



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ



# TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Título:**

**Efectividad de la terapia grupal cognitivo-  
conductual más sesiones individuales de  
intervención en crisis versus la terapia individual  
para mujeres víctimas de violencia de género en  
un Centro de Salud Mental**

**Alumna: Albacete Belmonte M<sup>a</sup> Ascensión**

**Tutor: Segura López Gabriel**

**Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria**

**Curso: 2015-2016**

## **RESUMEN**

**Introducción.** La violencia de género es un problema de salud pública, por tanto, el ámbito sanitario se convierte en un contexto privilegiado para identificar y tratar a las mujeres que sufren cualquier forma de este tipo de violencia. El **objetivo principal** de esta investigación es comprobar la mayor efectividad de la terapia psicológica grupal de corte cognitivo-conductual combinada con sesiones individuales de intervención en crisis, frente a sólo la terapia individual de corte cognitivo-conductual, para las mujeres que sufren violencia de género y acuden a un Centro de Salud Mental. **Diseño y métodos.** Será un estudio experimental: Ensayo Clínico Aleatorio (ECA) y tendrá dos grupos de tratamiento: el de intervención (Terapia grupal) y al que se comparará (Terapia individual). La muestra, mujeres de 16 años o más que inician tratamiento en salud mental, por síntomas emocionales relacionados con estar siendo víctimas de violencia de género por parte de sus parejas, en el momento presente, con nacionalidad española y que sepan leer y escribir, se obtendrá mediante un muestreo aleatorio simple. En ambas Intervenciones el contenido (técnicas cognitivo-conductuales y aspectos psicoeducativos sobre violencia de género, dispositivos, recursos, salud y vida cotidiana), el número de sesiones (25 quincenales, 90 minutos de duración en grupo y 45 en individual) y el terapeuta, psicóloga clínica, serán los mismos. **Resultados.** Todas las mujeres de la muestra serán evaluadas, por un evaluador independiente, antes y después de los tratamientos y durante el seguimiento (1,3, 6 y 12 meses). Se pretende medir Resolución de Violencia de Género, a través de un indicador anual (% de separaciones), Estado de Ánimo, nivel de Ansiedad, Riesgo Suicida y Autoestima. **Conclusiones:** Si alcanzamos el objetivo planteado, controlando las limitaciones, sesgos y variables confusoras, obtendremos un beneficio importante en la salud de estas mujeres y en el coste-beneficio al ser grupal.

**Palabras Clave:** Violencia de Género, terapia cognitivo-conductual, terapia de grupo, terapia individual, Centro de salud mental.

## PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

**Investigador principal:** M<sup>a</sup> Ascensión Albacete Belmonte

**Lugar de trabajo:** Centro de Salud Mental de Lorca      30800 Murcia

### TÍTULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA GRUPAL COGNITIVO-CONDUCTUAL MÁS  
SESIONES INDIVIDUALES DE INTERVENCIÓN EN CRISIS VERSUS LA  
TERAPIA INDIVIDUAL PARA MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE  
GÉNERO EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL

**PREGUNTA CLÍNICA:** En mujeres  $\geq 16$  años que acuden a salud mental y son víctimas de Violencia de Género ¿es más efectiva la terapia grupal de corte cognitivo-conductual más sesiones individuales de intervención en crisis, que solo la terapia individual, para la resolución de la violencia de género y para una mayor recuperación en salud mental y autoestima?

### FORMULACIÓN EN FORMATO PICO:

P	I	C	O
Paciente	Intervención	Intervención a comparar	Resultado
Mujeres $\geq 16$ años que acuden a salud mental y son víctimas de Violencia de Género	Terapia grupal de corte cognitivo-conductual más sesiones individuales de intervención en crisis	Terapia individual de corte cognitivo-conductual	Mayor % de separaciones(resolución)  Mayor nivel del estado de ánimo  Menor riesgo suicida  Menor nivel de ansiedad  Mayor autoestima

**Fdo. M<sup>a</sup> Ascensión Albacete Belmonte**

## **1. JUSTIFICACIÓN: ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA**

La Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU), en diciembre de 1993, aprobó la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres, siendo ésta definida como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privatización arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada” <sup>(1)</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1996, considera la violencia ejercida sobre las mujeres en las relaciones de pareja, un problema de salud pública, identificándola como factor crucial en el deterioro de la salud. Y la declara prioridad internacional para los servicios de salud, puesto que el personal de estos servicios sanitarios está en contacto con víctimas, agresores, así como con sus hijos/as <sup>(2)</sup>. En 2013 publica un informe con las estimaciones obtenidas a nivel mundial: un tercio de las mujeres han experimentado violencia física o sexual, principalmente por sus parejas íntimas <sup>(3)</sup>.

En España, el informe realizado por el Ministerio de Sanidad, en el año 2009, detalla el impacto de la violencia sobre la salud física y mental de mujeres y niñas, que va desde traumatismos, síntomas físicos a veces inespecíficos y crónicos, hasta complicaciones vinculadas a embarazos, problemas mentales de ansiedad y depresión fundamentalmente y deterioro en su funcionamiento social <sup>(4)</sup>.

Una revisión sistemática acerca de violencia de género y salud mental <sup>(5)</sup>, en 2014, resalta los efectos adversos de dicha violencia hacia la misma, sobre todo en relación a depresión, estrés postraumático y ansiedad; siendo la violencia psicológica la que más afectación puede originar, y añadiendo además, que experimentar más de un tipo de violencia de género puede aumentar la gravedad de los efectos.

Por todos los datos anteriores, corroboramos la necesidad de actuaciones desde los servicios sanitarios públicos, para dar respuesta a esta grave

situación. Es en este marco, y más concretamente en el Centro de Salud Mental (CSM) en el que trabajo, donde se plantearía esta investigación.

Una vez destacada la importancia del tema de estudio, he centrado la búsqueda bibliográfica para encontrar los antecedentes y el estado actual del mismo, en relación a la pregunta clínica planteada. Hallando lo siguiente: dos revisiones sistemáticas y meta-análisis <sup>(6)</sup> <sup>(7)</sup>, y un ECA <sup>(8)</sup> (comentados brevemente a continuación, por ser los más relevantes); una Guía Práctica Clínica en salud mental <sup>(9)</sup>, donde se recomienda asociar intervenciones individuales con sesiones grupales, para este tipo de población; y por último, seis estudios realizados en España.

### **BIBLIOGRAFIA MÁS RELEVANTE COMENTADA**

**Artículo 1** <sup>(6)</sup>. Este estudio es una revisión sistemática y el primer meta-análisis, con un nivel de evidencia de (1+). El objetivo es determinar la eficacia de las actividades de promoción (apoyo y orientación sobre seguridad, cuestiones jurídicas, vivienda, asesoramiento financiero, apoyo telefónico, facilitar el acceso a los recursos de la comunidad) y de las intervenciones de la Terapia cognitivo-conductual (TCC) de forma independiente, en la reducción de la ocurrencia de la violencia contra la mujer. Ambas intervenciones se comparan con la atención habitual (acciones mínimas como entregar tarjeta de información con lista de teléfonos y direcciones de agencias de soporte local). Es el primero en discriminar el tipo de intervención indicado para cada tipo de maltrato experimentado: físico, psicológico, sexual o cualquier otro tipo de violencia contra la mujeres. Se incluyeron 12 ECAs (6 ECAs de promoción y 6 de intervenciones de TCC) con 2666 mujeres (fundamentalmente de EE.UU y de China; y algunas de Australia y Mongolia).

Las conclusiones según la evidencia actual, son que ambas intervenciones, tanto de promoción, como la TCC son significativamente más eficaces en la reducción de la violencia contra la mujer a nivel físico y psicológico que la atención habitual, pero no ocurre lo mismo respecto a la violencia sexual o cualquier otro tipo de violencia. También sugieren que una combinación de ambos tipos de intervención debería considerarse para mejorar aún más los

resultados para las víctimas y esto además, porque actualmente la OMS en sus guías clínicas así lo recomiendan.

Las limitaciones que comentan tener son el escaso número de estudios y la heterogeneidad de las intervenciones: diferencias en duración, en el tamaño y procedencia de las muestras, en la duración del seguimiento, el uso de distintas escalas para evaluar la violencia de pareja (IPV); todo ello limitó el agrupamiento de los datos. Además, sólo se consideró un resultado, la frecuencia o la ocurrencia de IPV, mientras que el resultado primario para muchos ensayos era la calidad de vida o la salud mental. Todo esto hay que tenerlo en cuenta para interpretar los resultados con precaución.

Respecto a investigaciones futuras apuntan a que se realicen más ECAs, para examinar la eficacia de intervenciones TCC en la reducción de IPV y si ambas juntas (TCC y promoción) pueden mejorar los resultados para las víctimas de IPV a largo plazo. También nos hablan de considerar otros tipos de diseños, como los cuasiexperimentales, o los ensayos controlados sin asignación al azar.

**Artículo2** <sup>(7)</sup>. Esta revisión sistemática y meta-análisis tiene un nivel de evidencia de (+1). Se resumen los estudios existentes sobre la efectividad de las intervenciones psicológicas a corto plazo para las sobrevivientes de IPV, tanto en entornos comunitarios (clínicas de salud, centros asistenciales, servicios comunitarios) como en casas de acogida. Veintiún estudios se incluyen en el análisis, con diferentes métodos y distintos resultados. En promedio se obtiene que dichas intervenciones son eficaces (tanto las individuales como las grupales), con un efecto global medido de un 34% de mejora en comparación con no recibir tratamiento (efecto grande). La mejoría era considerable en la disminución del trastorno de estrés postraumático, de los síntomas de depresión, de angustia y en un aumento de la autoestima y del funcionamiento en sus vidas; fue más moderada, pero también significativa, en lo relacionado con la violencia sexual, abuso de sustancias y sensación de seguridad. Además, esta investigación proporciona evidencia de que los programas psicológicos más eficaces a corto plazo son los que se basan en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), adaptados a las mujeres que sufren

violencia de género. Y que el beneficio es el mismo en los estudios en casas de acogida y en los entornos comunitarios. También encuentran que cuantas más sesiones y más tiempo de intervención mejores resultados. Además, sugieren que parece ser que los tratamientos individuales son más eficaces que los grupales (aunque estos lo sean también) porque se les ofrece una atención individual más adaptada a sus necesidades, ya que en este tipo de poblaciones (entornos comunitarios o casas de acogida) no todas tienen una baja autoestima, depresión o angustia; lo cual pone de manifiesto a su vez la heterogeneidad entre la supervivientes de la IPV. Otro dato importante que encuentran, es que el efecto de estas intervenciones parece ser que disminuye con el tiempo (sigue existiendo pero es menor), sobre todo a los 6 y 12 meses de seguimiento, por tanto apuntan, que es necesario estudiar esto y para ello es importante replicar los estudios y evaluar los seguimientos.

Las limitaciones más grandes de este estudio son la generalización de los resultados a otras poblaciones, por eso, las futuras investigaciones deberían encaminarse a replicar los estudios en dichas poblaciones; ampliar el efecto de las intervenciones psicológicas cortas, con más número de sesiones, combinándolas con otro tipo de intervenciones. En definitiva, ponen de relieve la necesidad de seguir investigando, pues son pocos los estudios de alta calidad, con fuertes diseños experimentales. Otra limitación de este estudio es el de los artículos potenciales faltantes, aquellos que se encuentran en la literatura “gris” y que no fueron capturados en la búsqueda bibliográfica.

**Artículo3** <sup>(8)</sup>. Este estudio es un ECA con un nivel de evidencia científica de (1+). El ensayo se orienta a una pregunta claramente definida: la Población son mujeres víctimas de violencia de género en un centro de salud mental; la Intervención es individual y grupal cognitivo-conductual (tratamiento combinado) versus solo individual cognitivo-conductual(TCC) y los Resultados considerados eran disminuir o hacer desaparecer los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT) y del malestar emocional (ansiedad, depresión, baja autoestima) y por otro lado aumentar el funcionamiento social y ocupacional de dichas mujeres.

El objetivo de este estudio es averiguar si la efectividad de la terapia individual cognitivo conductual puede mejorarse en conjunción con la terapia grupal cognitivo-conductual. El tratamiento consta de 17 sesiones con el mismo contenido para ambos grupos (expresión emocional, psicoeducación, re-exposición al trauma, habilidades de afrontamiento y de resolución de problemas). En la intervención individual todas las sesiones son individuales y en la intervención combinada, 9 son individuales y 8 en grupo.

Las pacientes (N=116) fueron asignadas aleatoriamente a una de las dos modalidades de tratamiento: individual y combinado. Los dos grupos eran homogéneos en cuanto a las variables sociodemográficas y a las relacionadas con la violencia de género. Los criterios de inclusión fueron: mujeres entre 18 y 65 años; estar en tratamiento por las consecuencias emocionales de la violencia de género; no vivir con la pareja maltratadora (separadas); no sufrir trastorno mental grave y participar en el estudio voluntariamente (previo consentimiento informado). Todas las mujeres fueron adecuadamente consideradas hasta el final del estudio y tuvieron un seguimiento de 1, 3, 6 y 12 meses con medidas de evaluación independientes. Hubo cegamiento por parte del evaluador ya que era independiente y no tenía conocimiento de la modalidad terapéutica en la que estaban las pacientes.

Los resultados obtenidos muestran que las mujeres de ambos grupos mejoraron en las variables medidas (TEPT, malestar emocional y funcionamiento social y ocupacional) con la terapia cognitivo-conductual (TCC) y que mejoraron significativamente respecto a los síntomas de TEPT y al deterioro en el funcionamiento social y ocupacional, en el grupo de tratamiento combinado a lo largo del seguimiento. Nos muestran la precisión de este efecto en tablas con el valor de "p". Por tanto, para los autores, las conclusiones son que estos resultados apoyan parcialmente los efectos beneficiosos del grupo TCC como adyuvante a la TCC individual; aunque por otro lado, concluyen también, que existe un beneficio en el coste al ser una terapia breve y en formato combinado y que esto es importante dada la demanda de tratamiento en salud mental.



Respecto a las limitaciones del estudio, tenemos que estos resultados no se pueden generalizar a aquellas mujeres que continúan con sus parejas maltratadoras, ni a las que padecen trastornos mentales graves.

Y por último, señalan por donde deberían continuar las futuras investigaciones: comprobar si la terapia grupal TCC es tan eficaz como la terapia individual TCC y considerar otras variables no tenidas en cuenta en este estudio.

**Los estudios realizados en España**, nos muestran la variedad de intervenciones que se han llevado a cabo en nuestro país:

- Tratamientos psicológicos individuales en muestras comunitarias (Servicios públicos de Asistencia Psicológica a Mujeres Víctimas de Violencia de Género dependientes de las Comunidades Autónomas). En uno de ellos <sup>(10)</sup>, con diseño cuasi-experimental antes-después, se evalúa la eficacia de la terapia cognitiva conductual (TCC) para aquellas mujeres que sufren trastorno de estrés postraumático (TEPT), que es donde más se ha aplicado este tipo de terapia; encontrándose que la misma es efectiva y que los síntomas del TEPT aparecen en mayor medida en los casos donde ha existido violencia física y sexual y no tanto en los casos de violencia psicológica, por tanto, sería una limitación aplicar la TCC solo al TEPT, puesto que dicho trastorno no se da en todas las mujeres maltratadas. En otro estudio <sup>(11)</sup>, con diseño cuasi-experimental de dos grupos independientes (tratamiento y control) y medidas repetidas, evalúa con éxito un programa de tratamiento psicológico individual, donde predomina la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales, pero se tiene en cuenta la relevancia que tienen los roles de género y el contexto social y puede aplicarse a mujeres con distinto nivel socioeducativo, cualquiera que sea su situación respecto a la relación con el agresor y no restringiéndose a las que tienen un determinado síndrome, limitaciones que sí existen en otras propuestas de intervención.

- Tratamientos psicológicos de formato grupal en muestras comunitarias. Uno de ellos es un ECA <sup>(12)</sup>, y quiso evaluar la eficacia a largo plazo de un programa de intervención de enfoque cognitivo-conductual, con asignación aleatoria a dos programas que aplicaban técnicas comunes y cuya diferencia era que uno incluía técnicas de exposición y el otro entrenamiento en

habilidades de comunicación; los resultados mostraron un descenso pronunciado en los síntomas postraumáticos, depresivos y de ansiedad, y escasas diferencias entre los dos programas. En otra investigación <sup>(13)</sup> el objetivo era evaluar la efectividad de una intervención socioeducativa grupal, con un diseño cuasi-experimental de medidas repetidas sin grupo control y cuyos resultados indicaron que todos los grupos vieron incrementado su nivel de autoestima.

- Tratamientos psicológicos de formato grupal en muestras de salud mental. Una investigación <sup>(14)</sup> evalúa la efectividad de una intervención grupal cognitivo-conductual, mediante un diseño cuasi-experimental antes-después y cuyas conclusiones son que los grupos terapéuticos son una intervención efectiva, pues se consiguieron mejoras significativas en depresión y ansiedad. En otro estudio <sup>(15)</sup> se describe la experiencia de psicoterapia grupal, con mujeres que han sufrido o sufren algún tipo de maltrato (psicológico, físico y/o sexual) por parte de sus parejas o ex-parejas y que incluye un modelo centrado en la comprensión de la violencia de género como vivencia traumática, incorporando perspectiva de género.

Para terminar, añadir que tras la revisión bibliográfica, la principal conclusión es que existen diversas intervenciones psicológicas, tanto individuales como grupales, para tratar a las mujeres que sufren violencia de género, pero la investigación actual sobre sus resultados es aún muy limitada y además, muchas de ellas presentan importantes problemas metodológicos (muestras muy pequeñas, los tipos de diseños utilizados, etc.), que nos impiden obtener conclusiones más firmes en cuanto a su efectividad.

## **2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

El **objetivo principal** de esta investigación es comprobar la mayor efectividad de la terapia grupal de corte cognitivo-conductual combinada con sesiones individuales de intervención en crisis, frente a sólo la terapia individual de corte cognitivo-conductual, para las mujeres que sufren violencia de género y acuden a salud mental.

Y los **objetivos específicos** perseguidos con la propia intervención son:

- Resolución de la Violencia de Género, es decir, poner fin a esa situación, separándose.
- Incrementar el estado de ánimo.
- Disminuir el riesgo suicida.
- Reducir el nivel de ansiedad.
- Aumentar la autoestima.

### **3. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS**

Si comprobamos la efectividad de dicha terapia grupal consiguiendo los objetivos específicos propuestos, la aplicabilidad y utilidad de los resultados quedará demostrada, pudiendo entonces generalizar y extender la aplicación de esta intervención, para mujeres que sufren violencia de género, a otros centros de salud mental de la región de Murcia o incluso de otras comunidades de España, siempre y cuando las características sociodemográficas fuesen homogéneas. Para poder extender este tipo de intervención haría falta el apoyo y el respaldo de la institución sanitaria, a través de más recursos humanos y económicos y para esto habría que demostrarle que tal intervención resulta muy rentable, en cuanto a la ganancia en salud de estas mujeres e indirectamente de sus hijo/as, pues evitaría el peregrinaje de todos ellos por otros servicios de salud, muchas veces con demandas inespecíficas y crónicas; y por otro lado, en cuanto al coste-beneficio al poder realizarse en grupo y dada la gran demanda en salud mental de los últimos años.

### **4. DISEÑO Y METODOS**

#### **4.1. TIPO DE DISEÑO**

Será un estudio experimental: Ensayo Clínico Aleatorio (ECA). Habrá dos grupos de tratamiento: el de intervención (la Terapia grupal de corte cognitivo-conductual más sesiones individuales de intervención en crisis) y el grupo al que se comparará (Terapia individual de corte cognitivo-conductual). Por cuestiones éticas, no habrá grupo de control de lista de espera. La validez de este estudio radica fundamentalmente en el hecho, de que el proceso aleatorio haga los grupos comparables, en las variables más relevantes en relación al problema a estudiar y así poder obtener una estimación del efecto más real. Se realizarán múltiples y repetidas medidas independientes en

ambos grupos: pretratamiento, postratamiento, y en el seguimiento programado, a los 1, 3,6 y 12 meses.

#### 4.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

- **Descripción de la muestra.** Mujeres que acudan por primera vez, en acogida o reacogida, durante el primer trimestre del año 2017, al programa de adultos del Centro de Salud Mental de Lorca de la Región de Murcia, con 16 años o más, de nacionalidad española, sin distinción de estado civil, con o sin hijos, embarazadas o no, de cualquier nivel de formación (mínimo que sepan leer y escribir), en cualquier situación laboral, económica, y que sean víctimas en esos momentos, de violencia de género, sea cual sea el tipo de maltrato sufrido (físico, psicológico, sexual o cualquier combinación de ellos), la duración del mismo y la existencia o no parte de lesiones.

- **Criterios de inclusión:** Mujeres con 16 años o más que inician tratamiento en salud mental, por síntomas emocionales relacionados con estar siendo víctimas de violencia de género por parte de sus parejas, en el momento presente; Nacionalidad española y Que sepan leer y escribir.

- **Criterios de exclusión:** Retraso Mental; Trastorno Mental Grave (Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, Trastornos Bipolares y algunos Trastornos de Personalidad: esquizoide, paranoide y límite) y Consumo/dependencia de tóxicos.

- **Método de muestreo.** Con todas las mujeres que acudan en acogida o reacogida, durante el primer trimestre del año 2017 y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, se llevará a cabo un muestreo aleatorio simple, donde todas tendrán las mismas probabilidades de ser seleccionadas. Con esto, determinaremos quiénes entraran a formar parte del estudio y quienes seguirán las actuaciones sanitarias habituales en nuestro Centro de Salud Mental. Para realizar dicho muestreo generaremos números aleatorios en el ordenador, donde todas estas mujeres estarán numeradas en un listado.

Una vez obtenida la muestra serán todas evaluadas. Conseguiremos de esta manera, un cegamiento por parte del evaluador, que además de ser independiente, no tendrá conocimiento de la modalidad terapéutica en la que

estarán las participantes. Posteriormente, se procedería a la aleatorización de las mismas a los dos grupos de intervención; para este proceso, se utilizará nuevamente el ordenador.

- **Cálculo del tamaño de la muestra.** Los estudios experimentales necesitan tener un diseño con un proceso de aleatorización adecuado y además, un tamaño muestral suficiente, para obtener una estimación del efecto adecuada, no sesgada. Para llevar a cabo el cálculo de ese tamaño muestral, hay que tener en cuenta los errores que se pueden cometer y que son de dos tipos: error  $\alpha$  o de tipo I (rechazar la hipótesis nula cuando es cierta) y error  $\beta$  o de tipo II (no rechazar la hipótesis nula cuando es falsa). Los valores utilizados habitualmente son  $\alpha=0,05$  (nivel de confianza del 95%) y  $\beta=0,20$  (potencia del 80%). También es necesario establecer el valor mínimo de la diferencia que se pretende encontrar entre los dos grupos, así como una idea del valor de los parámetros de las variables de estudio, que podría obtenerse de la bibliografía o a partir de una prueba piloto. Debe indicarse además, si los grupos son independientes o apareados, en nuestro caso serán independientes. Y por último, también hay que señalar si la hipótesis es bilateral o unilateral; en este estudio, suponemos que los parámetros serán mayores en un grupo que en el otro, por tanto, será unilateral.

Existen programas de ordenador que, con todos los datos anteriores, calculan el tamaño de la muestra necesario. Utilizaríamos el programa GRANMO, que permite diferenciar el tipo de contraste, indicar la razón entre grupos (lo habitual es que sea 1:1), y el porcentaje de pérdidas previstas.

- **Procedencia de los sujetos.** Mujeres derivadas desde Atención Primaria o desde otros servicios de especialidades del hospital de referencia, en nuestro caso, el Hospital Rafael Méndez de Lorca. Todos estos servicios, a su vez, tienen de población de procedencia todo el municipio de Lorca, centro urbano y pedanías y los municipios de Puerto Lumbreras y Totana.

#### 4.3. MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS

- **Acogida por enfermería (Anexo 1).** Enfermería realiza la acogida o reacogida de todos los pacientes que acuden a nuestro Centro de Salud

Mental, recogiendo los datos sociodemográficos y clínicos de interés, así como el motivo de la consulta y las expectativas hacia la misma. También y siguiendo las recomendaciones de la GPC de actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja <sup>(9)</sup>, se realiza un cribado sistemático a todas las mujeres, para detectar la violencia de género, con la versión corta del Woman Abuse Screening Tool (WAST corto) <sup>(9)</sup> (**Anexo 2**). El resultado puede ser positivo o negativo.

- **Entrevista por el facultativo (psicólogo o psiquiatra).** Tras la acogida de enfermería, todos los pacientes pasan a entrevista con el facultativo (psicólogo/a o psiquiatra), quien realiza la exploración psicopatológica, evaluación, establece el diagnóstico e iniciará el tratamiento más adecuado o derivaciones pertinentes, ya sean internas o a recursos externos, o dará el alta. Será en esta entrevista y siguiendo otra recomendación de la GPC <sup>(9)</sup>, si el resultado del WAST corto es positivo, se pasará a esas mujeres, el Index of Spouse Abuse (ISA) <sup>(9)</sup> (**Anexo 3**), y si el resultado del WAST es negativo, sólo se pasará el ISA, si existe algún indicador de sospecha <sup>(9)</sup> (**Anexo 4**). Se pretende con el ISA obtener el diagnóstico confirmatorio de estar sufriendo violencia de género y el tipo de maltrato sufrido. Su corrección esta informatizada por ordenador, apareciendo los puntos de corte a partir de los cuales, las puntuaciones son significativas para hacer dicho diagnóstico confirmatorio y los tipos de maltrato.

- **Evaluador independiente.** Evaluará a todas las mujeres de la muestra con las siguientes pruebas:

- **Inventario de Depresión de Beck (BDI)** <sup>(16)</sup>. El BDI clasifica la intensidad de la depresión en: mínima (0-9); leve (10-16); moderada (17-29) y alta (>30). La fiabilidad test-retest es de 0,72. Tiene una razonable validez de contenido.
- **Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI)** <sup>(17)</sup>. Este cuestionario mide Ansiedad-Estado (A-E) y Ansiedad Rasgo(A-R), con 20 ítems cada uno, con una puntuación de 0 a 60 puntos cada escala, interpretándolas según baremos, en percentiles y decatipos. A mayor percentil y/o decatipo,

mayor gravedad. La fiabilidad es de 0,94 en A-E y de 0,86 en A/R. Su consistencia interna oscila entre 0,83 y 0,92 ( $\alpha$  de Cronbach).

- **Escala de riesgo suicida de Plutchik (SRM)** <sup>(18)</sup>. El rango varía entre 0 y 15, estando el punto de corte en 6 o mayor; a más puntuación, más riesgo. Consistencia interna de 0,90, fiabilidad test-retest de 0,89, sensibilidad y especificidad del 88% para un punto de corte de 6.
- **Escala de autoestima de Rosenberg (RSE)** <sup>(19)</sup>. Explora los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. Las puntuaciones apuntan: autoestima elevada (30-40), media (26-29) y baja (< 25). La fiabilidad es de 0,80. Su consistencia interna está entre 0,76 y 0,87.

Al finalizar el tratamiento y en los distintos momentos del seguimiento, volverán a ser evaluadas por el mismo evaluador, manteniéndose el cegamiento. Será también éste, el que recogerá el indicador anual (coincidiendo con el final del tratamiento y del seguimiento) de % de separaciones.

#### 4.4. VARIABLES

##### ▪ Definición de las variables

- Factor de estudio, que es la Variable Independiente (VI) o Explicativa y que corresponde a la Intervención o Tratamiento, con dos niveles: la terapia grupal de corte cognitivo-conductual más sesiones individuales de intervención en crisis y la terapia individual de corte cognitivo-conductual.
- Variables respuesta o resultado, que son las Variables Dependientes (VD), con las que se medirá el efecto de la asociación. Tenemos una variable cualitativa: resolución de la Violencia de Género, con dos categorías (si/no). Y cuatro variables cuantitativas: Estado de Ánimo, Ansiedad, Riesgo Suicida y Autoestima.

##### ▪ Medición de las variables

- En **Resolución de la Violencia de Género** registraremos un indicador anual: % de separaciones.
- Un incremento en el **Estado de Ánimo** evaluado a través del BDI <sup>(16)</sup>.
- Una reducción en el nivel de **Ansiedad** cuantificado con el STAI <sup>(17)</sup>.

- Un menor **Riesgo Suicida** medido con la SRM <sup>(18)</sup>.
- Un aumento de la **Autoestima** verificado con la RSE <sup>(19)</sup>.

#### **4.5. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN**

Tanto en la Intervención grupal como en la individual partimos del modelo cognitivo-conductual, ampliamente avalado por la investigación clínica. El contenido, el número de sesiones y el terapeuta, psicóloga clínica, serán los mismos. La diferencia estará en que una Intervención se llevará a cabo en grupo, más las sesiones individuales de intervención en crisis, que puedan necesitar en un momento dado (expresión emocional, estrategias de afrontamiento y plan de seguridad) y la otra será individual. El número de sesiones será de 25 quincenales, 90 minutos de duración en grupo y 45 en individual; aproximadamente un año de tratamiento. La composición de los grupos estaría alrededor de 8-10 participantes máximo.

El contenido de las sesiones sería: técnicas de reestructuración cognitiva, de expresión emocional, estrategias de afrontamiento y exposición, habilidades sociales y de comunicación, entrenamiento en resolución de problemas, entrenamiento en relajación, mejora de la autoestima y aspectos psicoeducativos relacionados con la violencia de género, dispositivos y recursos disponibles y también, con la salud y la vida cotidiana.

#### **4.6. DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO**

Realizaremos un seguimiento a los 1, 3, 6 y 12 meses desde la finalización de la intervención programada, tanto de la terapia de grupo como de la individual, con la finalidad de evaluar la efectividad de dichas terapias con el paso del tiempo y las diferencias entre ambas. Y se realizarán evaluaciones con medidas independientes, donde seguirá estando el cegamiento del evaluador.

#### **4.7. ESTRATEGIA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

El análisis de los datos se llevará a cabo con el programa estadístico SPSS versión 23 para Windows. Lo primero se estudiará la normalidad de la muestra total y submuestras. Después, para saber si realmente existen



diferencias significativas entre las dos intervenciones, y que podamos extrapolar a la población, se realizará el contraste de hipótesis, en cuanto a la variable cualitativa se compararan las proporciones mediante la prueba Chi-cuadrado de Pearson, y respecto a las variables cuantitativas se compararan las medias a través de la prueba T-Student. Por último, para conocer la magnitud del cambio ocurrido o tamaño del efecto se utilizará la d de Cohen. Toda esta parte será bien elaborada, antes de la recogida de los datos, con un experto en estadística.

#### 4.8. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

La búsqueda se realiza con las siguientes estrategias, sin aplicar límites, con los términos MeSH, palabras clave en inglés y en español, en las siguientes bases de datos y otros portales. Toda esta búsqueda encaminada a contestar a la pregunta clínica planteada.

- **Términos MeSH:** “Intimate Partnet Violence” [MeSH]; “Cognitive Therapy” [MeSH]; “Psychotherapy, Group” [MeSH]; “Mental Health Services” [MeSH].
- **Estrategia de Búsqueda:** “Intimate Partnet Violence” [MeSH] AND “Cognitive Therapy” [MeSH] AND “Psychotherapy, Group” [MeSH] AND “Mental Health Services” [MeSH]; “Intimate Partnet Violence” [MeSH] AND “Cognitive Therapy” [MeSH] AND “Psychotherapy, Group” [MeSH]; "Intimate Partner Violence"[MeSH] AND "Cognitive Therapy"[MeSH].
- **Bases de Datos:** PubMed y Revisiones sistemáticas en PubMed; La Biblioteca Cochrane plus.
- **Palabras Clave en inglés:** Intimate Partnet Violence; Cognitive Therapy; Psychotherapy Group; Mental Health Services.
- **Palabras Clave en español:** Violencia contra la mujer o Violencia de género; Terapia cognitivo conductual o Terapia cognitiva; Terapia de grupo o Psicoterapia de grupo; Centro de salud mental o Salud Mental.
- **Estrategia de búsqueda:** Las mismas combinaciones que con los MeSH.
- **Bases de Datos y otros Portales:** PubMed y Revisiones sistemáticas en PubMed; La Biblioteca Cochrane plus; IME; PsycINFO (Facultad de Psicología. Universidad de Murcia); BIBLIOTECA VIRTUAL MURCIASALUD: Guía salud, UpToDate, ACP Journal Club, PUBPSYC, Lilacs, IBECS, Fistera, TESEO, Publicaciones de la Consejería de Sanidad,

Revistas a texto completo (Violence and victims, Journal of Group Psychotherapy, Mental Health, Journal of injury and violence research, The Spanish journal of psychology).

## **5. CALENDARIO PREVISTO PARA EL ESTUDIO**

El estudio se llevaría a cabo entre los años 2017 y 2018.

## **6. LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS**

Podemos cometer errores básicamente de dos tipos: el error aleatorio, relacionado con la precisión y surge cuando se trabaja con muestras, se puede cuantificar, y a medida que aumenta el tamaño de la muestra este error disminuye. El otro error es el sistemático o sesgo, relacionado con la validez, con la representatividad en la población, de manera que si las características de la muestra son diferentes a las que se producen en la población, aunque se aumente el tamaño de la muestra, este error se mantiene y se obtendrán valores diferentes en la muestra a los que realmente se dan en la población. La validez aumenta con el diseño de un ECA. En la aleatorización se persigue precisamente que los diferentes grupos sean homogéneos, en las distintas variables pronosticas, conocidas o no, y representativos de la población, evitando el sesgo del investigador en la asignación de enfermos a tratamientos, tiene que haber una verdadera ocultación, para garantizar así, que los test estadísticos tendrán valores de significación estadística válidos.

Otro aspecto a tener en cuenta, son las posibles variables de confusión, puesto que producen una distorsión en la estimación del efecto. En este sentido, tendremos el tratamiento farmacológico que seguirán algunas de las participantes y el tratamiento individual iniciado (por cuestiones éticas), mientras se elige la muestra para comenzar el estudio.

También es importante, hacer un buen seguimiento de todas las participantes desde el principio, las que rechazan entrar en el estudio y ya habían sido asignadas aleatoriamente y de los abandonos en fases posteriores, puesto que todo esto va a tener sus efectos en los resultados.

Otra limitación que podría tener efectos sobre este estudio, sería el de la aplicación de ambos tipos de intervención, por la misma psicóloga clínica.

Por último, la generalización de los resultados obtenidos a otras poblaciones de mujeres víctimas de violencia de género, con características distintas a la nuestra, sería otra limitación.

Resumiendo, que los sesgos, las limitaciones, el azar y la presencia de variables confusoras hay que tenerlas siempre en cuenta, como explicación posible de cualquier asociación estadística ya sea esta positiva, negativa o no existente, y saber controlarlos, ya que esto ayudara mucho a la validez de nuestros resultados.

## **7. PROBLEMAS ÉTICOS**

### **7.1. MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Antes de iniciar el estudio, solicitaríamos la aprobación por el Comité de Ética e Investigación Clínica del Servicio Murciano de Salud. Los documentos a rellenar serían: Compromiso del Investigador (**Anexo 5**), Hoja de Información al paciente (**Anexo 6**) y Declaración de Consentimiento Informado (**Anexo 7**). Una vez aprobado, todas las mujeres serían informadas del procedimiento y firmarían el consentimiento, cuyo objetivo es aplicar el principio de **autonomía del paciente**, según la ley orgánica 41/2002 de 14 de noviembre y donde quedaría reflejada, claramente, la garantía de **protección de datos de carácter personal**, según la ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre.

▪ **Métodos utilizados para minimizar los posibles riesgos principales y Beneficios potenciales.** En este tipo de Intervenciones, prácticamente no existen riesgos, y son muchos los beneficios potenciales si dichas intervenciones son efectivas, siendo el más grande la recuperación de su salud a nivel biopsicosocial y con ella además, la de sus hijo/as. También el coste-beneficio sería importante con la intervención grupal, dada la gran demanda en salud mental.

## **8. PLAN DE EJECUCIÓN**

Obtenida la muestra en el primer trimestre del 2017, se procedería a su evaluación, antes de iniciar el tratamiento. Seguidamente, se realizaría la aleatorización a los dos tipos de intervención. Tras esto, daría comienzo la intervención propiamente dicha hasta completarla, un año aproximadamente,

momento en el que se volvería a evaluar a todas las mujeres y empezaría el seguimiento a los 1, 3, 6 y 12 meses, con nuevas evaluaciones en cada revisión. Una vez concluido todo esto, se pasaría al análisis estadístico de los datos, para la obtención de resultados y la elaboración de conclusiones.

## **9. ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO**

### **▪ Personal que participará en el estudio y su responsabilidad**

- Investigador principal, psicóloga clínica. Es la responsable de toda la investigación, además de aplicar los dos tipos de Intervenciones.
- Investigadores colaboradores del programa de adultos del CSM: las tres enfermeras que realizan el cribado con el WAST corto; los once facultativos, cinco psiquiatras y seis psicólogos, que pasaran el ISA, cuando sea necesario, para confirmar violencia de género; una de las enfermeras como coterapeuta en la intervención grupal y al mismo tiempo, será la responsable de la aplicación de las técnicas de respiración y relajación, en ambas intervenciones y la trabajadora social que llevará la parte de dispositivos y recursos, también en ambas intervenciones.
- Una administrativa, que se encargará de programar todas las citas.
- Un evaluador independiente, que medirá y corregirá todos los datos.
- Un experto en estadística, para resolver el análisis de los datos.

### **▪ Instalaciones e instrumentación**

La investigación se realizaría en el propio CSM, utilizando los despachos y las salas de grupos. Respecto a los materiales, disponemos de la mayoría: ordenadores, proyectores, impresoras, fax, fotocopidora, teléfonos y el resto habría que comprarlos: los test empleados y el material de papelería.

## **10. PRESUPUESTO**

El presupuesto del ensayo clínico será también comunicado al Comité Ético de Investigación Clínica. En principio, los gastos no serían muy elevados, ya que en el CSM contamos con lo más importante, los recursos humanos, los colaboradores, que no tendrían retribución. Solamente habría que contratar al evaluador independiente y al experto en estadística y además, propondríamos contratar a otra psicóloga clínica, para la aplicación de la Intervención individual

y de esta manera, eliminar el sesgo del terapeuta único. Estos profesionales contratados y retribuidos firmarían una declaración de exención de conflicto de intereses y además, buscaríamos preferentemente los fondos económicos en fuentes de financiación públicas competitivas.

## **11. BIBLIOGRAFÍA**

1. Asamblea General de Naciones Unidas. Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Viena: ONU; 1993.
2. Organización Mundial de la Salud. Resolución 49.25 de la Asamblea Mundial de la Salud. WHA 49.25. Prevención De La Violencia: Una Prioridad En Salud Pública. Ginebra: OMS; 1996
3. Eggertson L. New WHO guidelines on intimate-partner violence. CMAJ. 2013 Nov 5; 185(16):E743-4. Doi: 10.1503/cmaj.109-4609. Epub 2013 Sep 30. PMID:24082017
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe de Evaluación del Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género 2007-2009. Madrid: MSSSI; 2009.
5. Lagdon S, Armour Ch, Stringer M. Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimization: a systematic review. European Journal of psychotraumatology. 2014; 5. Doi:10.3402/ejpt.v5.24794
6. Tirado-Muñoz J, Gilchrist G, Farré M, Hegarty K, Torrens M. The efficacy of cognitive behavioral therapy and advocacy interventions for women who have experienced intimate partner violence: a systematic review and meta-analysis. Ann Med. 2014 Dec; 46(8):567-86. Doi: 10.3109/07853890.2014.941918. Epub 2014 Sep 11. Review. PMID: 25211469
7. Arroyo K, Lundahl B, Butters R, Vanderloo M, Wood DS. Short-Term Interventions for Survivors of Intimate Partner Violence: A Systematic Review and Meta-Analysis. Trauma, Violence & Abuse. 2015. 1-17. DOI: 10.1177/1524838015602736. PMID: 26335794
8. Echeburúa E, Sarasua B, Zubizarreta I. Individual versus Individual and Group Therapy Regarding a Cognitive-Behavioral Treatment for Battered

- Women in a Community Setting. *J Interpers Violence*. 2013 Dec 24; 29(10):1783-1801. [Epub ahead of print] PMID: 24368675
9. Garriga A, Martín JC. Guía práctica clínica. Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja. Murcia: Subdirección de Salud Mental, Servicio Murciano de Salud; 2011.
  10. Santandreu M, Ferrer V. Eficacia de un tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia de género. *Psicología Conductual*. 2014; 22(2): 239-256.
  11. Matud M, Fortes D, Medina L. Eficacia de un programa de tratamiento psicológico individual para mujeres maltratadas por su pareja. *Psychosocial Intervention*. 2014; 23:199-207. Doi: 10.1016/j.psi.2014.06.001
  12. Crespo M, Arinero M. Assessment of the efficacy of a psychological treatment for women victims of violence by their intimate male partner. *Span J Psychol*. 2010 Nov; 13(2):849-63. PMID: 20977033
  13. Santandreu M, Torrents L, Roquero R, Iborra A. Violencia de género y autoestima: efectividad de una intervención grupal. *Apuntes de Psicología*. 2014; 32(1):57-63.
  14. Ayats M, Cirici R, Soldevilla JM. Grupos de terapia para mujeres víctimas de violencia de género. *Psiqu Biol*. 2008; 15(2):29-34. <https://bddoc.csic.es:8180/ver/IME/docu/298603.html>
  15. López M, Polo U. Intervención en mujeres víctimas de violencia de género. Experiencia de psicoterapia grupal en un Centro de Salud Mental. *Clínica Contemporánea*. 2014; 5(1): 29-39. Doi: 10.5093/cc2014a3
  16. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock JE, Erbaugh T. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*. 1961; 4: 53-63.
  17. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI-Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Madrid: TEA; 1994.
  18. Plutchik R, Van Praag HM, Conte HR, Picard S. Correlates of Suicide and Violence Risk1: The Suicide Risk Measure. *Comprehensive Psychiatry*. 1989; 30(4): 296-302.
  19. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton NJ: University Press; 1965.

**FIRMADO.- M<sup>a</sup> Ascensión Albacete Belmonte**

**ANEXOS**

## ANEXO 1. ACOGIDA ENFERMERÍA

Área III de Salud Hospital Rafael Méndez Ctra. Nal. 340 km.589 30800 Lorca (Murcia) Tlf. 968 44 55 00	N.º Historia Clínica:	F. Ingreso:	
	Nombre y apellidos:		
	Nacimiento:	Edad:	Sexo:
	N.º S.S.:	D.N.I.:	
	Domicilio:	Cama:	

### (Nuevo) Valoración enfermería acogida adultos

*Fecha de la toma:*

<b>Realizada por:</b>	
Acude a consulta	
Derivado por	
¿Qué le pasa?	
¿Desde cuando?	
¿Cuál cree que es la causa?	
Antecedentes Psiquiátricos Adultos	
Antecedentes familiares psiquiátricos	
Tratamientos actuales psicofarmacológicos	
¿Qué tratamientos psicofarmacológicos?	
Tratamientos actuales farmacológicos	
¿Qué espera con la consulta?	
Problemas de Salud, Accidentes, Cirugía, Antecedentes Familiares¿	
Hábitos tóxicos (Otras anotaciones)	
Apetito	
Peso	
Observaciones (Alimentación)	
Alteraciones del sueño (Otras	



<b>Área III de Salud</b> <b>Hospital Rafael</b> <b>Méndez</b> Ctra. Nal. 340 km.589 30800 Lorca (Murcia) Tif. 968 44 55 00	<b>N.º Historia Clínica:</b>	<b>F. Ingreso:</b>	
	<b>Nombre y apellidos:</b>		
	<b>Nacimiento:</b>	<b>Edad:</b>	<b>Sexo:</b>
	<b>N.º S.S.:</b>	<b>D.N.I.:</b>	
	<b>Domicilio:</b>	<b>Cama:</b>	

<b>anotaciones)</b>	
<b>Nivel educativo</b>	
<b>Profesión</b>	
<b>Situación Laboral</b>	
<b>Tipo convivencia</b>	
<b>Tipo convivencia (Otras anotaciones)</b>	
<b>Relaciones familiares</b>	
<b>Relaciones de Pareja</b>	
<b>Si en la actualidad tiene pareja, en general ¿Cómo describiría usted su relación con su pareja?</b>	
<b>Usted y su pareja resuelven sus discusiones con</b>	
<b>Total Wast corto</b>	
<b>Resultado Wast</b>	

## ANEXO 2. WOMAN ABUSE SCREENING TOOL (WAST CORTO)

Guía de práctica clínica detección y actuación en salud mental ante las mujeres maltratadas por su pareja

<b>VERSIÓN CORTA DEL WOMAN ABUSE SCREENING TOOL</b>		
(Fogarty y Brown, 2002)		
1. En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja?		
Mucha tensión	Alguna tensión	Sin tensión
2. Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:		
Mucha dificultad	Alguna dificultad	Sin dificultad

Normas de corrección:

Se asigna una puntuación de "1" a las respuestas más extremas (muchacha tensión y mucha dificultad) y una puntuación de "0" a las demás opciones de respuesta. La puntuación final oscila entre "0" y "2" y tanto las puntuaciones "1" como "2" son consideradas resultados positivos en el cribado.

- **Si en la actualidad no tiene pareja** pero la ha tenido en el pasado en el apartado de "Antecedentes personales" se puede incluir una pregunta acerca de si ha sufrido violencia por su pareja en el pasado, con una pregunta:

***¿Hay alguna persona de una relación previa que le haya hecho sentir miedo?"***

## ANEXO 3. INDEX OF SPOUSE ABUSE (ISA)

Guía de práctica clínica de detección y actuación en salud mental ante las mujeres maltratadas por su pareja

### ANEXO IV. VERSIÓN ESPAÑOLA DEL INDEX OF SPOUSE ABUSE (ISA)

Hudson y Mcintosh, 1981

La violencia contra las mujeres es un problema muy extendido en nuestra sociedad. En muchas ocasiones, esa violencia es producida por la propia pareja o esposo de la mujer y, a menudo, ni siquiera ella es consciente de que está sufriendo malos tratos. Este cuestionario está diseñado para conocer si usted ha experimentado maltrato en su relación de pareja en el último año y la frecuencia de ese maltrato. No es un examen, por lo que no hay respuestas buenas o malas. Conteste a cada una de las preguntas lo más cuidadosa y correctamente que pueda, marcando con una cruz la respuesta que considere más adecuada para usted. Si usted no convive con su pareja, deje las preguntas 5 y 14 en blanco. Igualmente, si no tiene hijos, deje la pregunta 17 en blanco.

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
1. Mi pareja me hace sentirme inferior (por ejemplo me dice que no valgo para nada o que no hago nada bien).					
2. Mi pareja me exige obediencia ante sus caprichos.					
3. Mi pareja se enfada y se pone intratable cuando le digo que está bebiendo demasiado.					
4. Mi pareja me hace realizar actos sexuales que no me gustan o con los cuales no disfruto.					
5. A mi pareja le molesta mucho que la cena, las tareas de la casa o la colada no estén hechas para cuando él piensa que deberían estarlo.					
6. Mi pareja tiene celos y sospechas de mis amigos u otras personas cercanas (por ejemplo vecinos o compañeros de trabajo).					
7. Mi pareja me da puñetazos.					
8. Mi pareja me dice que soy fea y poco atractiva					
9. Mi pareja me dice que no podría arreglármelas o cuidar de mí misma sin él.					

Guía de práctica clínica detección y actuación en salud mental ante las mujeres maltratadas por su pareja

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
10. Mi pareja actúa como si yo fuera su criada personal.					
11. Mi pareja me insulta o me avergüenza delante de los demás.					
12. Mi pareja se enfada mucho si no estoy de acuerdo con él.					
14. Mi pareja es tacaña a la hora de darme dinero para los asuntos de la casa.					
15. Mi pareja controla lo que gasto y a menudo se queja de que gasto demasiado (por ejemplo en ropa, teléfono, etc).					
16. Mi pareja no me valora intelectualmente (por ejemplo me dice que no sé nada, que me calle, que soy tonta, etc).					
17. Mi pareja exige que me quede en casa cuidando de los niños.					
18. Mi pareja me pega tan fuerte que debo buscar asistencia médica.					
19. Mi pareja cree que no debería trabajar o estudiar.					
20. Mi pareja no es una persona amable.					
21. Mi pareja no quiere que me relacione con mis amigas u otras personas cercanas (por ejemplo mi familia, vecinas/os o compañeras/os de trabajo).					
22. Mi pareja exige que tengamos relaciones sexuales sin tener en cuenta si yo quiero o no.					
23. Mi pareja me chilla y me grita por cualquier motivo.					
24. Mi pareja me da bofetadas en la cara y la cabeza.					
25. Mi pareja se pone agresiva conmigo cuando bebe.					

Guía de práctica clínica de detección y actuación en salud mental ante las mujeres maltratadas por su pareja

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
26. Mi pareja es un mandón y me da órdenes constantemente.					
27. Mi pareja no respeta mis sentimientos, decisiones y opiniones.					
28. Mi pareja me asusta y me da miedo.					
29. Mi pareja me trata como si fuera idiota.					
30. Mi pareja actúa como si quisiera matarme.					

Físico: 4, 7, 13, 18, 22, 24, 25, 30

No Físico: 1-3, 5, 6, 8-12, 14-17, 19-21, 23, 26-29



## ANEXO 4. INDICADORES DE SOSPECHA

Guía de práctica clínica detección y actuación en salud mental ante las mujeres maltratadas por su pareja

---

### Cuadro 1. Indicadores de sospecha (adaptado CISNS).

- Antecedentes de malos tratos en la infancia.
- Antecedentes personales: lesiones frecuentes, abuso de alcohol/ drogas y /o medicamentos.
- Problemas gineco-obstétricos.
- Síntomas psicológicos: insomnio, depresión, ansiedad, TEPT, intento de suicidio, baja autoestima, agotamiento, irritabilidad, trastorno conducta alimentaria, labilidad emocional.
- Síntomas físicos: cefaleas, cervicalgias, dolor crónico, mareo, molestias gastrointestinales o pélvicas, dificultades respiratorias.
- Hiperfrecuentadora de servicios sanitarios, abandono de tratamiento, incumplimiento de citas...
- Situaciones de vulnerabilidad y dependencia: situaciones de cambio vital y exclusión social.
- Información proporcionada por familiares o terceros.
- Características de las lesiones y de los problemas de salud\*\*
- Actitud de la mujer\*\*
- Actitud de la pareja
  - No querer dejarla sola durante la entrevista.
  - Controlar a su pareja con gestos, contestando siempre él.
  - Interrumpir para rectificar el relato de ella.
  - Mostrarse excesivamente preocupado o solícito con ella.
  - Mostrarse excesivamente despreocupado, minimizar síntomas.
  - Mostrarse violento verbalmente, hostil con ella o con el profesional.

\*\* Consultar protocolo CISNS para mayor detalle.

<http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/eqidad/protocoloComun.pdf>

**ANEXO 5. COMPROMISO DEL INVESTIGADOR****COMPROMISO DEL INVESTIGADOR**

, del servicio.... del....

Hace constar:

Que conoce y acepta participar como Investigador Principal en el estudio: “..... “, con código....., Promotor:....., N° EudraCT: ..... y versión ..... de fecha

- Que respetará las normas éticas aplicables a este tipo de estudios y seguirá las normas de la buena práctica clínica para su realización.
- Que se compromete a que cada sujeto sea tratado y controlado siguiendo lo establecido en el protocolo autorizado por el Comité Ético de Investigación Clínica.
- Que se compromete a la publicación de los resultados de este estudio como se indica en el protocolo.
- Que cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios para llevar a cabo el estudio, sin que ello interfiera en la realización de otro tipo de estudios, ni en otras tareas que tiene habitualmente encomendadas.
- Que este estudio se realizará con la colaboración de los siguientes Facultativos:

Murcia,

Fdo. Investigador Principal

Fdo. Investigador colaborador

Fdo. Investigador colaborador

Fdo. Investigador colaborador

## **ANEXO 6. HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE**

### **HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE**

#### **TÍTULO DEL ESTUDIO:**

#### **INVESTIGADOR PRINCIPAL:**

#### **INTRODUCCION**

Nos dirigimos a ustedes para informarles sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética e Investigación de acuerdo a la legislación vigente, y se lleva a cabo con respeto a los principios enunciados en la declaración del Helsinki y a las normas de buena práctica clínica.

Nuestra intención es tan solo que ustedes reciban la información correcta y suficiente para que puedan evaluar y juzgar si quieren o no participar en este estudio. Para ello lean esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

#### **PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:**

Deben saber que su participación en este estudio es voluntaria y que pueden decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico, ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

#### **DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:**

#### **BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO:**

#### **CONFIDENCIALIDAD:**



El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y en su reglamento de desarrollo. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su médico del estudio.

Sus datos serán tratados informáticamente y se incorporarán a un fichero automatizado de datos de carácter personal cuyo responsable es D.... Que ha sido registrado en la Agencia Española de Protección de Datos.

Sus datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo el responsable del estudio y colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo excepciones en caso de urgencia médica o requerimiento legal.

Sólo se transmitirán a terceros y a otros países, previa notificación a la Agencia Española de Protección de Datos, los datos recogidos para el estudio que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, nº de la seguridad social, etc. En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del estudio descrito y garantizando la confidencialidad como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país.

El acceso a su información personal quedará restringido al responsable del estudio/colaboradores, autoridades sanitarias, al Comité de Ética e Investigación y personal autorizado, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

## ANEXO 7. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dña. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad y con DNI: \_\_\_\_\_

Manifiesta haber recibido y comprender toda la información recibida acerca del estudio en el que ha sido seleccionada. Así mismo manifiesta haber sido informada sobre los beneficios que podría suponer la participación en el Proyecto de Investigación “.....” con el fin de mejorar el tratamiento de dicho problema de salud.

Acepto participar en este proyecto, consistente en una intervención .... y que no implica la realización de ningún tipo de analítica, ni la prescripción de ningún tipo de medicación nueva. Se me ha explicado y he comprendido el propósito y los procedimientos del estudio. Se me han aclarado las dudas acerca del mismo.

Autorizo al investigador principal y a sus colaboradores a que se usen los datos obtenidos para la finalidad explicada, así como el acceso a mi historial clínico para completar la información que fuera necesaria.

La participación en el estudio tiene un carácter libre y voluntario, pudiendo abandonar el mismo en cualquier momento, sin que ello repercuta en la prestación sanitaria que vengo recibiendo.

He sido también informada de que mis datos personales, serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá tener las garantías de la ley 15/1999 de 13 de Diciembre y serán tratados en su conjunto, nunca de manera individual.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a participar en este estudio para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Firma del investigador

Firma de la paciente