

Cambios emocionales y alteraciones en la Inmunoglobulina A (IgA) tras el tratamiento psicológico en mujeres víctimas de violencia doméstica

Lucía Madrigal¹, Violeta Cardenal², Teresa Téllez³, Margarita Ortiz-Tallo^{4*} y Eugenio Jiménez³

¹ Fundación Instituto Mediterráneo para el Avance de la Biotecnología y la Investigación Sanitaria (IMABIS). Hospital Civil. Málaga (España)

² Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad Complutense de Madrid (España)

³ Departamento de Bioquímica, Biología Molecular, Química Orgánica e Inmunología. Universidad de Málaga (España)

⁴ Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Málaga (España)

Resumen: El objetivo de este estudio ha sido determinar, en mujeres víctimas de maltrato, los beneficios de un tratamiento psicológico y evaluar su impacto en la salud psicológica y en el sistema inmune. Las participantes fueron 60 mujeres usuarias del Área de Igualdad del Ayuntamiento de Málaga. Se constituyeron 2 grupos en función de si acudieron o no a la terapia psicológica. Se evaluaron antes y después del tratamiento las variables psicológicas Autoestima, Depresión y Ansiedad, así como el nivel de Inmunoglobulina A en saliva. Los resultados muestran diferencias en las mujeres que recibieron el tratamiento antes y después de éste en todas las variables, mejorando en todos los indicadores. Estas diferencias no se observan en las mujeres que no acudieron a las sesiones de terapia, y en alguna variable, como depresión e Inmunoglobulina A, incluso existe un empeoramiento. Entre ambos grupos existen diferencias en todas las variables después del tratamiento, así, las mujeres que lo recibieron muestran menos indicadores de alteración psicológica y mayor nivel de Inmunoglobulina A; en el pretratamiento en cambio, estas diferencias no se encontraron. Se hace patente la importancia del tratamiento psicológico en esta población, tanto para su salud psicológica como física.

Palabras Clave: mujeres; violencia doméstica; inmunoglobulina; tratamiento psicológico.

Title: Emotional changes and Immunoglobulin A (IgA) after psychological treatment in women victims of domestic violence.

Abstract: The aim of this study was to determine the benefits of a psychological treatment in women victims of mistreatments in psychological health and in the immune system. The participants in this study were 60 women users of the Equality Area of the City Council of Malaga. We set two groups of women up in relation of whether the women attended or not to the given therapy. Psychological variables (self-esteem, depression and anxiety) and levels of Immunoglobulin A were evaluated before and after the treatment. The results showed differences between all the variables before and after the treatment, with better valuation after the treatment. These differences were not shown in women that did not assist to the therapeutic sessions, and even, the values of depression and immunoglobulin A levels were worse. We found also differences in the values of these variables when the two groups were compared. Women that received the treatment showed fewer indicators of psychological alterations and higher levels of immunoglobulin A than the women that did not assist to the sessions; in the pre-treatment these differences were not shown. This study enhances the significance of the psychological treatment for psychological and physic health in women victims of abuses.

Key words: women; domestic violence; immunoglobulin; psychological treatment.

Introducción

La violencia doméstica contra las mujeres ha sido reconocida como un verdadero problema hace relativamente poco tiempo. Fueron los movimientos feministas quienes, en el último cuarto del siglo XX, y desde un punto de vista social, comenzaron en Estados Unidos a tomar conciencia de esta realidad (Tjaden y Thoennes, 2000). Es difícil precisar el número de mujeres que han sido víctimas de violencia de género en la población, aunque existen estudios epidemiológicos internacionales que hablan de una prevalencia entre el 10 y el 60% en diferentes países (Fontanil, Ezama, Fernández, Gil, Herrero y Paz, 2005; Mooney, 2000; Tjaden y Thoennes, 2000).

Esta violencia, que se denomina habitualmente “violencia doméstica” o “violencia contra la mujer en la pareja” (García-Moreno, 2000), consiste en la expresión de conductas agresivas que desarrolla el hombre frente a la mujer en el contexto de las relaciones de pareja, que incluye tanto la violencia física, como emocional y sexual, (Gundersen, 2002). Es un proceso de instauración gradual que supone un atentado contra la integridad de las mujeres, actúa sobre sus sentimientos, sus emociones, sus relaciones afectivas, familiares, sociales, sobre su sexualidad y sobre su cuerpo (Coker

Smith, Bethea, King y McKeown, 2000; Goldenson, Geffner, Foster, Sharon y Clipson, 2007; Ulla, Velásquez, Notario, Solera, Valero y Olivares, 2009; Varela, 2002; Villavicencio y Sebastián, 1999; Wilbur, Higley, Hatfield, Surprenant, Taliaferro y Smith, 2001).

La vivencia continuada de agresiones llega a generar en las víctimas una percepción de amenaza a su integridad física y emocional y representa una situación altamente estresante que puede desencadenar estados depresivos, crisis de ansiedad y baja autoestima, trastornos de Estrés Postraumático, con la consabida alteración del equilibrio y del adecuado funcionamiento orgánico en el que se puede involucrar el sistema inmunológico (Campbell, 2002; Campbell, Kub, Belknap y Templin, 1997; Campbell et al., 2000; Hurwitz, Gupta, Liu, Silverman y Raj, 2006; Kelly, 2010; Sutherland, Bybee y Sullivan, 1998).

En las mujeres víctimas de violencia doméstica es frecuente la presencia de depresión, que puede presentar diferentes cuadros de acuerdo a la intensidad cuantitativa (Basile, Arias, Desai y Thompson, 2000; Patró, Corbalán y Limiñana, 2007); puede también aparecer ansiedad y trastorno por estrés postraumático (Dienemann et al., 2000; Golding, 1999; Labrador, Fernández -Velasco y Rincón, 2006; Lang, Kennedy y Stein, 2002), aislamiento social, dependencia emocional del agresor y sintomatología somática (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998; Lown, Schmidt y Wiley, 2006; Ulla et al., 2009).

Dirección para correspondencia [Correspondence address]: Margarita Ortiz-Tallo. Universidad de Málaga. Campus de Teatinos s/n. 29071. Málaga (España). E-mail: mortiztallo@uma.es

Igualmente, se encuentran tendencias suicidas, abuso de alcohol y/o drogas, trastornos del sueño, disfunción social, alteraciones en la alimentación y disfunciones en la conducta sexual (Golding, 1999; Kaslow et al., 2002; Martínez, García-Linares y Pico-Alfonso, 2004; Street y Arias, 2001; Tuesca y Borda, 2003). Los datos apuntan hacia una elevada relación entre los intentos de suicidio y una historia de violencia doméstica según indican algunos autores (Sansone, Chu y Wiederman, 2007).

El sistema inmunológico es la primera barrera defensiva del organismo y tiene el propósito de mantener con vida y desarrollar la calidad biológica, anímica y emocional de una persona, bajo las cambiantes condiciones del medio exterior.

Por su parte el estrés psicológico y los trastornos psiquiátricos severos afectan la respuesta inmune y el curso de las enfermedades mediadas por este sistema (Stein, Miller y Trestman, 1991; Miller, 1998). En este sentido la depresión es entendida como una enfermedad sistémica, heterogénea y compleja, que afecta a diferentes sistemas e involucra alteraciones en los sistemas de neurotransmisión cerebrales y en los sistemas neuroendocrinos e inmunológicos.

Las Inmunoglobulinas son un tipo de proteínas plasmáticas producidas por el sistema inmune en respuesta a la presencia de sustancias extrañas potencialmente dañinas que puedan ser una amenaza para el organismo: como químicos, partículas de virus, esporas o toxinas de las bacterias.

Existen 5 tipos: IgA, IgD, IgE, IgG, IgM. Aunque la estructura básica de todos los anticuerpos es similar, existen una serie de clases y subclases de inmunoglobulinas (Franklin, 1983), que podrían estar bajo el control de genes estrechamente relacionados (Natvig y Kunkel, 1973).

La inmunoglobulina A (IgA), corresponde al 13% del total de inmunoglobulinas. El principal papel de la IgA es contribuir a la inmunidad de las mucosas. Inhiben la adherencia de microorganismos a las células, participan en la neutralización de virus y son capaces de combinarse con antígenos de los alimentos evitando la absorción hacia el torrente sanguíneo, reduciendo la incidencia de reacciones alérgicas. Igualmente, permiten la fijación del complemento por la vía alternativa; y están dispuestas para la fagocitosis e inducción de degranulación de eosinófilos a través de un receptor específico, implicado en respuestas antiparasitarias (Henry, 1996).

La IgA predomina en forma secretora en la saliva, lágrimas, sudor, secreciones bronquiales e intestinales, leche humana y calostro (Kaplan, Pesce y Kazmierczak, 2003).

Los estudios sobre los efectos del estrés sugieren que éste puede alterar el sistema inmunológico, llevando al desarrollo de infecciones, cáncer o enfermedades autoinmunes. Sadeck y Nemeroff (2000) afirman que las alteraciones neurobiológicas que subyacen a un trauma vital involucran al Eje Hipotálamo-Hipofisario, Sistema Nervioso Vegetativo y al Hipocampo. Afecta a las interacciones entre el Sistema Inmunológico y el Sistema Nervioso Central (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles y Glaser, 2002), que llevan a alteraciones inmunológicas provocadas por el estrés y que pueden

predisponer a alteraciones tales como cáncer, infecciones y autoinmunidad (Smith y Bryant, 2002), aunque hay que tener en cuenta una determinada vulnerabilidad previa.

En algunos trabajos de investigación se hace referencia al papel de las variables psicológicas, emocionales y su correlación con las hormonas, y su relación con el sistema nervioso y el sistema inmunitario (Doyle, Gentile y Cohen, 2006; Ray, 2004). En este sentido un estudio realizado en 2006 en la Universidad de Pittsburg analizó a 327 personas voluntarias sanas de edades entre 18 y 54 años que aceptaron ser inoculadas con un virus de resfriado y se concluyó que las emociones positivas son un factor de protección frente a la infección por el virus. En la misma línea llegaron a la conclusión opuesta, esto es que las emociones negativas son un factor de vulnerabilidad frente a la enfermedad (Doyle, Gentile y Cohen, 2006).

En los últimos años comienza a utilizarse la medida de la Inmunoglobulina A (IgA) como referente de mayor objetividad en investigaciones relacionadas con el estrés, la ansiedad y tratamientos de relajación (Cançali y Costa, 2008); asimismo se encuentra algún trabajo que evalúa y relaciona los cambios en la IgA con variables psicológicas en el contexto de la rehabilitación física (Urbina, 2006)

La salud integral, por tanto, en la que están implicados diferentes sistemas orgánicos, el sistema inmunológico entre otros, hace necesario un abordaje directo de los diferentes síntomas psicológicos con los que acuden a pedir ayuda las mujeres víctimas de violencia doméstica. Así, actuando sobre su salud emocional, se conseguirá una mejoría psicológica pero también un fortalecimiento del sistema inmunológico y, como consecuencia, una mejor salud física.

En los últimos años se plantean revisiones y estudios que contemplan la intervención psicológica en este grupo de mujeres (Domínguez, García y Cuberos, 2008; Echeburúa y Corral, 1998; Labrador, Fernández-Velasco y Rincón, 2006; Sarasúa y Zubizarreta, 2000; Lundy y Grossman, 2001). Todos coinciden, entre otras cuestiones, en la necesidad de ayudarle a aumentar la seguridad en sí mismas a través de la autoestima y en tratar los síntomas depresivos y ansiosos; aspectos que finalmente colaborarán para que la mujer pueda tomar sus propias decisiones con mayor equilibrio psíquico. Sin embargo, no hay estudios que muestren la gran importancia de la intervención psicológica para la salud integral de la mujer maltratada, teniendo en cuenta la repercusión en su salud emocional y también en su salud física a través del fortalecimiento del sistema inmunológico.

El objetivo de este trabajo, en mujeres víctimas de maltrato doméstico, es determinar los beneficios de un tratamiento psicológico en la salud psicológica y física, evaluados a través de variables psicológicas tales como autoestima, depresión y ansiedad, así como a través de un indicador físico como el nivel de Inmunoglobulina A (IgA).

Por lo tanto, las hipótesis de trabajo se resumen a continuación, esperando encontrar: (a) Mayores niveles de autoestima en las mujeres que han seguido el tratamiento; (b) Que las mujeres que han acudido al tratamiento obtengan

puntuaciones más bajas en depresión; (c) Niveles de ansiedad disminuidos después del tratamiento; y (d) Un aumento en los niveles de IgA en las mujeres que han seguido el tratamiento.

Método

Participantes

La investigación se realizó con un total de 60 mujeres usuarias del área de la mujer del Ayuntamiento de Málaga. Se obtuvieron los permisos pertinentes para la realización de este trabajo, tanto de las mujeres que iban a ser evaluadas como de la persona responsable del área para igualdad de oportunidades de la mujer del Ayuntamiento de Málaga. La población estudiada corresponde a usuarias que acuden a solicitar ayuda por primera vez, de entre la totalidad de mujeres que asisten a la institución. Todas participaron voluntariamente en el estudio.

Fueron incluidas en el estudio las mujeres que por violencia doméstica solicitan ayuda al área de la mujer del Ayuntamiento de Málaga. El grupo control estuvo formado por las mujeres que rechazaron la opción de recibir el tratamiento psicológico.

Del total de la muestra, 57 mujeres tenían nacionalidad española, una procedía de Ecuador, una de Alemania y una de Marruecos. La media de edad es de 36.23 con una desviación típica de 9.04 puntos.

Instrumentos

Para evaluar la autoestima se empleó la Escala de Autoestima (EAE) de Rosenberg (1965) en la versión española de Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997). Consta de 10 ítems en escala *likert* y evalúa el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. El rango del cuestionario es de 10 a 40, cuanto mayor es la puntuación, mayor es la autoestima del sujeto. La fiabilidad test-retest es de .85 y el coeficiente alfa de consistencia interna es de .92.

Para evaluar la depresión se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI) de Beck, Ward, Mendelson, Mock, y Erbaugh (1961), adaptación española de Conde, Esteban y Useros (1976). Es un instrumento de autoinforme que consta de 21 ítems compuestos por 4 alternativas, evalúa la intensidad de los síntomas depresivos. El coeficiente de fiabilidad .93.

Para evaluar el nivel de ansiedad se utilizó el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger, Gorsuch

y Lushene (1970), versión española de TEA (1982). Consta de 20 ítems relacionados con la ansiedad-rasgo y de otros 20 relacionados con la ansiedad-estado. La fiabilidad test-retest es de .81 en la escala de ansiedad-rasgo, bastante más alta, que en la de ansiedad-estado. La consistencia interna oscila de .83 a .92. También se aplicó el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) de Miguel-Tobal y Cano-Vindel (1994). Está formado por tres subescalas referidas a los sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) y una escala total que proporciona una medida del rasgo general de ansiedad. La consistencia interna para el total y cada una de sus partes, oscila entre .95 y .99.

Se empleó la Técnica para la determinación de Inmuno-difusión Radial (Mancini, Vaerman, Carbonara y Heremans, 1964). Es un método para la determinación cuantitativa de diferentes antígenos solubles en fluidos biológicos. Este método permite cuantificar la inmunoglobulina A (IgA) como un apoyo en el diagnóstico de metabolismo anormal.

Procedimiento

En una primera etapa se realizó la evaluación inicial de forma individual, aplicando las diferentes pruebas comentadas, así como también la recogida de la muestra de saliva para la determinación de la Inmunoglobulina A (IgA). Se obtuvo el consentimiento informado de cada una de las participantes.

En una segunda etapa se aplicó la intervención psicológica durante 12 semanas, para la cual se contó con la psicóloga clínica del área de la mujer, con formación en terapia cognitiva-conductual, quien en primera estancia recibía a las mujeres víctimas de violencia. La asistencia a la terapia psicológica fue voluntaria. De las 60 mujeres que participaron en el estudio, 35 recibieron tratamiento psicológico y 25 rehusaron recibir el mismo.

En la tercera etapa se reevaluó, tanto las diferentes pruebas psicológicas como una segunda muestra de saliva para la IgA.

El estudio estadístico de todos los datos obtenidos fue realizado con el programa SPSS 11.0 para Windows.

Resultados

En la Tabla 1 se presentan los resultados de los datos obtenidos en la evaluación antes y después del tratamiento en los dos grupos. Se presentan las medias obtenidas en Autoestima y Depresión, así como la correspondiente *t* de Student para grupos relacionados.

Tabla 1. Diferencias de medias en Autoestima y Depresión antes y después del tratamiento y intra-grupos a través de prueba *t* para grupos relacionados.

		Pretratamiento	Posttratamiento	<i>t</i>	gl
Autoestima	Con tratamiento	19.77	30.14	-18.26**	34
	Sin tratamiento	19.56	8.37	1.64	24
Depresión	Con tratamiento	47.91	18.48	49.46**	34
	Sin tratamiento	47.64	47.88	-2.29*	24

* La correlación es significativa al nivel .05

**La correlación es significativa al nivel .01

En el grupo que recibió tratamiento existen diferencias significativas entre las medias del pretratamiento y las del postratamiento en los niveles de autoestima [$t(34)=-18.26; p<.01$] aumentando el nivel de Autoestima en el postratamiento. Para los niveles de depresión, existen también diferencias significativas antes y después en el grupo con tratamiento [$t(34)=49.46; p<.01$] donde la media disminuye en el postratamiento.

Por otro lado, el grupo sin tratamiento no obtuvo diferencias significativas con el paso del tiempo en la variable

Autoestima; sin embargo, se encuentran diferencias significativas en los niveles de depresión, de manera que la media aumenta con el tiempo [$t(24)=-2.29; p<.05$].

En la Tabla 2 se presentan los resultados de la comparación de los datos obtenidos en la evaluación de los niveles de Autoestima y Depresión en los dos momentos entre las medias de ambos grupos, a través de una t de Student para muestras independientes.

Tabla 2. Diferencias de medias en Autoestima y Depresión antes y después del tratamiento y entre grupos a través de pruebas t .

		Con tratamiento	Sin tratamiento	t	gl
Pretratamiento	Autoestima	19.77	19.56	0.51	58
	Depresión	47.91	47.64	0.33	58
Postratamiento	Autoestima	30.14	18.48	18.99**	58
	Depresión	8.37	47.88	-55.36**	58

* La correlación es significativa al nivel .05

**La correlación es significativa al nivel .01

Se puede observar que en el momento del pretratamiento no existen diferencias significativas entre las medias del grupo con tratamiento y el grupo que no recibió el mismo en ninguna de las dos variables. En cambio, si se observan diferencias significativas en el postratamiento tanto en los niveles de Autoestima, donde el grupo con tratamiento puntúa más alto [$t(58)=18.99; p<.01$], así como en los niveles de Depresión [$t(58)=-55.36; p<.01$], donde el grupo que recibió tratamiento presenta una media de depresión menor.

En la Tabla 3 se presentan los datos obtenidos en la evaluación antes y después del tratamiento en cada grupo. Se presentan las medias obtenidas en Ansiedad, tanto a través del cuestionario de Estado Rasgo (STAI) como del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), así como la correspondiente t de Student para grupos relacionados.

Tabla 3. Diferencias de medias en Ansiedad antes y después del tratamiento a través de una prueba t para grupos relacionados.

		Pretratamiento	Postratamiento	t	gl	
Grupo con tratamiento	STAI	Estado	57.69	11.51	172.79**	34
		Rasgo	57.11	20.37	106.11**	34
	ISRA	Cognitiva	27.37	7.37	36.16**	34
		Fisiológica	32.57	15.67	36.09**	34
Grupo sin tratamiento	STAI	Motora	28.94	9.14	28.27**	34
		Estado	54.72	53.28	2.42*	24
	ISRA	Rasgo	56.88	55.52	2.78**	24
		Cognitiva	27.44	26.52	3.32**	24
	ISRA	Fisiológica	31.88	34.40	-4.90**	24
		Motora	28.52	30.04	-3.71**	24

* La correlación es significativa al nivel .05

**La correlación es significativa al nivel .01

Como se observa en la tabla, en el grupo que recibió tratamiento existen diferencias significativas entre las medias del pretratamiento y las del postratamiento en todos los niveles de ansiedad evaluados, donde todos disminuyen tras el tratamiento.

Por otro lado, el grupo sin tratamiento obtuvo diferencias significativas con el paso del tiempo en la variable Ansiedad; por un lado, al evaluarla a través del STAI, tanto la ansiedad rasgo como la ansiedad estado disminuyen de ma-

nera moderada con el paso del tiempo. De la misma manera actúa la ansiedad cognitiva cuando se evalúa a través del ISRA, aunque tanto la ansiedad fisiológica [$t(24)=-4.90; p<.01$] como la motora [$t(24)=-3.71; p<.01$] aumentan de manera significativa después de 12 semanas sin tratamiento.

En la Tabla 4 se presentan los resultados de la comparación de los datos obtenidos en la evaluación de los niveles de Ansiedad en los dos momentos entre las medias de ambos grupos.

Tabla 4. Diferencias de medias en Ansiedad entre el grupo con tratamiento y el grupo sin tratamiento a través de una prueba *t* para grupos independientes.

		Grupo con tratamiento	Grupo sin tratamiento	<i>t</i>	gl	
Pre-tratamiento	STAI	Estado	57.69	54.72	6.57**	58
		Rasgo	57.11	56.88	0.52	58
	ISRA	Cognitiva	27.37	27.44	-0.29	58
		Fisiológica	32.57	31.88	1.18	58
		Motora	28.94	28.52	0.82	58
Post- tratamiento	STAI	Estado	11.51	53.28	-105.81**	58
		Rasgo	20.37	55.52	-93.94**	58
	ISRA	Cognitiva	7.37	26.52	-28.86**	58
		Fisiológica	15.67	34.40	-37.91**	58
		Motora	9.14	30.04	-24.71**	58

* La correlación es significativa al nivel .05

**La correlación es significativa al nivel .01

Se puede observar que en el momento del pretratamiento no existen diferencias significativas entre las medias del grupo con tratamiento y el grupo que no recibió el mismo en ninguna de las dos variables de ansiedad, excepto en las medias de Ansiedad Estado evaluada a través del STAI, donde la media más alta se encuentra en el grupo que luego recibió tratamiento [$t(58)=6.57$; $p<.01$]. En cambio, sí se observan diferencias significativas en el postratamiento en todos los niveles de Ansiedad estudiados, donde el grupo con tratamiento puntúa más bajo siempre.

En la Tabla 5 se presentan los resultados de los datos obtenidos en la evaluación antes y después del tratamiento en cada grupo. Se presentan las medias obtenidas en los niveles de Inmunoglobulina A, así como la correspondiente *t* de Student para grupos relacionados.

Tabla 5. Diferencias de medias en IgA antes y después del tratamiento y en cada grupo a través de prueba *t* para grupos relacionados.

	Pretratamiento	Postratamiento	<i>t</i>	gl
Grupo con tratamiento	2.35	3.83	-15.33**	34
Grupo sin tratamiento	2.39	1.65	8.72**	24

* La correlación es significativa al nivel .05

**La correlación es significativa al nivel .01

En ambos grupos existen diferencias significativas entre las medias del pretratamiento y las del postratamiento en los niveles de IgA. En el grupo con tratamiento, la media aumenta después de recibir el tratamiento [$t(34)=-15.33$; $p<.01$]. Por otro lado, en el grupo sin tratamiento disminuyen los niveles de IgA con el paso del tiempo [$t(24)=8.72$; $p<.05$].

Por último, en la Tabla 6 se presentan los resultados de la comparación de los datos obtenidos en la evaluación de los niveles de Inmunoglobulina A en los dos momentos entre las medias de ambos grupos, a través de una prueba *t* para grupos independientes.

Tabla 6. Diferencias de medias en IgA antes y después del tratamiento entre grupos a través de prueba *t* para grupos independientes.

	Con tratamiento	Sin tratamiento	<i>t</i>	gl
Pretratamiento	2.35	2.39	0.59	58
Postratamiento	3.83	1.65	18.28**	58

* La correlación es significativa al nivel .05

**La correlación es significativa al nivel .01

Se puede observar que en el momento del pretratamiento no existen diferencias significativas entre las medias del grupo con tratamiento y el grupo que no recibió el mismo en los niveles de IgA. En cambio, si se observan diferencias significativas en el postratamiento, donde el grupo con tratamiento puntúa más alto [$t(58)=18.28$; $p<.01$].

Discusión

En la mayoría de las investigaciones realizadas se evalúa el estado psicológico de las mujeres víctimas de violencia doméstica y se plantea la necesidad de la intervención psicológica. Sin embargo hay pocos estudios, sobre todo en España, que analicen la eficacia de los tratamientos que se han llevado a cabo con las mujeres maltratadas. Evaluar el malestar de las mujeres, valorar el tratamiento y mostrar la importancia de la mejoría psicológica a través de un indicador fisiológico objetivo como es la Inmunoglobulina A (IgA) es la aportación principal de este estudio.

Algunas autoras extranjeras revisan y plantean modelos de intervención psicológica con las mujeres (Lundy y Grossman, 2001; Walker, 1984). Los principios más relevantes en los que coinciden tienen que ver con trabajar la seguridad de la mujer, su autoestima y sus puntos fuertes, la educación, restaurar la claridad en sus juicios, tratar sus síntomas depresivos y ansiosos, ayudarla en la comprensión de la opresión y finalmente colaborar para que la mujer tome sus propias decisiones.

Tal como se plantea en este estudio, otras investigadoras como Matud, Gutierrez y Padilla (2004) diseñan programas de intervención en mujeres maltratadas por su pareja en el que plantean que aunque se trata de un programa ecléctico, predomina la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales al ser las más recomendadas en los diferentes estudios

(Echeburúa, Corral, Sarasúa y Zubizarreta, 1996, Labrador, Fernández-Velasco y Rincón, 2006; Sarasúa y Zubizarreta, 2000), pero también incorporan principios y estrategias generadas desde la perspectiva socio-estructural.

Algunos de los objetivos terapéuticos coincidentes en los distintos equipos de investigación y tratamiento de la mujer víctima de violencia doméstica, anteriormente comentados, incluyen: aumentar la autoestima de la mujer, y reducir o eliminar sus síntomas ansiosos y depresivos. El estudio que presentamos se centra en la eficacia del tratamiento psicológico mostrando sus cambios tanto psicológicos como físicos a través de evaluación psicológica con cuestionarios e incorporando la evaluación de la Inmunoglobulina A a través de la técnica de inmunodifusión radial.

Con respecto a las hipótesis planteadas, los resultados de las variables psicológicas muestran en primer lugar, que la Autoestima, que en la primera medida antes del tratamiento, no difería entre los dos grupos de mujeres, aumenta en el grupo que recibió el tratamiento, no así en el grupo que no lo recibió, encontrando diferencias en el postratamiento entre ambos grupos, de manera que se demuestra eficaz para esta variable. Este es un resultado importante, ya que la autoestima es considerada una variable decisiva en la violencia doméstica. Esta baja autoestima indica la existencia de un malestar emocional generalizado y una gran inseguridad en sí mismas que les dificulta la toma de decisiones. Todo ello coincide con la literatura especializada sobre los efectos acumulativos de la violencia, que señala que aquellas mujeres que han tenido una relación larga de maltrato presentan aspectos negativos sobre su persona que afectan a diferentes dimensiones de su salud, su capacidad productiva y su inserción en la vida social (Echeburúa, Corral y Amor, 2002; Echeburúa, Corral, Amor, Sarasúa y Zubizarreta, 1997; Labrador, Fernández-Velasco y Rincón, 2006; Zink, Regan, Jacobson y Pabst, 2004). En este sentido, se hace primordial trabajar esta variable en todos los programas de intervención con estas mujeres.

En los niveles de depresión, de la misma manera, las mujeres no diferían entre los grupos en sus puntuaciones antes de recibir el tratamiento. En el postratamiento se observa cómo el grupo que sí lo recibió disminuye sustancialmente su nivel de depresión y, en cambio, el grupo que rechazó el tratamiento no sólo no mejora, sino que con el paso del tiempo sus niveles de depresión aumentan. De esta manera, ambos grupos difieren de manera notable en la segunda medida de depresión. Estos resultados concuerdan con otros estudios como el de Arinero y Crespo (2004), donde tras el tratamiento de un grupo de mujeres maltratadas, mostraron una marcada disminución de la sintomatología depresiva y una mejora en la adaptación de las pacientes. Estos cambios se mantuvieron en los seguimientos al mes, tres y seis meses. En esta línea, es importante el tratamiento de los síntomas depresivos en esta población, ya que existe una alta comorbilidad entre depresión y maltrato (Mburia-Mwalili, Clements-Nolle, Lee, Shadley y Yang, 2010)

Para la variable Ansiedad, antes de iniciar ningún tratamiento, únicamente la Ansiedad Estado evaluada a través del STAI difiere entre ambos grupos; siendo el grupo que decidió acudir al tratamiento el que presenta mayores niveles. Esto puede explicar la decisión de acudir al tratamiento por parte de las mujeres que se sentían más ansiosas. En cambio, en el postratamiento el grupo que recibe el tratamiento se diferencia en los niveles de ansiedad respecto al grupo que no lo recibió, de manera que las mujeres con tratamiento presentan sustancialmente menos ansiedad. De la misma manera, el grupo que recibió tratamiento mejora en las medidas de pre y post de manera significativa en todos los niveles de ansiedad. Por otro lado, cabe comentar que el grupo que no recibió tratamiento mejora levemente en algunos de los indicadores de ansiedad con el paso del tiempo; aunque en este tiempo también aumenta su nivel de ansiedad fisiológica y motora evaluada con el ISRA. En la misma línea Matud, Gutierrez y Padilla (2004) tras poner en práctica el tratamiento por diversas terapeutas en cuatro centros públicos han podido comprobar que las mujeres mejoraban su estado de ánimo y su ansiedad inmediatamente después del tratamiento de forma significativa.

Por último, los datos físicos de la Inmunoglobulina A muestran que las mujeres que llegan a pedir ayuda presentan niveles parecidos de IgA elijan o no acudir a tratamiento. En cambio, una vez realizado dicho tratamiento, las mujeres que acudieron presentan niveles de IgA mayores que las que no acudieron; de hecho, de la misma manera que las mujeres que recibieron intervención psicológica aumentan estos niveles, las que no acudieron a terapia con el paso del tiempo disminuyen sus niveles de IgA y con ellos, sus defensas fisiológicas. En este sentido distintos investigadores, defienden que los malos tratos causan sufrimiento y son tan dañinos que contribuyen al deterioro de la salud no solo mental, sino también física de la víctima, ya que produce consecuencias graves en su salud y un mayor número de síntomas médicos (Echeburúa y Corral, 1998; Sarasúa y Zubizarreta, 2000; Ulla et al., 2009) e incluso deficiencias del sistema inmune (Sanchez-Lorente, Blasco-Ros, Coe y Martínez, 2010). Es por esto, que poder comprobar que un tratamiento psicológico promueva el aumento de la IgA en mujeres maltratadas es de gran importancia; de manera que en el futuro, se promuevan investigaciones encaminadas a ratificar estos datos y poder incidir no sólo en la salud mental de estas mujeres, sino también en su salud física, ya que van de la mano.

De los análisis realizados en la presente investigación, el referido a la IgA es quizá el resultado más innovador y esperanzador, tanto para las mujeres víctimas de maltrato, como para los profesionales que intervenimos con ellas. Subrayamos la importancia de los tratamientos e intervenciones psicológicas en esta población para la salud integral de estas mujeres.

Agradecimientos.- las mujeres que tan voluntariamente participan, porque con su sufrimiento y dolor han contribuido al fin último de este trabajo con lo que esperamos abrir puertas para entrar

al difícil mundo de la violencia conyugal y poder atenuar su impacto. A Mercedes Guillén, psicóloga del Área de Igualdad, por su gran trabajo e infinita paciencia en el reclutamiento y colaboración en el trabajo psicoterapéutico con las participantes en el estudio. A Gemma del Corral, directora del Área de Igualdad del Ayuntamiento de Málaga, y a todos los miembros del Área por su generosidad y por las facilidades para llevar a cabo el trabajo. Al Ministerio de Ciencia

y Tecnología (actualmente Economía y Competitividad) por impulsar la iniciativa.

Nota.- Este trabajo forma parte del Proyecto de Investigación Personalidad, Estrés crónico y Salud, subvencionado por el Ministerio de Ciencia y Tecnología (España), y cuya referencia es BSO2002-00910.

Referencias

- Ader, R. (1981). *Psychoneuroimmunology*. New York: Academic.
- Arinero, M. y Crespo, M. (2004). Evaluación de la eficacia de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para mujeres víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto. *Revista de Psicología Conductual*, 12 (2), 233-249.
- Basile, K.C., Arias, I., Desai, S. y Thompson, M.P. (2004). The differential association of intimate partner physical, sexual, psychological and stalking violence and posttraumatic stress symptoms in a nationally representative sample of women. *Journal of Trauma and Stress*, 17 (5), 413-421.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1976). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-71.
- Campbell, J.C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359 (9314), 1331-1336.
- Campbell, J., Jones, A.S., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P., Gielen, A.C. y Wynne, C. (2000). Intimate partner violence and physical health consequences. *Archives of Internal Medicine*, 162 (10), 1157-1163.
- Campbell, J.C., Kub, J., Belknap, R.A. y Templin, T.N. (1997). Predictors of depression in battered women. *Violence Against Women*, 3 (3), 271-293.
- Canicali, C. y Costa, M.H. (2008). Los efectos del relajamiento sobre el estado de ansiedad y en los niveles de iga en la saliva de mujeres en puerperio. *Revista Latino-americana de enfermagem* 16 (1), 36-41.
- Coker, A.L., Smith, P.H., Bethea, L., King, M.R. y McKeown, R.E. (2000). Physical Health Consequences of Physical and Psychological Intimate Partner Violence. *Archives of Family Medicine*, 9, 451-457.
- Conde, V., Esteban, T. y Useros, E. (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 31, 469-497.
- Dienemann, J., Boyle, E., Baker, D., Resnick, W., Wiederhorn, N. y Campbell, J. (2000). Intimate partner abuse among women diagnosed with depression. *Issues on Mental Health Nursing*, 21 (5), 499-513.
- Domínguez, J.M., García, P. y Cuberos, I. (2008). Violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico: consecuencias sobre la salud psicosocial. *Anales de Psicología*, 24 (1), 115-120.
- Doyle, W.J., Gentile, D.A. y Cohen, S. (2006). Emotional style, nasal cytokines, and illness expression after experimental rhinovirus exposure. *Brain, Behavior and Immunity*, 20 (2), 175-181.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P.J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14, 139-146.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1997). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 7-19.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1996). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 627-654.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1998). Hombres maltratadores. Aspectos teóricos. En E. Echeburúa y P. Corral (Eds.), *Manual de violencia familiar* (pp. 73-90). Madrid: Siglo XXI.
- Fernández-Montalvo, J., y Echeburúa, E. (1997). Variables psicopatológicas y distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar: un análisis descriptivo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 151-180.
- Franklin, E.C. (1983). Estructura y función de las Inmunoglobulinas. *Revista Artritis y enfermedades conexas*, 1, 265-274.
- Fontañil, Y., Ezama, E., Fernández, R., Gil, P., Herrero, F.J., y Paz, D. (2005). Prevalencia del maltrato de pareja contra las mujeres. *Psicothema*, 17 (1), 90-95.
- García-Moreno, C. (2000). Violencia contra la mujer. Género y equidad en la salud. *Organización Panamericana de la Salud y Harvard Center for Population and Development Studies*. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DBI/po06.htm>.
- Goldenson, J., Geffner, R., Foster, S.L. y Clipson, C.R. (2007). Female Domestic Violence Offenders: Their Attachment Security, Trauma Symptoms, and Personality Organization. *Violence and Victims*, 22(5), 532-545.
- Golding, J.M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence* 14 (2), 99-132.
- Gundersen, L. (2002). Intimate-partner violence: the need for primary prevention in the community. *Annals of Internal Medicine*, 136, 637-640.
- Henry, J.B. (1996). *Clinical Diagnosis and Management by Laboratory Methods*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Hurwitz, E.J., Gupta, J., Liu, R., Silverman, J.G., y Raj, A. (2006). Intimate partner violence associated with poor health outcomes in U.S. South Asian women. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 8, 251-261.
- Kaplan, L.A., Pesce, A.J. y Kazmierczak, S.C. (2003). *Clinical Chemistry. Theory, Analysis, Correlation*. St. Louis: Mosby.
- Kaslow, N.J., Thompson, M.P., Okun, A., Price, A., Young, S., Bender, M., Wyckoff, S. Twomey, H., Goldin, J. y Parker, R. (2002). Risk and protective factors for suicidal behaviour in abused African American women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (2), 311-319.
- Kelly, U.A. (2010). Symptoms of PTSD and major depression in Latinas who have experienced intimate partner violence. *Issues of Mental Health Nursing*, 31 (2), 119-27.
- Kempe, C.H., Silverman, F.N., Steele, B.F., Droegemuller, W. y Silver, H.K. (1962). The Battered Child Syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 181, 17-24.
- Kiecolt-Glaser, J.K., McGuire, L., Robles, T.F. y Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology: psychological influences on immune function and health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (3), 537-47.
- Labrador, F.J., Fernández-Velasco, M.R. y Rincón, P. (2006). Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (3), 527-547.
- Lang, A.J., Kennedy, C.M. y Stein, M.B. (2002). Anxiety sensibility and PTSD among female victims of intimate partner violence. *Depression and Anxiety*, 16 (2), 77-83.
- Lown, E.A., Schmidt, L.A., y Wiley, J. (2006). Interpersonal violence among women seeking welfare: Unraveling lives. *American Journal of Public Health*, 96, 1409-1415.
- Lundy, M. y Grossman, S. (2001). Clinical research and practice with battered women: what we know, what need to know. *Trauma, violence and abuse*, 2 (2), 120-141.
- Mancini, G., Vermon, J., Carbonara, A.D. y Heremans, J.J. (1964). A simple diffusion method for the immunological quantitation of proteins. *International Prot Biological Fluids 11th Colloquium Brogues*, 370-373.
- Martínez, M., García-Linares, M.I. y Pico-Alfonso, M.A. (2004). Women victims of domestic violence: consequences for their health and the role of the health system. En C. A. Renate, R. C. A. Klein y B. Wallner (Eds.), *Gender, conflict, and violence* (pp. 53-71). Vienna: Studien-Verlag.
- Matud, M.P., Gutiérrez, A.B. y Padilla, V. (2004). Intervención psicológica con mujeres maltratadas por su pareja. *Papeles del Psicólogo*, 25 (88), 1-9.
- Mburia-Mwalili, A., Clements-Nolle, K., Lee, W., Shadley, M. y Yang, W. (2010). Intimate Partner Violence and Depression in a Population-

- Based Sample of Women: Can Social Support Help? *Journal of Interpersonal Violence*, 5, 1-21.
- Miguel-Tobal, J.J., y Cano-Vindel, A. (1994). *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA)*. Madrid: TEA.
- Miller, A.H. (1998). Neuroendocrine and immune system interactions in stress and depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 21, 443-63.
- Mooney, J. (2000). Revealing the hidden figure of domestic violence. En J. Hanmer y C. Itzin (Eds.), *Home truths about domestic violence* (pp. 24-44). New York: Routledge.
- Natvig, J.B. y Kukul, H.G. (1973). Human immunoglobulins: classes, subclasses, genetic variants, and idiotypes. *Advances in Immunology*, 16, 1-59.
- Patr6, R., Corbalán, F.J. y Limiñana, R.M. (2007). Depresión en mujeres maltratadas: Relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia. *Anales de Psicología*, 23 (1), 118-124.
- Ray, O. (2004). The revolutionary health science of psychoendoneuroimmunology: a new paradigm for understanding health and treating illness. *Annals of the New York Academic Sciences*, 1032, 35-51.
- Rosenberg M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Sadek, N. y Nemeroff, C.B. (2000). Update on the Neurobiology of Depression. *Medscape Psychiatry*. Disponible en: <http://www.medscape.com/Medscape/psychiatry/TreatmentUpdate/2000/tu03/public/toctu03.html>
- Sanchez-Lorente, S., Blasco-Ros, C., Coe, C.L. y Martinez, M. (2010). Recovery of immune control over herpes simplex virus type 1 in female victims of intimate partner violence. *Psychosomatic Medicine*, 72 (1), 97-106.
- Sansone, R., Chu, J. y Wiederman, M.W. (2007). Suicide attempts and domestic violence among women psychiatric inpatients. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 11 (2), 163-166.
- Sarasúa, B. y Zubizarreta I. (2000). *Violencia en la pareja*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Smith, M.M. y Bryant, J.L. (2002). Mind-body and mind-gut connection in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology Nursing*, 25 (5), 213-217.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R.E. (1970). *Manual of State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto CA: Consulting Psychologists Press.
- Stein M., Miller A.H. y Trestman R.L. (1991). Depression, the immune system, and health and illness. *Archives of General Psychiatry*, 48, 171-177.
- Street, A.E. y Arias, I. (2001). Psychological abuse and posttraumatic stress disorder in battered women: examining the roles of shame and guilt. *Violence and Victims*, 16 (1), 65-78.
- Sutherland, C., Bybee, D. y Sullivan, C. (1998). The long-term effects of battering on women's health. *Women's Health: Research on Gender, Behavior and Policy*, 4 (1), 41-70.
- Tjaden, P. y Thoennes, N. (2000). *Full report of the prevalence, incidence and consequences of violence against women*. National Institute of Justice. U.S. Department of Justice.
- Tuesca, R. y Borda, M. (2003). Violencia física marital en Barranquilla Colombia: prevalencia y factores de riesgo. *Gaceta Sanitaria*, 17, 304-309.
- Ulla, S., Velázquez, C., Notario, B., Solera, M., Valero, N. y Olivares, A. (2009). Prevalence of intimate partner violence and its relationship to physical and psychological health indicators. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9 (3), 411-427.
- Urbina de Urbina, El (2006). Psiconeuroinmunología en el contexto de la rehabilitación física. *Archivos venezolanos de Psiquiatría y neurología*, 52 (106), 16-22.
- Varela, N. (2002). *Íbamos A Ser Reinas. Mentiras y Complicidades que Sustentan la Violencia Contra Las Mujeres*. Barcelona: Crónica Actual.
- Villavicencio, P. y Sebastián, J. (1999). *Violencia Doméstica: su Impacto en la Salud Física y Mental de las Mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Walker, L.E. (1984). *The Battered Woman Syndrome*. New York: Springer.
- Wilbur, L., Higley, M., Hatfield, J., Surprenant, Z., Taliaferro, E. y Smith, D.K. (2001). Violence: Recognition, Management and Prevention. Survey Results of Women who have been strangled while in an Abusive Relationship. *The Journal of Emergency Medicine*, 21 (3), 297-302.
- Zink, T., Regan, S., Jacobson, C. y Pabst, S., (2004). Hidden Victims: The Healthcare Needs and Experiences of Older Women in Abusive Relationships. A qualitative study of older women's reasons for remaining in abusive relationships. *Violence Against Women & Health*, 8 (13), 898-908.

(Artículo recibido: 13-06-2010, revisión: 19-08-2011, aceptado: 21-09-2011)