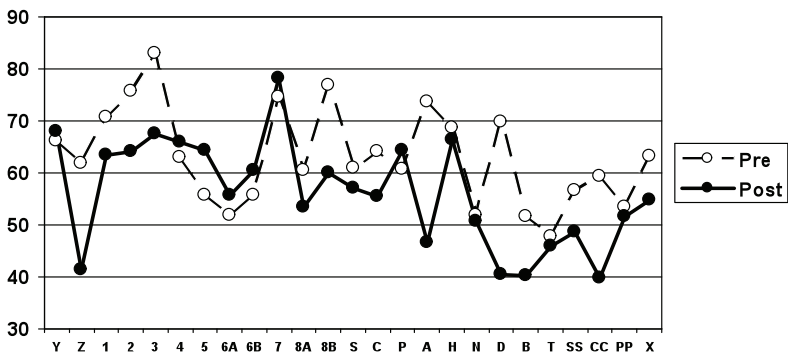
Resultados

Un total de 93 mujeres completaron la primera fase de evaluación que forma parte de la exploración psicológica inicial antes de la intervención terapéutica. De éstas, 21 mujeres (22.6%) interrumpieron el tratamiento, 13 (14%) finalizaron el tratamiento pero no realizaron la evaluación final (post-tratamiento), la terapia de 13 mujeres (14%) sigue en curso, y 46 mujeres (49.5%) terminaron la terapia y cumplieron el cuestionario final. Así pues, el trabajo que ahora presentamos se realizó con estas 46 mujeres que finalizaron la terapia y que, además, respondieron al MCMI-II en la segunda fase de evaluación.

Respecto a las circunstancias del maltrato, hay que recordar que todas las mujeres de la muestra habían sufrido maltrato psicológico y que más de la mitad (el 56.5%) había sufrido situaciones de agresión física. La duración del maltrato conyugal padecido ascendía de media a 13.6 años (SD: 14.1), y más del 45% convivían con la pareja en el momento de acudir a la unidad. El maltrato se extendía a los hijos en un 39.1%, el 17.4 % había tenido experiencias de maltrato

previas con otras parejas y el 23.9% había sufrido malos tratos en su familia de origen cuando eran pequeñas.

Se calcularon las medias y las desviaciones estándar de las escalas de personalidad del MCMI-II antes y después del tratamiento psicológico. Para el análisis de las diferencias entre un primer momento – antes de comenzar la terapia– y un segundo momento –una vez finalizada–, se utilizó una prueba *t* de Student por datos apareados. Los resultados a través del MCMI-II se muestran en la Tabla 2. En un primer momento, la escala básica de personalidad que obtuvo la media más elevada fue la Dependiente ($M=82.91$, $SD: 19.47$), seguida de la escala Autodestructiva ($M= 76.72$, $SD: 18.68$), y la Fóbica ($M= 75.67$, $SD: 17.83$). La escala Compulsiva, aunque no superaba una puntuación media $TB>75$, era la cuarta escala predominante ($M=74.59$, $SD: 18.75$). De los síndromes clínicos de gravedad moderada, la escala que mostró la puntuación media más elevada fue la de Ansiedad ($M= 73.57$, $SD: 27.87$). En cambio, una vez finalizada la terapia individual, sólo la escala Compulsiva mostraba puntuaciones $TB>75$ ($M=78.15$, $SD: 18.56$), mientras que el resto de escalas presentaban puntuaciones medias inferiores. Ciertamente, muchas de las escalas presentan diferencias estadísticamente significativas, de las cuales las más relevantes fueron la escala de Alteración (índice de corrección), la Fóbica, la Dependiente, la Autodestructiva, la Ansiedad, la Neurosis Depresiva, el Abuso de Alcohol y la Depresión Mayor ($p<0.001$), (Tabla 2). En Figura 1 podemos observar, claramente, que la tendencia, en la mayoría de las escalas, es la de presentar puntuaciones más moderadas una vez se ha acabado el tratamiento psicológico.



	PRE	POST	t	p
	M (SD)	M (SD)		
Deseabilidad (Y)	66.24 (16.96)	67.87 (19.14)	-0.694	0.491
Alteración (Z)	61.83 (20.34)	41.43 (21.81)	7.796	<0.001
Esquizoide (1)	70.63 (16.07)	63.30 (16.97)	2.923	0.005
Fóbica (2)	75.67 (17.83)	63.98 (18.70)	4.487	<0.001
Dependiente (3)	82.91 (19.47)	67.41 (26.21)	5.538	<0.001
Histriónica (4)	62.96 (19.84)	65.91 (21.56)	-1.180	0.244
Narcisista (5)	55.61 (24.24)	64.37 (19.01)	-2.842	0.007
Antisocial (6A)	51.89 (19.98)	55.78 (21.34)	-1.526	0.134
Agresivo-sádica (6B)	55.78 (23.41)	60.37 (22.18)	-1.636	0.109
Compulsiva (7)	74.59 (18.75)	78.15 (18.56)	-2.510	0.016
Pasivo-agresiva (8A)	60.48 (24.67)	53.46 (28.27)	1.747	0.087
Autodestructiva (8B)	76.72 (18.68)	60.04 (22.97)	6.504	<0.001
Esquizotípica (S)	61.02 (16.48)	57.15 (11.54)	2.031	0.048
Límite (C)	64.02 (17.46)	55.39 (19.45)	3.341	0.002
Paranoide (P)	60.61 (12.22)	64.39 (13.98)	-2.284	0.027
Ansiedad (A)	73.57 (27.87)	46.63 (28.91)	6.395	<0.001
Histeriforme (H)	68.61 (12.44)	63.37 (13.17)	2.788	0.008
Hipomanía (N)	51.72 (15.19)	50.78 (13.92)	0.462	0.646
N. depresiva (D)	69.83 (29.85)	40.37 (26.96)	6.840	<0.001
Abuso de alcohol (B)	51.65 (12.90)	40.20 (17.72)	5.140	<0.001
Abuso de drogas (T)	47.63 (16.59)	45.93 (20.11)	0.746	0.459
Pens. psicótico (SS)	56.54 (18,61)	48.74 (20.12)	3.185	0.003
Depresión mayor (CC)	59.28 (20.10)	39.80 (26.08)	6.555	<0.001
Delirios psicóticos (PP)	53.43 (15.33)	54.61 (17.67)	-0.615	0.542
Sinceridad (X)	63.07 (18.72)	54.74 (21.83)	3.378	0.002

Nota: Se han destacado en negrita las escalas con puntuaciones TB>75 y las diferencias con p>0.001.

Tabla 2. Medias y desviaciones estándar del MCMI-II antes y después del tratamiento (N=46)

Discusión

Recordemos que el objetivo del estudio que presentamos era valorar nuestra experiencia en la UNADOM de la Fundació Vidal i Barraquer de Barcelona, evaluando la eficacia de la PPFB en 46 mujeres maltratadas por su pareja, mediante la comparación de los resultados obtenidos del MCMI-II antes y después del tratamiento psicológico.

El primer resultado que llama la atención es que, a pesar de acudir a una Unitat d'Atenció Especialitzada per a Dones Maltractades, un 45.7% afirmaba estar viviendo con su pareja cuando venía a la consulta. Además, es relevante la duración media del maltrato, de más de 13 años. Esta cifra –según nuestro parecer– tan elevada, se relaciona con las dificultades de algunas mujeres –por lo tanto, no todas– para alejarse del agresor y poner fin a la relación abusiva. Echeburúa y Corral (1998) señalan que, por término medio, las mujeres permanecen en la relación violenta unos 10 años. Según el Instituto de la Mujer (2006), un 9.6% de las mujeres españolas mayores de 18 años han sufrido violencia en sus relaciones de pareja, y tres de cada cuatro de estas mujeres declaran haber sido maltratadas durante más de cinco años. Estos datos son similares a los encontrados en otros países (ENVEFF, 2000; Richardson *et al.*, 2002; WHO, 2003). Todos ellos reflejan que el maltrato en una relación de pareja es un fenómeno de enorme complejidad y que la dificultad en el distanciamiento por parte de las mujeres, no sólo se explica por razones familiares, económicas o sociales, sino que hay todo un conjunto de motivos psicológicos –intrapésicos e interpersonales– que juegan un papel fundamental a la hora de desvincularse de una pareja que las maltrata.

Así pues –contrariamente a lo que se podría pensar–, la duración y la severidad del maltrato no hacen más probable que la mujer se separe del maltratador (Pape y Arias, 2000; Strube y Barbour, 1984). Parecería que, aunque en un principio, la mayor gravedad de la violencia –por lo que respecta a la intensidad y a la frecuencia– sería un elemento que debería facilitar que la víctima abandonara la convivencia con el agresor, hay casos en que, por ejemplo, la indefensión, la falta de esperanza y el deterioro de la autoestima que se producen en la mujer maltratada, dificultarían la adopción de decisiones enérgicas y generarían un temor al futuro en soledad. Por tanto, aparte del miedo, el poco apoyo social y/o económico, etcétera, habría factores intersubjetivos subyacentes que podrían estar detrás del mantenimiento de la relación abusiva, factores relacionados tanto con determinados estilos de personalidad como con las particulares modalidades de relación que se establecen y que explicarían por qué la dinámica del vínculo cuesta tanto de romper o modificar.

En nuestro estudio, inicialmente, las tres escalas básicas de personalidad que presentaban puntuaciones más elevadas eran la Dependiente, la Auto-destructiva y la Evitativa (o Fóbica). La escala Dependiente pretende evaluar rasgos característicos de docilidad, sumisión, dificultades para tomar iniciativas, escasa autoestima e ingenuidad. Las personas con un estilo de personalidad dependiente parecen orientarse a buscar el apoyo y la seguridad en los demás, buscando su aprobación y afecto. Pueden adoptar voluntariamente un papel sumiso con la esperanza de evitar el aislamiento, la soledad y el miedo al abandono. Los tipos de personalidades autodestructivas, por ejemplo, se pueden caracterizar por mantener relaciones interpersonales de subordinación, por el rechazo de ayuda o elogios, un estado de ánimo disfórico y/o ansioso, infravaloración de los logros, tendencia a aparejarse con personas explotadoras, escasa evitación del dolor, asunción del papel de víctima, etcétera. Además, poseen escasas habilidades sociales como la asertividad, tienden a sufrir trastornos depresivos, su autoestima es baja, y casi nunca experimentan placer en sus vidas. La escala evitativa o fóbica se ocupa de medir básicamente las características de alienación, aversión a las relaciones interpersonales, hipersensibilidad y disforia. Las personas con un estilo de personalidad de este tipo se caracterizan por una hipersensibilidad ante las tensiones vitales y tienden a mostrar una preocupación constante por el peligro y el malestar, que las lleva a distanciarse de los demás como mecanismo de protección contra el sufrimiento psíquico que ellas anticipan (Choca, *et al.*, 1992).

Diversos hallazgos observados en nuestro trabajo concuerdan con los resultados de los estudios revisados, como la presencia de síntomas evitativos y/o estrategias de evitación (Baldry, 2003; Feerick y Haugaard, 1999; Lewis, 2003; MacDonald, 2002; Mitchell y Hodson, 1983; Shir, 1999); el estilo dependiente de la personalidad (Cogan y Porcerelli, 1996; Coolidge y Anderson, 2002), o comportamientos autodestructivos (Carmen, Reiker y Mills, 1984; Gallop, 2002; Sansone, Sansone y Wiederman, 1995; Sansone, Gaither y Songer, 2002; Soloff, Lynch y Kelly, 2002; Walker, 1994). Las escalas básicas de personalidad Esquizoide, Evitativa y Autodestructiva del MCMI-II presentaban las puntuaciones más elevadas adquiriendo significación estadística en el estudio de Pico-Alfonso *et al.*, (2008). En un estudio anterior, apuntábamos que a menudo, muchas de las mujeres maltratadas podrían adoptar estos estilos de personalidad como herramienta defensiva, para protegerse de mayores agresiones, intentar menguar las represalias del abusador, adaptarse a la situación y velar por la autopreservación. Es decir, que ante un sufrimiento tan intenso, es probable que se haya consolidado en las víctimas una actitud defensiva (Pérez-Testor, Castillo, Davins, Salamero y San Martino, 2007).

Las mujeres maltratadas intentan evitar pensar o sentir emociones que les provoquen reexperimentar lo que ha sucedido, de esta manera se protegen del caos, la confusión y el peligro. Estas estrategias ayudan, en un primer momento, a que la mujer no se enfrente totalmente al impacto emocional del incidente. Sin embargo, la utilización de estos tipos de estrategias tiene, a largo plazo, consecuencias negativas, como presentar mayor sintomatología psicológica y/o malestar emocional (Villavicencio, 1996). Los mecanismos de defensa tienen la finalidad de reducir todo aquello que ponga en peligro la integridad de la persona y acostumbran a apartar los contenidos ansiosos de la consciencia. Millon y Davis (1996) utilizan el término de “constricción protectora” para referirse a la red de maniobras protectoras conscientes e inconscientes que la persona desarrolla para disminuir la probabilidad de que las experiencias perturbadoras vuelvan a darse en el futuro. Sin embargo, a consecuencia de estos esfuerzos protectores la persona reduce o limita su mundo. Por un lado, el individuo consigue reducir la ansiedad alejando de la consciencia sus fuentes internas de malestar, aunque, por otro lado, obstaculiza el aprendizaje de nuevas maneras, potencialmente más constructivas. Parecería que las mujeres maltratadas tienden a minimizar las consecuencias del maltrato para poder vivir con un menor nivel de ansiedad y estrés. Estas “maniobras” tendrían la finalidad de atenuar la alteración emocional y de limitar la extensión del sufrimiento, pero como contrapartida dificultarían el alejamiento del maltratador precisamente porque facilitarían en la mujer la habituación a la situación abusiva.

De todas formas, estaríamos ante experiencias de maltratos graves, con posibles afectaciones a la personalidad de la mujer, alteraciones en sus estilos básicos de funcionar que la llevarían a tener problemas interpersonales. Sin embargo, lo que observábamos una vez finalizado el tratamiento psicológico, era que muchas de las escalas del MCMI-II disminuían, adoptando puntuaciones moderadas en comparación a la evaluación inicial. Las escalas que adquirían mayor significación estadística fueron la Alteración (índice de corrección), la Fóbica, la Dependiente, la Autodestructiva, la Ansiedad, la Neurosis Depresiva, el Abuso de Alcohol y la Depresión Mayor. La única escala que superaba una puntuación $TB > 75$ al final del tratamiento fue la Compulsiva, que de hecho también adquiría una fuerte presencia al inicio del tratamiento sin llegar a superar el punto de corte $TB > 75$. La escala Compulsiva pretende medir la autodisciplina, la perseverancia, el perfeccionismo y la exigencia. Las personas con un perfil compulsivo practican la disciplina y el autocontrol, son ordenadas y se muestran cuidadosas y trabajadoras. Sin embargo, según Craig, Kuncel y Olson (1994), algunas personas que obtienen puntuaciones altas en esta escala no son realmente tan correctas y disciplinadas, sino que se muestran así en el test porque no quieren

reconocer sus errores, quieren “quedar bien”, o se muestran muy defensivas psicológicamente. De todos modos, en el caso de nuestra muestra, parecería que una posible explicación de estos resultados podría ser que, en la medida en que disminuye la dificultad en contactar con los propios sentimientos (esquizoidía), la necesidad de buscar apoyo y seguridad en los demás (dependencia), la hipersensibilidad y preocupación constante (fobia) y la subordinación e infravaloración (autodestructividad); aparecería en mayor medida la necesidad (sana) por parte de las mujeres maltratadas de preservarse, de actuar con prudencia y cautela, y de incrementar la capacidad de pensamiento y cierto estado de control (compulsividad). Estas características, que ya pueden estar presentes al inicio del tratamiento en algunas mujeres maltratadas, pueden verse incrementadas al final de la terapia por la toma de consciencia tanto de la realidad que las rodea como de su realidad psíquica. Además, la experiencia clínica con mujeres maltratadas nos revela que en el transcurso del tratamiento, las tendencias actuadoras y la impulsividad disminuyen, en beneficio de una mayor capacidad de pararse a pensar y entender lo que se ha vivido. Además, en los últimos trabajos empíricos sobre el modelo circular de Millon con el MCMI-III, el eje vertical aparece representado por la dimensión Impulsividad-Compulsividad (Strack, Choca y Gurtman, 2001), trabajo que apoyaría nuestra hipótesis clínica.

Aparte de los resultados cuantitativos que se revelan a partir de la comparación del MCMI-II al inicio y al final del tratamiento, hay todo un conjunto de variables cualitativas y de la propia relación terapéutica que se establece, que como nuestra experiencia clínica indica, se presentarían como factores de eficacia muy potentes que influirían en el éxito terapéutico. Es decir, cuando ofrecemos una función de contención inicial, junto con una actitud de interés y disposición, de escucha activa y empática; cuando creamos un vínculo terapéutico generador de confianza y contenedor de las ansiedades y el dolor; cuando ayudamos a poner palabras a lo que se ha vivido y a los propios sentimientos; cuando trabajamos para subjectivizar la demanda de manera que lleve a asumir la responsabilidad de la propia vida y así poder decidir; cuando clarificamos, potenciamos la capacidad de pensamiento, fomentamos la conexión de aquello que está disociado, etcétera, estamos considerando que un modo de trabajo que tenga en cuenta estas características incluirá elementos de eficacia capaces de promover el cambio.

En cuanto a lo que concierne a las limitaciones de este estudio, conviene subrayar las propias del instrumento de medida utilizado: las clásicas dificultades de los autoinformes que preguntan directamente a la persona sobre la presencia o ausencia de determinados síntomas psicopatológicos.

Convendría que futuros estudios incluyeran un grupo control de mujeres maltratadas que no reciben tratamiento psicológico y/o de mujeres maltratadas atendidas con alguna otra modalidad de intervención terapéutica (por ejemplo, familiar, grupal). Además, sería necesario recoger cuántas de las mujeres que acaban el tratamiento han puesto fin a la relación y cuántas, a pesar de mantener la relación, ésta se ha visto modificada adoptando dinámicas más saludables y realistas. Finalmente, cabe señalar que los resultados hacen referencia a las mujeres que realizaron la evaluación al final del tratamiento, no disponiendo de información de las que lo interrumpieron o no acudieron a la evaluación final.

Por otro lado, la intervención tiene sus propios factores problemáticos. Una Psicoterapia Psicoanalítica Focal y Breve (PPFB) no puede producir cambios profundos en la estructura de la personalidad, aunque puede ser útil para que el sujeto comprenda algunas pautas de su funcionamiento mental y de comportamiento que le han conducido a su desajuste actual y esto le ayude, como mínimo, a volver a su estado habitual. Que la persona se pueda dar cuenta y pueda interrogarse sobre el maltrato como el resultado de un modo particular de encaje, de lazo, entre los dos miembros, es decir, como una modalidad relacional que ambos concurren a construir. Aparte de la mayor concienciación social sobre los malos tratos, en nuestro país, la investigación empírica sobre esta problemática es crucial. Es necesario que trabajos posteriores proporcionen mayor evidencia empírica de las complejas interacciones que se producen entre los dos miembros de la pareja en situaciones conflictivas o violentas para poder diseñar estrategias de prevención y de tratamiento eficaces y que éstas puedan ser confirmadas a través de diseños comparativos y longitudinales con muestras amplias y representativas.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association (1997). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed. rev.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Amor, P. J., Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. & Zubizarreta, I. (2001). Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: Un estudio comparativo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, 167-178.

Anderson, E. M. & Lambert, M. J. (1995). Short-term dynamically oriented psychotherapy: a review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 15, 503-514.

Baldry, A. C. (2003). "Sticks and stones hurt my bones but his glance and words hurt more": The impact of psychological abuse and physical violence by current and former partners on abused women in Italy. *International Journal of Forensic Mental Health*, 2(1), 47-57.

Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359, 1331-1336.

Carmen, E. H., Rieker, P. P. & Mills, T. (1984). Victims of violence and psychiatric illness. *Journal of Psychiatry*, 141, 378-383.

Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.

Choca, J. P., Shanley, L. A. & Van Denburg, E. (1992). *Interpretative guide to the Millon Clinical Multiaxial Inventory*. Washington, DC: American Psychological Association. Traducción al castellano: Choca, J. P. & Van Denburg, E. (1998). *Guía práctica para la interpretación del MCMI* (Millon Multiaxial Clinical Inventory). Barcelona: Paidós.

Coderch, J. (1987). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herder.

Cogan, R. & Porcerelli, J. H. (1996). Object relations in abusive partner relationships: An empirical investigation. *Journal of Personality Assessment*, 66, 106-115.

Coolidge, F. L. & Anderson, L. W. (2002). Personality profiles of women in multiple abusive relationships. *Journal of Family Violence*, 17(2), 117-131.

Craig, R. J., Kuncel, R. & Olson, R. E. (1994). Ability of drug abusers to avoid detection of substance abuse on the MCMI-II. *Journal of Social Behavior and Personality*, 9, 95-106.

Crits-Christoph, P. (1992). The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 149, 151-158.

Davins, M., Pérez-Testor, C., Salamero, M. & Castillo, J. M. (2010). Personality profiles in abused women receiving psychotherapy according to the existence of childhood abuse (*pendent de publicació*).

Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I. & Sauca, D. (1994). Entrevista Semiestructurada sobre Maltrato Doméstico. In E. Echeburúa & P. Corral (1998). *Manual de violencia familiar* (pp. 28-31). Madrid: Siglo XXI.

Echeburúa, E. & Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.

ENVEFF (2000). *Enquete national sur les violences envers les femmes en France*. Equip dirigít per Maryse Jaspard. París: Service des Droits des Femmes.

Feerick, M. M. & Haugaard, J. J. (1999). Long-term effects of witnessing marital violence for women: The contribution of childhood physical and sexual abuse. *Journal of Family Violence, 14*, 377-398.

Gallop, R. (2002). Failure of the capacity for self-soothing in women who have a history of abuse and self-harm. *Journal of American Psychiatric Nurses Association, 8*(1), 20-26.

Hathaway, S. R. & McKinley, J. C. (1967). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory Manual*. New York: Psychological Corporation.

Hoglend, P. (2003). Long-term effects of brief dynamic psychotherapy (2003). *Psychotherapy Research, 13*(3), 271-292.

Instituto de la Mujer (2006). *III Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres*. Madrid: Ministry of Labour and Social Affairs.

Khan, F. I., Welch, T. L. & Zillmer, E. A. (1993). MMPI-2 profiles of abused women in transition. *Journal of Personality Assessment, 60*(1), 100-111.

Leichsenring, F. & Leibing, E. (2007). Psychodynamic psychotherapy: A systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 80*, 217-228.

Leichsenring, F., Rabung, S. & Leibing, E. (2004). The Efficacy of Short-term Psychodynamic Psychotherapy in Specific Psychiatric Disorders. *Archives of General Psychiatry, 61*, 1208-1216.

Lewis, S. F. (2003). An investigation of help-seeking behavior in abused women [Abstract]. *Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering, 63*(9-B), 4376.

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, *Boletín Oficial del Estado (BOE)*, Núm. 313, p. 42166.

MacDonald, B. J. (2002). Marital distress and depressive symptoms in women: The effects of self-silencing and self-complexity [Abstract]. *Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering*, 63(1-B), 537.

Mechanic, M. B., Weaver, T., L. & Resick, P. A. (2008). Mental health consequences of intimate partner abuse. A multidimensional assessment of four different forms of abuse. *Violence Against Women*, 14(6), 634-654.

Millon, T. (1983). *Millon Clinical Multiaxial Inventory Manual*, (3rd ed.). Minneapolis: National Computer Systems.

Millon, T. & Davis, R. D. (1996). *Disorders of personality. DSM-IV and Beyond*. New York: John Wiley & Sons.

Mitchell, R. E. & Hodson, C. A. (1983). Coping with domestic violence: Social support and psychological health among abused women. *American Journal of Community Psychology*, 11(6), 629-654.

Morrell, J. S. & Rubin, L. J. (2001). The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2, posttraumatic stress disorder, and women domestic violence survivors. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(2), 151-156.

Pape, K. T. & Arias, I. (2000). The role of perceptions and attributions in abused women's intentions to permanently end their violent relationships. *Cognitive Therapy and Research*, 24(2), 201-214.

Pérez-Sánchez, A. (1996). *Prácticas psicoterapéuticas*. Barcelona: Fundació Vidal & Barraquer/Paidós.

Pérez-Testor, S. & Pérez-Testor, C. (2006). Diagnóstico de los trastornos de pareja. En C. Pérez-Testor (comp.), *Parejas en conflicto* (pp. 201-208). Barcelona: Fundació Vidal y Barraquer/Paidós.

Pérez-Testor, C., Castillo, J. A., Davins, M., Salamero, M. & San Martino, M. (2007). Personality profiles in a group of abused women: Clinical and care implications. *Journal of Family Violence*, 22(2), 73-80.

Pico-Alfonso, M. A. (2005). Psychological intimate partner violence: The major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29, 181-193.

Pico-Alfonso, M. A., Echeburúa, E. & Martínez, M. (2008). Personality disorder symptoms in women as a result of chronic intimate male partner violence. *Journal of Family Violence, 23*, 577-588.

Richardson, J., Coid, J., Petruckevitch, A., Shan Chung, W., Moorey, S. & Feder, G. (2002). Identifying domestic violence: Cross sectional study in primary care. *British Medical Journal, 324* (7332), 274.

Rollstin, A. O. & Kern, J. M. (1998). Correlates of abused women's psychological distress: Severity of abuse and duration of the postabuse period. *Psychological Reports, 82*, 387-394.

Rosewater, L. B. (1988). Abused or schizophrenic? Psychological tests can't tell. A K. Yllö & M. Bograd (Eds.), *Feminist perspectives on wife abuse* (pp. 200-215). Newbury Park, CA: Sage.

Sansone, R. A., Gaither, G. A. & Songer, D. A. (2002). The relationships among childhood abuse, borderline personality, and self-harm behavior in psychiatric inpatients. *Violence and Victims, 17*(1), 49-55.

Sansone, R. A.; Sansone, L. A. & Wiederman, M. (1995). The prevalence of trauma and its relationship to borderline personality symptoms and self-defeating behaviors in a primary care setting. *Archives of Family Medicine, 4*(5), 439-442.

Shedler, J. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist, 65*(2), 98-109.

Shir, J. S. (1999). Abused women's perceptions and expectations of their current and ideal marital relationship. *Journal of Family Violence, 14*(1), 71-82.

Soloff, P. H., Lynch, K. G. & Kelly, T. M. (2002). Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 16*(3), 201-214.

Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family, 38*, 15-28.

Strack, S., Choca, J. P. & Gurtman, M. B. (2001). Circular Structure of the MCMI-III Personality Disorder Scales. *Journal of Personality Disorders, 15*(3), 263-274.

Strube, M. J. & Barbour, L. S. (1984). Factors related to the decision to leave an abusive relationship. *Journal of Marriage and the Family*, 46, 837-844.

TEA Ediciones. (2000). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II)*. Madrid: TEA Ediciones.

Villavicencio, P. (1996). *La situación de maltrato y su repercusión en el ajuste psicosocial en las mujeres en centros de acogida*. Tesis Doctoral no publicada. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid.

Vives-Cases, C. & La Parra, D. (2008). Spanish politicians discourse about the respon violence against women. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 451-456.

Walker, L. (1994). *Abused women and survivor therapy: A practical guide for the psychotherapist*. Washington, DC: American Psychological Association.

WHO (2003). *World report on violence and health*. Washington: World Health Organization.

Resum

Aquest estudi avalua l'eficàcia de la Psicoteràpia Psicoanalítica Focal i Breu (PPFB) en 46 dones maltractades per la seva parella, ateses a la Unitat d'Atenció Especialitzada per a Dones Maltractades (UNADOM) de la Fundació Vidal i Barraquer de Barcelona, a través del Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II). La UNADOM és un servei d'assistència públic i gratuït, subvencionat per la Generalitat de Catalunya, destinat a dones maltractades que necessiten atenció psicològica en règim ambulatori. Es van tenir en compte els resultats obtinguts en l'MCMI-II, en la fase inicial d'avaluació i un cop acabat el tractament. Els resultats revelen que, a l'inici de la teràpia, les tres escales bàsiques de personalitat que van obtenir la mitjana més elevada van ser la Dependent, l'Autodestructiva i la Fòbica. En canvi, un cop finalitzada la teràpia individual, aquestes mateixes escales presentaven puntuacions mitjanes inferiors i estadísticament significatives. Tan sols l'escala Compulsiva mostrava puntuacions superiors al punt de tall TB>75. Es discuteixen els resultats obtinguts i s'insta a procurar que futurs treballs proporcionin major evidència empírica de les complexes interaccions que es produeixen entre els

dos membres de la parella, en situacions de maltractament per poder dissenyar estratègies de prevenció i de tractaments eficaços i realistes.

Paraules clau: dones maltractades, perfils de personalitat, eficàcia terapèutica.

Abstract

This study assesses the effectiveness of Brief Focal Psychoanalytic Psychotherapy (PPFB) on 46 women being abused by their partners. These women sought help at the Specialised Care Unit for Abused Woman (UNADOM) at the Vidal and Barraquer Foundation in Barcelona. The evaluation was made using Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II). UNADOM is a free service, subsidised by the Government of Catalonia, aimed at abused women who require out-patient psychological treatment. The results obtained from the MCMI-II were taken into account at the initial evaluation phase and again at the end of the treatment. The results show that at the beginning of the treatment the three personality scales with the highest average were the Dependent, Self-Destructive and the Phobic scales. However, after individual therapy the same scales presented lower and statistically significant scores. Only the Compulsive scale presented scores higher than the cut-off point $TB > 75$. The results are discussed and it is recommended that future studies provide more empirical evidence of the complex interactions between partners in abusive relationships in order to be able to design prevention strategies and effective and realistic treatment.

Key words: Abused women, personality profiles, effective therapy.

Nota de los autores

Volem expressar l'agraïment al Departament d'Acció Social i Ciutadania de la Generalitat de Catalunya per subvencionar el programa d'intervenció "Unitat d'Atenció Especialitzada per a Dones Maltractades" (UNADOM), des de l'any 2003.