

Apuntes de Psicología
2014, Vol. 32, número 1, págs. 57-63.
ISSN 0213-3334

Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental,
Universidad de Cádiz, Universidad de Córdoba,
Universidad de Huelva, Universidad de Sevilla

Violencia de género y autoestima: efectividad de una intervención grupal

Marta SANTANDREU OLIVER
Laura TORRENTS DE LOS LLANOS
Rosalía ROQUERO VALLEJO
Aitana IBORRA HERNÁNDEZ
Institut Balear de la Dona, Palma (España)

Resumen

El objetivo de esta investigación es evaluar la efectividad de una intervención socioeducativa grupal en una muestra de treinta mujeres que han padecido violencia de género. El programa de intervención consta de diez sesiones de noventa minutos de duración y una frecuencia semanal. La estructura del taller incluye los siguientes elementos: autoevaluación y autoconcepto, distorsiones cognitivas, crítica patológica, pensamiento positivo, establecimiento de metas e identificación de la manipulación. Además de analizar la efectividad de la intervención, se relacionan otras variables vinculadas con el proceso: ingresos económicos, estado civil, formación, historia previa de maltrato o toma de medicación en las participantes. El instrumento de evaluación que se ha utilizado ha sido la Escala de Autoestima de Rosenberg (versión española de Fernández-Montalvo & Echeburúa, 1997). Se ha aplicado un diseño cuasi-experimental de medidas repetidas (prepost) sin grupo control. Los resultados indicaron que todos los grupos ven incrementado su nivel de autoestima previo al inicio del programa. Se discuten las implicaciones de este estudio para investigaciones futuras.

Palabras clave: violencia de género, autoestima, autoconcepto, intervención socioeducativa.

Abstract

The aim of this study is to evaluate the effectiveness of a social and educational intervention group in a sample of thirty women who have been victims of intimate partner violence. The intervention consists of ten sessions up to ninety minutes, once a week. The treatment structure includes the following elements: self-assessment and self-concept, cognitive distortions, identify pathological criticism, positive thinking, goal setting and identify psychological manipulation. As well as intervention effectiveness, other variables within the process are related: income, marital status, education level, precedent intimate partner violence relationship and pharmacology. We used Rosenberg Self-Esteem Scale (Spanish Version of Fernández-Montalvo & Echeburúa, 1997) as assessment test. It has implemented a quasi-experimental repeated measures design without a control group. All groups are increasing their level of self-esteem before starting the program. The implications of this study for future research are discussed.

Key words: Intimate partner violence; Self-esteem; Self-concept; Socioeducational intervention.

Según los datos del Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género del Consejo General del Poder Judicial (CGPJ), en el primer trimestre del 2013 se efectuaron un total de 29.487 denuncias por violencia de género. Esta cifra implica una reducción del 5,1% respecto el último trimestre de 2012. Aún así, y según la Estrategia para la Erradicación de la Violencia de Género elaborada para desarrollar en el periodo de 2013 a 2016 sigue informándose que la violencia de género es un problema emergente, donde la comunidad autónoma de les Illes Balears lideró el incremento de denuncias respecto al año anterior (6,8%). Por este motivo,

siendo un grave problema social y de salud, es evidente la necesidad de desarrollar programas de tratamiento eficaces y efectivos para víctimas que restauren los daños derivados de la relación de maltrato.

Walker (1999) definió la violencia de género como un patrón de conductas abusivas que incluye un amplio rango de maltrato físico, sexual y/o psicológico y que es ejercido por una persona en contra de otra, en el contexto de una relación íntima. Así pues, supone una manifestación de la desigualdad de género usada como mecanismo para subordinar a esta, y conseguir mantener la dominación mas-

Dirección de las autoras: Institut Balear de la Dona. c/ Aragón, 26. 07006 Palma, Illes Balears. *Correo electrónico:* mrtsantandreu@gmail.com

Recibido: diciembre de 2013. *Aceptado:* febrero de 2014.

culina en la relación (Koss et al., 1994). La restitución de una distribución desigual del poder en parejas donde existe violencia de género, se lleva a cabo con manifestaciones tanto físicas como psicológicas de maltrato. Estos abusos tienen en la mujer una serie de consecuencias a ambos niveles, físicas y psicológicas, lo que convierte la violencia de género en un problema importante de salud pública (Heise & García-Moreno, 2002; Roberts, Lawrence, Williams & Raphael, 1998).

Por otra parte, otro efecto muy habitual en la mujer que es víctima de violencia de género padecer múltiples problemas de salud física, así como trastornos psicológicos como depresión y estrés postraumático (Matud, 2004).

Centrándonos en los problemas de autoestima, Nyamathi, Stein & Bayley (2000) encontraron relación entre una pobre salud física y niveles bajos de autoestima. Por tanto, la baja autoestima resulta un frecuente denominador común en las mujeres que han padecido una situación de violencia de género. La importancia de la intervención a este nivel radica en la influencia de la autoestima en la salud de las pacientes, como demuestran los resultados de los análisis correlacionales que confirmaron relaciones significativas inversas entre autoconcepto y autoestima, con síntomas psicopatológicos (somatización, obsesión-compulsión, *sensibilidad interpersonal*, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo, depresión) en un estudio llevado a cabo en población general en el País Vasco (Garaigordobil, Pérez & Moraz, 2008).

Rosenberg (1965) considera la autoestima como un componente del autoconcepto y la define como un conjunto de pensamientos y sentimientos individuales sobre uno mismo y su importancia, esto es, una valoración global positiva o negativa sobre uno mismo. Respecto a cómo evoluciona la autoestima de las personas a lo largo de la vida, algunos estudios en población general han confirmado que los niveles son más altos en la infancia, disminuyen en la adolescencia, y vuelven a incrementarse ligeramente en la vida adulta para declinar pronunciadamente en la vejez (Robins, Trzesniewski, Tracy, Gosling & Potter, 2002; Trzesniewski, Donnellan & Robins, 2003).

Además, sabemos que existen diferencias de género respecto al autoconcepto y la autoestima. En un estudio con población general, se ha encontrado que las mujeres mostraban un autoconcepto global más bajo que los hombres (Wilgenbush & Merrel, 1999). Por otra parte, otros estudios no han encontrado diferencias por lo que se refiere al autoconcepto (Garaigordobil, Cruz & Pérez, 2003) o la autoestima (Lameiras & Rodríguez, 2003; Matud, Ibáñez, Marrero & Carballeira 2003).

Por tanto, considerando lo anteriormente expuesto, la mujer que es degradada y ridiculizada de forma repetida por su pareja, puede llegar a creer lo que éste le manifiesta acerca de ella misma y su valía, llegando a disminuir su autoestima y sentimiento de autoeficacia (Orava, McLeod

& Sharpe, 1996) incluso a creer que merece los castigos que recibe (Matud, 2004). Tanto es así, que el sentimiento de culpa asociado es sufrido por más de la mitad de ellas. Al mismo tiempo, sabemos que existe mucha variabilidad en el nivel de autoestima de las mujeres maltratadas por su pareja, habiéndose planteado la necesidad de estudiar qué aspectos de una relación violenta son los que dañan más gravemente la autoestima (Lynch & Graham-Bermann, 2000). Cabe destacar que el estigma generado por aquello que les ha ocurrido lleva a un proceso de victimización diferente a otro tipo de delitos, por lo que, las consecuencias serán muy negativas para el concepto que tienen de sí mismas (Ellsberg, Peña, Herrera, Liljestrand & Winkvist, 2000).

Hasta aquí pues, nos preguntaremos que probablemente existan tipos de maltrato asociados a diferente déficit de autoestima. Pues bien, no se han encontrado diferencias significativas en los niveles de autoestima entre mujeres maltratadas físicamente y aquellas que no lo han sido, aunque sí para aquellas que vivieron sus relaciones como tormentosas o bien dramáticas (Campbell, Miller, Cardwell & Belknap, 1994). Estos datos apoyarían la teoría de que las mujeres que padecen un maltrato psicológico repercuten más negativamente sobre su salud emocional, y más concretamente para su autoestima. Varios autores han señalado numerosas razones por las que esto debería ser así (Aguilar & Nightingale, 1994). Así pues, de nuevo, parece jugar un papel esencial la percepción del maltrato en la víctima

En un estudio de Rincón, Labrador, Arinero y Crespo (2004) sobre la autoestima de mujeres maltratadas y aplicando la escala de autoestima de Rosenberg se encontraron bajos niveles de autoestima (con una media de 26.1 sobre 40) en el total de la muestra. En otro estudio, Amor, Echeburúa, De Corral, Sarasua y Zubizarreta (2001) y utilizando la misma escala de medida, encontraron que la media en autoestima de las mujeres que habían padecido maltrato psicológico era de 27.51 puntos, y el grupo de maltrato físico había obtenido 27,46 puntos. En ambas investigaciones queda patente que la violencia de género supone una causa determinante para el padecimiento de una baja autoestima por parte de la víctima.

Para Lynch y Graham-Bermann, (2000) el maltrato psicológico y la autoafirmación constituyen los mejores predictores del nivel de autoestima de la mujer maltratada.

En cuanto a la modalidad de intervención que proponemos, queremos destacar que el formato grupal tiene la ventaja añadida de facilitar a las víctimas de violencia de género la posibilidad de validar sus propias experiencias y de proveerles apoyo social. No sólo eso, les permite descubrir su problemática en otras personas y les obliga a retomar la práctica de las habilidades sociales que poseen pero que habían perdido por el aislamiento al que han sido sometidas.

Tal y como señalan Bosch, Alzamora y Ferrer (2005), la violencia de género se nutre de potentes elementos patriarcales y de una clara desigualdad entre hombres y mujeres.

El proceso de recuperación terapéutica de una mujer víctima tiene que ir más allá del simple cambio de conductas individuales. Debe basarse en el trabajo personal enmarcado en el conocimiento de todos los factores individuales, sociales y contextuales que explican la situación de violencia que ha experimentado.

En la literatura científica hemos hallado diversos tratamientos grupales dirigidos a víctimas de violencia de género (Matud, Padilla & Gutiérrez, 2005; Labrador & Alonso, 2005, Ayats, Cirici & Soldevilla, 2008) aunque si bien todos incluyen la autoestima como elemento complementario, ninguno dedica íntegramente el total de sus sesiones a trabajar este constructo como es el caso de nuestro programa de intervención grupal.

Método

Participantes

La muestra de estudio está compuesta por un total de treinta mujeres atendidas en el Servicio de Asistencia Psicológica a Víctimas de Violencia de Género perteneciente al Instituto Balear de la Mujer (tabla 1). Todas ellas han

Tabla 1. Datos descriptivos para el conjunto total de la muestra.

Variable	N (%)
Edad (en años)	
(Rango: 17-63; Media, 44; DT, 11.17)	
De 17 a 29 años	2 (7%)
De 30 a 44 años	12 (40%)
De 45 a 63 años	16 (53%)
Estado Civil	
Soltera	5 (16.7%)
Casada	6 (20.0%)
Separada	7 (23.3%)
Divorciada	12 (40.0%)
Ingresos económicos	
Bajos	14 (46.7%)
Medios	12 (40.0%)
Altos	4 (13.3%)
Historia previa de maltrato	
Sí	13 (43.3%)
No	17 (56.7%)
Formación	
Estudios primarios	21 (70.0%)
Bachillerato/FP	7 (23.3%)
Universitarios	2 (6.7%)
Toma de medicación	
Antidepresivos	3 (10%)
Ansiolíticos	3 (10%)
Antidepresivos y ansiolíticos	7 (23%)
Sin medicación	17 (57%)

participado en un programa de intervención socioeducativa estructurado para la mejora de la autoestima.

Para la selección de la muestra se han tenido en cuenta los siguientes criterios de inclusión: ser mujer y usuaria del servicio, ser mayor de 18 años, no padecer ningún trastorno mental grave, no existir abuso actual de consumo de sustancias y participar de manera voluntaria en el programa.

Instrumentos

Entrevista semiestructurada para la exploración de las situaciones de violencia de género y su psicopatología asociada. Fue utilizada en la primera sesión para determinar la orientación diagnóstica respecto la sintomatología de estudio. La entrevista se elaboró en base a la planificación y orden que recomienda el modelo de respuesta al maltrato de Dutton (1992): tipo y patrón de violencia, abuso y control, efectos psicológicos del abuso, estrategias de las mujeres maltratadas para escapar, evitar o sobrevivir a la situación de abuso y factores que intervienen en la respuesta de abuso.

Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965; versión española de Fernández-Montalvo & Echeburúa, 1997) tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Este instrumento consta de 10 ítems generales que puntúan de 1 a 4 en una escala tipo Likert y cuyo rango del cuestionario es de 10 a 40. Cuanto mayor es la puntuación obtenida, mayor es la autoestima. El punto de corte en población adulta es de 29. La fiabilidad test-retest es de 0.85 y el coeficiente alfa de consistencia interna es de 0.92. En cuanto a la fiabilidad y validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), Vázquez, Jiménez & Vázquez (2004) en su estudio realizado sobre una adaptación española de la escala con población clínica adulta española, confirman alta consistencia interna y satisfactoria fiabilidad temporal de la escala, apoyando la validez de constructo.

Procedimiento

El programa de intervención que proponemos se basa principalmente en la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales, ya que son las más recomendadas en los diferentes estudios, pero también incluye muchos de los principios y estrategias generadas desde la perspectiva socio-estructural de la violencia de género. Se trata de un planteamiento que, centrado en el desarrollo de las potencialidades de la persona, tiene como meta final llegar a ayudarle a que recupere el control cognitivo, afectivo y conductual. El taller de mejora de la autoestima es un programa de intervención grupal estructurado en diez sesiones, con duración de noventa minutos cada una, y periodicidad semanal. Las participantes se distribuyen en grupos de trabajo de entre cuatro a diez miembros. En la tabla 2 se presenta la estructura del taller socioeducativo.

Tabla 2. Estructura del taller socioeducativo de mejora de la autoestima.

	OBJETIVOS	CONTENIDOS
Sesión 1. Presentación	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación del programa de intervención y la terapia. - Presentación de cada una de las participantes del grupo, de cara a una progresiva cohesión del mismo. - Aclarar dudas acerca de conceptos básicos como autoestima, autoconcepto y autovaloración. 	<ul style="list-style-type: none"> - Normas básicas de funcionamiento del grupo. - Dinámica “Tres cosas que hago bien”. - Dinámica “Autoestima es...” - Definición formal de autoestima: conceptos básicos. - Cuento: “Un pez debe ser un pez”.
Sesiones 2 y 3. Autovaloración y autoconcepto	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar el autoconocimiento y la autovaloración, que las participantes se reconozcan algunas cualidades positivas que poseen. - Conocer la valoración que hace cada participante, acerca de las diversas áreas que componen el autoconcepto. - Reestructurar cognitivamente pensamientos o creencias relacionadas con el autoconcepto femenino. - Facilitar, promover y mantener la cohesión grupal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dinámica “Yo soy...”. - Pautas generales para la autovaloración positiva. - Esquema básico: Situación-Pensamiento-Sentimiento-Conducta. - Puesta en común de cada una de las respuestas del ejercicio de autovaloración y autoconcepto.
Sesiones 4 y 5. Distorsiones cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexionar acerca de los errores de percepción e interpretación desigual de género. - Conocer el procedimiento de la automatización de pensamientos. - Identificar el tipo de pensamientos distorsionados más habituales y expectativas sobre la mujer. - Explicar el proceso de reestructuración cognitiva para cada uno de los pensamientos distorsionados presentados. - Facilitar, promover y mantener la cohesión grupal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dinámica “Si no lo creo, no lo veo”. - Características generales de los pensamientos distorsionados. - Cuadro de distorsiones más habituales en personas con baja Autoestima: explicación, palabras clave, pruebas de realidad y pensamientos alternativos. - Puesta en común de los pensamientos distorsionados más habituales de cada una de las participantes.
Sesión 6. Crítica patológica	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer el proceso de adquisición y funcionamiento de la crítica patológica. - Reflexionar acerca de las implicaciones de la crítica patológica en la Autoestima. - Reflexionar acerca del concepto de compasión como un proceso de comprensión, aceptación y perdón. - Cambiar ciertos términos absolutos, peyorativos o con carga emocional negativa, presentes habitualmente en el vocabulario, por otros más adecuados. - Establecer y proveer de un protocolo de actuación específico ante la crítica patológica. - Facilitar, promover y mantener la cohesión grupal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Proceso de consolidación y funcionamiento de la crítica patológica. - Influencia o implicación de la crítica patológica en el autoconcepto y la autovaloración. - Esencia de la autoestima: la compasión hacia una misma. - Pautas básicas para desarmar la crítica patológica.
Sesiones 7 y 8. Pensamiento positivo	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexionar acerca del proceso pensamiento-sentimiento. - Proveer de un protocolo de actuación estructurado ante situaciones desagradables que abarque el análisis de todos los elementos del proceso de cambio. - Facilitar, promover y mantener la cohesión grupal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Clasificación de pensamientos: negativos, positivos, neutros y alternativos. - Correlación pensamiento-sentimiento. - Protocolo de actuación general ante situaciones negativas: situación-sentimientos, pensamientos, pruebas de realidad, alternativas, enf. positivo. - Puesta en común de la práctica del protocolo de actuación ante situaciones desagradables durante la semana.
Sesión 9. Establecimiento de metas	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexionar acerca de las metas que cada participante se ha ido marcando a lo largo de la vida, el proceso seguido, el resultado obtenido y su influencia en la autoestima. - Analizar y aplicar el proceso de establecimiento de metas. - Fomentar la autoeficacia. - Facilitar, promover y mantener la cohesión grupal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diferenciación entre metas reales e irreales. - Aspectos a tener en cuenta antes de marcarnos una meta. - Proceso de establecimiento de metas: un pequeño paso cada vez. - Puesta en práctica del proceso y puesta en común del resultado en la siguiente sesión.
Sesión 10. Identificar la manipulación	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexionar acerca de las características personales que aumentan la vulnerabilidad de una persona a ser víctima de manipulación. - Facilitar la identificación preventiva por parte de las participantes de situaciones en las que puedan ser víctimas de manipulación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Perfil de la persona manipuladora: características generales. - La comunicación manipuladora: beneficios y técnicas. - Actitudes de la persona que manipula y de la persona manipulada.

Análisis de datos

Para el análisis de datos se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 17.0. Se ha realizado un estudio de la normalidad de las muestras.

Para conocer la posible asociación entre relación de variables demográficas relacionadas (ingresos económicos, formación y estado civil) además de la influencia de “toma de medicación” o “historia previa de maltrato” con el tipo de maltrato padecido se han utilizado pruebas Chi Cuadrado.

Debido al tamaño de las submuestras se optó por realizar pruebas no paramétricas, más concretamente una comparación de medias con medidas repetidas (muestras relacionadas, Z de Wilcoxon). Los niveles de significación estadística se situaron asumiendo una $\alpha = 0.05$.

Con el objetivo de conocer la magnitud del cambio ocurrido en todos los grupos de estudio se utilizó la d de Cohen (1988). Valores iguales a 0.5 indican niveles de cambio importantes, 0.3 supondría cambios medios o moderados, y finalmente 0.1 corresponde a niveles bajos de cambio en el efecto.

Resultados

La media del nivel de autoestima de la muestra total está en 26,70 (DT= 5.377). El nivel de autoestima de las mujeres en cada uno de los grupos presenta valores diferentes, pero no podemos concluir que existan diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2_{(2,30)}=35.134, p=0.320$).

Asociación entre variables demográficas, historia previa de maltrato y toma de medicación con tipo de maltrato

En el análisis de las variables de estudio: ingresos económicos ($\chi^2_{(4,30)}=4.039, p=0.401$), formación ($\chi^2_{(4,30)}=1.803, p=0.772$), estado civil ($\chi^2_{(6,30)}=8.998, p=0.174$), historia previa de maltrato ($\chi^2_{(2,30)}=1.934, p=0.380$), toma de medicación ($\chi^2_{(6,30)}=6.176, p=0.404$) no hemos podido confirmar ningún tipo de significación estadística con el tipo de maltrato padecido por el conjunto de mujeres víctimas de violencia de género de nuestra muestra de estudio.

Efectividad del taller grupal socioeducativo

Con respecto al taller grupal socioeducativo para la mejora de la autoestima podemos afirmar que resulta

efectivo para el total de la muestra ($z_{(30)}=4.001, p=0.000$), encontrando modestos índices para el tamaño del efecto en todos los grupos. Observamos que todos los grupos han incrementado el nivel de autoestima en al menos tres puntos y que en el grupo de maltrato psicológico se da una diferencia estadísticamente significativa, al igual que para el grupo de maltrato físico y psicológico. Sin embargo, para el grupo de maltrato sexual, físico y psicológico no podemos afirmar que se dé una diferencia significativa, aunque exista la diferencia de medias pre y post tratamiento más abultada (hasta 8.66 puntos). La tabla 3 muestra esos resultados.

Discusión

El objetivo del presente trabajo era evaluar la efectividad de una intervención socioeducativa grupal para desarrollar en el contexto terapéutico y que permitiera a mujeres que han sido víctimas de violencia de género aumentar su seguridad personal, incrementar su nivel de autoestima, y mejorar en sus estilos de afrontamiento y de solución de problemas al igual que generar un buen proceso de toma de decisiones.

No podemos relacionar ningún tipo de variable sociodemográfica (ingresos económicos, estado civil o formación) con el tipo de maltrato que una mujer pueda haber padecido.

Por otra parte, hemos visto como haber vivido otras historias de violencia de género en el pasado (un 43.3% de la muestra lo refirieron) no está asociado con el tipo de maltrato. Es muy frecuente que muchas mujeres con problemas de salud física o psicológica tengan pauta algún tipo de farmacología por parte de sus médicos de atención primaria, ya bien, ansiolíticos o antidepresivos. En nuestra muestra de estudio hasta un 57% de la muestra no tomaba ningún tipo de medicación. Tampoco podemos relacionar la toma de medicación con algún tipo concreto de maltrato.

En nuestro estudio no parece que existan diferencias en el nivel de autoestima entre mujeres que hayan padecido maltrato psicológico y el resto. Este dato, confirma lo que estudiaron Campbell, Miller, Cardwell y Belkmap, (1994) respecto a la no diferencia en autoestima según tipo de maltrato. Siguiendo su apunte, acerca de la percepción de la víctima de una relación tormentosa, cabe destacar que nuevamente, existirían otras variables predictoras para preservar o no el nivel de autoestima de las mujeres que están expuestas a una relación de abuso por parte de sus parejas.

Tabla 3. Análisis de la efectividad del taller socioeducativo grupal para la mejora de la autoestima.

Tipo de maltrato	N	Rosenberg PRETEST		Rosenberg POSTEST		Estadístico de contraste z	Significación p	Tamaño del efecto d Cox
		Media	D.T.	Media	D.T.			
Psicológico	10	24.50	5.462	28,30	7,166	-2.608	0.009	0.23
Psicológico y físico	16	29.19	4.520	32.19	4.969	-2.547	0.011	0.22
Psicológico, físico y sexual	4	21.67	4.041	30.33	6.110	-1.604	0.109	0.14

Según los datos que hemos obtenido, podemos afirmar que la media global del nivel de autoestima es muy similar al que apuntan estudios referenciados en la literatura científica así como su nivel de mejora después del tratamiento en el conjunto de mujeres que han padecido violencia de género (Ayats, Cirici & Soldevilla, 2008; Labrador & Alonso, 2005; Rincón, Labrador, Arinero & Crespo, 2004; Amor, Echeburúa, De Corral, Sarasua & Zubizarreta, 2001;).

En el estudio de la Dra. Ayats y colaboradores, aunque se trata de un programa íntegro para el tratamiento psicológico grupal en víctimas de violencia de género, se trabaja con el doble de sesiones (20) y con la periodicidad (semanal) y número de participantes muy similar (6 a 8 participantes). No especifica las técnicas que se utilizan para reconstruir la autoestima, y se complementa con técnicas cognitivas conductuales para el control de la ansiedad, el estrés y la depresión. Concluyen que se trata de un programa efectivo para mujeres víctimas de violencia de género, aunque no existe medida para la evaluación post tratamiento de la autoestima.

Labrador y Alonso (2005), en su estudio para un programa de intervención grupal breve de ocho sesiones para víctimas de violencia de género, se aborda la problemática de la autoestima en la tercera sesión como tarea para casa y se revisa en la quinta. Concluyen que se trata de un programa de intervención efectivo para el colectivo de mujeres que han padecido violencia por parte de sus parejas.

Por nuestra parte, y como aquí se ha presentado hemos desarrollado un programa socioeducativo exclusivo para el tratamiento de la autoestima en mujeres que han padecido violencia de género, que puede ser combinado con otro tipo de tratamiento individual o grupal, el cuál aborde otro tipo de síntomas, siempre que no interfiera en temas como autoconcepto y autoestima.

Consideramos que este estudio cuenta con ciertas limitaciones que cabría tener en cuenta para una generalización de resultados y para futuras investigaciones. En primer lugar, se podría analizar la influencia de la presencia de sintomatología asociada al síndrome de la mujer maltratada (depresión y ansiedad) en la mejora de la autoestima. Tal y como señalan algunos estudios y ya ha sido relacionado el nivel de autoestima con la psicopatología de las mujeres víctimas de violencia de género, aunque en población normal (Garaigordobil, Pérez & Moraz, 2008).

Por otra parte, señalamos la interferencia que puede ejercer la presencia de variables de personalidad no exploradas en la mejora de la autoestima, así como también del apoyo social percibido y / o real. El tamaño reducido de la muestra de estudio limita la generalización de resultados y probablemente el tamaño del efecto de la intervención aplicada. A nivel estadístico y dado la robustez criterial de las pruebas estadísticas, la significación otorgada al cambio terapéutico es mínima. Por ello, este estudio tiene

un carácter exploratorio y las conclusiones extraídas deben ser contrastadas, ampliadas y revisadas en trabajos futuros.

Creemos fundamental la aplicación de programas de mejora de la autoestima como prevención secundaria o terciaria en casos de violencia de género. Supone preparar a la mujer para ejercer derechos y aprender a ser asertiva, solucionar problemas y practicar la capacidad de elección. Por supuesto, supone que se rompa definitivamente con la historia múltiple de maltrato que muchas de ellas repiten como cadena de conducta social.

En definitiva, ofrecemos un tratamiento grupal socioeducativo centrado exclusivamente en técnicas para la mejora de la autoestima independientemente de cuál sea el tipo de maltrato que hayan padecido las mujeres víctimas de violencia de género. Cabe destacar que este tratamiento no contiene elementos terapéuticos para el control de la ansiedad o de síntomas depresivos o postraumáticos tal y como se configuran muchos tratamientos grupales en la actualidad. Se trata de una intervención única para la mejora de la autoestima como constructo contextualizado dentro de la perspectiva socio-estructural de género.

Referencias

- Aguilar, R., & Nightingale, N. (1994). The impact of specific battering experiences on the self-esteem of abused women. *Journal of Family Violence*, 9, 35-45.
- Amor P., Echeburúa E., Corral P., Sarasúa B., & Zubizarreta I., (2001). Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: un estudio comparativo. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 227-246.
- Ayats, M., Cirici, R., & Soldevilla, J.M. (2008). Grupos de terapia para mujeres víctimas de violencia de género. *Psiquiatría Biológica*, 15(2), 29-34.
- Benjet, C., & Hernández Guzmán, L. (2001). Gender differences in psychological well-being of Mexican early adolescents. *Adolescence*, 36, 47-65.
- Bosch, E., Alzamora, A., & Ferrer, V.A. (2005). Algunas claves para una psicoterapia de orientación feminista en mujeres que han padecido violencia de género. *Feminismo/s: revista del Centro de Estudios sobre la Mujer de la Universidad de Alicante*, 6, 121-136.
- Campbell, J.C., Miller, P., Cardwell, M., & Belknap, R. (1994). Relationship status of battered women over time. *Journal of Family Violence*, 9, 99-111.
- Cheng H., & Furnham A. (2003). Personality, self-esteem, and demographic predictions of happiness and depression. *Personality and Individual Differences*, 34, 921-942.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale: Erlbaum.

- Dutton, M.A. (1992). *Empowering and healing the battered woman*. Nueva York: Springer.
- Ellsberg, M.C., Peña, R., Herrera, A., Liljestrand, J., & Winkvist, A. (2000). Candies in hell: Women's experiences of violence in Nicaragua. *Social Science and Medicine*, 51, 1595-1610.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). *Estrategia Nacional para la erradicación de la violencia de género (2013-2016)*. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/EstrategiaNacional/pdf/EstrategiaNacionalCastellano.pdf>
- Garaigordobil, M., Cruz, S., & Pérez, J.I. (2003). Análisis correlacional y predictivo del autoconcepto con otros factores conductuales, cognitivos y emocionales de la personalidad durante la adolescencia. *Estudios de Psicología*, 24, 113-134.
- Garaigordobil M., Pérez J.I., & Mozaz M. (2008). Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms. *Psicothema*, 20(1), 114-123.
- Heise, L., & García-Moreno, C. (2002). Violence by intimate partners. En E.G. Krug, L.L. Dahlberg & J.A. Mercy (Eds.), *World Report on Violence and Health* (pp. 88-121). Ginebra: World Health Organization.
- Hussman G., & Chiale G. (2009). *Cómo hacer frente a los manipuladores*. Barcelona: RBA.
- Koss, M.P., Goodman, L.A., Browne, A., Fitzgerald, L.F., Keita, G.P., & Russo, N.F. (1994). *No Safe Haven: Male Violence Against Women at Home, at Work, and in the Community*. Washington: American Psychological Association.
- Labrador F.J., & Alonso E. (2005). Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: un programa de intervención breve y específico. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 76/77, 47-65.
- Labrador, F.J., Fernández, M.R., & Rincón, P.P. (2006). Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 527-547.
- Lameiras, M., & Rodríguez, Y. (2003). Age and sex differences in self-esteem among Spanish adolescents. *Psychological Reports*, 93, 876-878.
- Lienas, G. (2009). *El diario violeta de Carlota*, Barcelona: Aleph Editores.
- Lynch, S.M., & Graham-Bermann, S.A. (2000). Woman Abuse and self-affirmation. Influences on women self-esteem. *Violence against women*, 6, 178-197.
- Matud, M.P., Padilla V., & Gutierrez A.B. (2005). *Mujeres maltratadas por su pareja. Guía de tratamiento psicológico*, Madrid: Minerva Ed.
- Matud, M.P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 16, 397-401.
- Matud, M.P., Ibáñez, I., Marrero, R., & Carballeira, M. (2003). Diferencias en autoestima en función del género. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 51-78.
- Nyamathi, A., Stein, J., & Bayley, L. (2000). Predictors of mental distress and poor physical health among homeless women. *Psychology and Health*, 15, 483-500.
- Orava, T.A., McLeod, P.J., & 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.
- Rincón P., Labrador F.J., Arinero, M., & Crespo, M. (2004). Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 105-116.
- Roberts, G.L., Lawrence, J.M., Williams, G.M., & Raphael, B. (1998). The impact of domestic violence on women's mental health. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 22, 796-801.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent selfimage*. Princeton: Princeton University Press.
- Robins, R.W., Trzesniewski, K.H., Tracy, J.L., Gosling, S.D., & Potter, J. (2002). Self-esteem cross the lifespan. *Psychology and Aging*, 17, 423-434.
- Trzesniewski, K.H., Donnellan, M.B., & Robins, R.W. (2003). Stability of self-esteem across the lifespan. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 205-220.
- Vázquez A.J., Jiménez R., & Vázquez R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 247-255.
- Walker, L.E. (1999). Terapia para supervivientes con mujeres golpeadas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 8, 201-210.
- Wilgenbush, T., & Merrel, K.W. (1999). Gender differences in self-concept among children and adolescents: A meta-analysis of multidimensional studies. *School Psychology Quarterly*, 14, 101-120.

