



**Universitat de les
Illes Balears**

Facultat de psicologia

Treball de Fi de Grau

Revisión de tratamientos para el trastorno de estrés postraumático en casos de violencia de género

María Isabel Alou Obrador

Grau de psicologia

Any acadèmic 2021-2022

Treball tutelat per Carmen Borrás Sansaloni

Departament de Psicologia.

Paraules clau del treball: Tractament, estrès postraumàtic, violència de gènere, gènere.

Palabras clave: Tratamiento, estrés postraumático, violencia de género, género.

Key words: treatment, posttraumatic stress, gender violence, gender.

Resumen y palabras clave

La violencia contra la mujer es un problema social que nos influye a todos, aunque, sin duda, sobre todo a las mujeres que lo sufren. En España, legalmente se conoce como violencia de género (VdG) a las agresiones físicas, psicológicas y/o sexuales que sufre una mujer a manos de su pareja o expareja. Este trabajo se centra, específicamente, en este tipo de violencia. Las mujeres víctimas de VdG viven situaciones de agresión por parte de su pareja o expareja, lo que les puede acarrear consecuencias más allá de las físicas, siendo habitual el trastorno de estrés postraumático (TEPT). En el presente trabajo se revisan los diferentes tratamientos diseñados para tratar el TEPT en mujeres que han sufrido VdG. A tal efecto, se ha realizado una revisión bibliográfica sobre aquellos trabajos que han aplicado diferentes terapias psicológicas para tratar este trastorno. La finalidad es conocer los tratamientos que han demostrado ser eficaces y que gozan de mayor evidencia científica que han demostrado ser eficaces; y, además, identificar las fortalezas y las limitaciones de los mismos. La literatura científica indica que los tratamientos del TEPT en víctimas de VdG más eficaces, en este orden, son el tratamiento cognitivo-conductual y el EMDR.

Palabras clave: Tratamiento, estrés postraumático, violencia de género, género.

Abstract and key words

Violence against women is an issue that concerns and worries population, but mainly who is most affected by it, women. The aim of this study is to focus specifically on physical, psychological, and sexual aggressions by a partner or ex-partner; known as Gender Violence in Spain. Women victims of gender-based abuse can experience several consequences apart from physical damage, such as post-traumatic stress disorder. Articles and studies that have been carried about PTSD will be reviewed in order to know the different possible treatments with more scientific evidence. The practices that have been effective and the positive and possible drawbacks of such therapies will be assessed and evaluated. According to the review carried out in the present work, the cognitive-behavioral treatment, followed by the EMDR technique, is the one that has shown the most efficacy in post-traumatic stress in cases of gender violence.

Key words: treatment, posttraumatic stress, gender violence, gender

Índice

<i>Introducción</i>	5
<i>Objetivos</i>	10
<i>Metodología</i>	10
<i>Marco teórico</i>	12
Tratamientos y estudios revisados	15
<i>Discusión</i>	25
<i>Conclusiones</i>	27
<i>Bibliografía</i>	29
<i>Anexos</i>	34
Abreviaturas	34

Introducción

Algunos autores, postulan que la violencia contra la mujer es un tipo de violencia que va dirigida a las mujeres por el hecho de serlo (Santandreu, & Ferrer, 2014), si bien, distintos trabajos han demostrado la implicación de otros factores de mayor peso. La VdG puede ser física, psicológica o sexual (Ruiz-Pérez, Plazaola-Castaño, & Vives-Cases, 2007), constituyendo la principal causa de muerte en mujeres de entre 15 y 44 años y se estima que, en la Unión Europea, una de cada cinco mujeres ha sido maltratada por su pareja o expareja (Montes-Berges, Aranda, & Castillo-Mayén, 2011), lo que se conoce como violencia contra la mujer en la pareja. Concretamente, según la OMS, más de la tercera parte de las mujeres del mundo han sufrido violencia, siendo la más frecuente la violencia en el contexto de pareja (Saquinaula-Salgado, Castillo-Saavedra, & Márquez, 2020).

Si bien en las últimas décadas se ha prestado mayor atención a la VdG, dejando de considerarse un fenómeno íntimo y personal, se trata de un fenómeno que existe desde épocas muy antiguas. Circunstancia que, según algunos autores tales como Saquinaula-Salgado, et al. (2020) ha alimentado un sistema patriarcal que persiste actualmente.

Es relativamente reciente el reconocimiento de este tipo de violencia como problema social y de salud pública de primer orden. El primer plan de acción contra la violencia domestica data de 1998 y en él se establece la VdG como problema de estado (Lila, 2010). Si bien el interés social, político y sanitario por este fenómeno, es anterior, su abordaje integral no tiene lugar hasta la aprobación de la Ley Orgánica 1/2004, de 28

de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género – actualmente vigente –. Adicionalmente, en 2007, en España se instauró un sistema de seguimiento integral en los casos de VdG denominado VioGén (González, 2018).

Según la OMS (2013), la VdG se considera un problema mundial y de proporciones epidémicas. Esta violencia impide que se llegue a una igualdad entre hombre y mujeres y dificulta que las mujeres disfruten de sus derechos y libertades fundamentales (Santandreu, 2014), con todas las repercusiones para la víctima que eso conlleva. En España, solo en 2021 se interpusieron 116.452 denuncias por VdG; y en 2020, 46 mujeres fueron asesinadas por la misma razón (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, s/f).

Se trata pues, de un problema mundial que influye de manera social y cultural que no se limita a un país o a un nivel social, no entiende de razas ni de economía, ni depende del nivel de estudios. Ocurre en cualquier ámbito, en cualquier momento y de muchas formas, pudiéndole ocurrir a cualquier mujer del mundo (Álvarez-Dardet, Padilla, & Lara, 2013). No obstante, se han identificado una serie de factores de riesgo, ya sean personales (tanto del contexto próximo como relativos a comportamientos y actitudes propios), sociodemográficos y /o socioculturales que permiten tanto detectar como prevenir situaciones de VdG (Puente- Martínez, Ubillos-Landa, Echeburúa, & Páez-Rovira, 2015; Díaz, Cataño, Cárdenas, & Pérez, 2019).

La VdG influye en todos los ámbitos de la vida de la mujer, que no solo les afecta a ellas, sino también a los hijos, a los familiares de la mujer y a la sociedad en general (Santandreu, & Ferrer, 2014). Aunque el ámbito doméstico es el más frecuente,

la violencia contra la mujer es sufrida también por mujeres que nunca han llegado a convivir con el agresor, así como por aquellas que ya no viven con él. De hecho, una vez finalizada la relación, es frecuente que esta violencia siga sucediendo (Gil, Cabaco, Mateos, Díez, & Lancho, 2014), incluso que aparezca o se incremente. También se considera violencia contra la mujer el abuso de las menores en el hogar, la mutilación genital, la prostitución, entre muchas otras prácticas abusivas contra las mujeres (Ruiz-Pérez et .al, 2007). Por tanto, es un problema independiente de la cultura, de la etnia y de las características sociales y demográficas de la mujer (Matud, Padilla, Medina, & Fortes, 2016).

Esta violencia conlleva muchas consecuencias en la salud de la mujer como síntomas físicos y otros problemas emocionales; dolores crónicos, migrañas, insomnio, problemas sexuales, etc. (Ruiz-Pérez et .al, 2007). En un estudio realizado por Echeburúa, Amor, Muñoz, Sarasua & Zubizarreta (2017), se encontró una prevalencia del 69% de violencia física en VdG. En cuanto a aspectos psicológicos, dichas mujeres desarrollan altos niveles de culpabilidad, se responsabilizan de los acontecimientos que ocurren, pudiendo mantener tal relación pese a las situaciones de agresión padecidas (Rivas-Rivero, & Bonilla-Algovia, 2022).

Se ha descrito que las mujeres que han sufrido VdG pueden desarrollar diferentes problemas psicológicos como baja autoestima, intentos de autolesión o de suicidio, irritabilidad, incluso patologías como depresión, ansiedad, TEPT, entre otros (Ruiz-Pérez et .al, 2007). El presente trabajo se centra en el trastorno de estrés postraumático (TEPT), que constituye uno de los trastornos psicológicos más frecuentes en víctimas de VdG (Santandreu, & Ferrer, 2014). Causa problemas en varias funciones

ejecutivas, como pueden ser la memoria, la atención, la conciencia, además de problemas emocionales y alteraciones de pensamiento que pueden causar cambios en la conducta en las personas que lo sufren (Guerrero-Vaca, García-Ramos, de los Ángeles Peñafiel-Salazar, del Carmen Villavicencio-Narváez, & Flores-Fernández, 2021). Además, la falta de apoyo social contribuye a la gravedad de los síntomas (Santandreu, 2014).

El TEPT consta de cuatro categorías de sintomatología: reexperimentación; evitación; reactividad e hipervigilancia; y síntomas cognitivos y del estado del ánimo (Guerrero-Vaca, et al, 2021). Hay tres tipos de TEPT según la American Psychiatric Association (2013), el agudo, el crónico y el de inicio demorado.

En víctimas de VdG se observa una alta prevalencia de TEPT. Según Santandreu & Ferrer (2014), es del 63,8%. Posteriormente a un suceso traumático, como puede ser sufrir VdG, se puede experimentar un aumento de ansiedad relacionado con un estado de inquietud y sentirse constantemente en peligro, alarmándose por estímulos que en principio no deberían ocasionar sensación de peligro. De esta manera, aunque la situación de violencia haya desaparecido, la víctima continúa en un estado de hipervigilancia y de sensación de peligro, como si la situación de violencia siguiera presente (Gil, et al., 2014). Las personas con TEPT tienen una sintomatología de elevada ansiedad y miedo, a la que parece asociada problemas de baja autoestima, depresión, consumo de alcohol, aislamiento, dificultades en las habilidades sociales, entre muchas otras dificultades que obstaculizan que la víctima, en este caso de VdG, pueda llevar una vida sin interferencias importantes (Montes-Berges et al., 2011).

Las personas que han sufrido VdG se sienten vulnerables, ni su pareja ni su hogar resultan un ambiente seguro para ellas, más bien todo lo contrario, sobre todo en aquellos casos en los que la violencia es continuada y tiene lugar desde hace tiempo. Como consecuencia, se encuentran en un estado de constante alerta, lo que puede llegar a debilitar las relaciones sociales, hacerlas sentir culpables, ansiosas, entre muchos otros síntomas que no permiten que la mujer maltratada pueda vivir sin miedo a volver a sufrir una situación de violencia por parte de sus parejas (Saquinaula-Salgado, et al, 2020).

El apoyo social es muy importante. Tal es así que constituye uno de los principales indicadores del buen o mal pronóstico del trastorno que presentan, en este caso del TEPT. Hay estudios que indican que tener un buen apoyo social, podría reducir los síntomas de TEPT. Estas mujeres al estar inmersas en una relación de maltrato, en la que es común que se dé el control y aislamiento social y familiar, suelen perder sus amistades o distanciarse de ellas. La existencia o no de una figura que la apoye puede ser crucial para el posterior desarrollo y evolución de trastornos psicológicos (Buesa, & Calvete, 2013).

Cada vez son más las mujeres que se atreven a pedir ayuda y acuden al psicólogo para lograr salir de esa situación. No obstante, con frecuencia, las mujeres que sufren TEPT como secuela de la situación de VdG experimentada son diagnosticadas erróneamente, recibiendo, en su lugar, el diagnóstico de depresión o ansiedad. De tal modo, que el tratamiento recibido tiende a ser ineficaz, con las consecuencias que eso conlleva (Guerrero-Vaca, et al, 2021).

En este ámbito se observan bastantes limitaciones relativas a evidencia científica, aunque parece que la situación actualmente ha mejorado, hay escasa investigación clínica sobre este el tratamiento del TEPT en VdG (Matud, et al, 2016).

De esta manera, en el presente trabajo se han revisado diferentes tratamientos psicológicos propuesto y utilizados para tratar el TEPT en mujeres que han sufrido violencia contra la mujer.

Objetivos

El presente trabajo tiene como objetivo realizar una revisión bibliográfica a partir de diferentes artículos y estudios que se detallan más concretamente en el apartado de metodología. La revisión se refiere a los diferentes tratamientos que se aplican para tratar el TEPT en mujeres que han sufrido VdG, con el objeto de determinar cuáles presentan mayor eficacia, así como conocer sus fortalezas y sus posibles limitaciones.

Metodología

El presente trabajo tiene como objetivo revisar los diferentes tratamientos utilizados para tratar el TEPT en mujeres que han sufrido VdG. Se han revisado los trabajos de los últimos 16 años, del 2007 al 2022. Para lo cual se ha realizado una búsqueda bibliográfica a través de las siguientes bases de datos:

Mediante la base de datos “Mendeley”, se utilizaron las palabras clave “Estrés postraumático” y “género”, obteniéndose 82 resultados. Posteriormente se filtró la búsqueda según el criterio de disponibilidad “Open Access” obteniendo 21 resultados.

Conforme a que la información fuera específicamente sobre la intervención en TEPT en VdG, de los 21, se seleccionaron 8 artículos. La búsqueda se realizó en abril del 2022. Posteriormente se eliminaron 2 artículos más, debido a que se encontraron también en otra de las bases de datos. De tal forma, de dicha base de datos se seleccionó un total de 6 artículos.

Mediante la base de datos de la Biblioteca UIB se realizó una búsqueda en el “catàleg plus”. En la búsqueda avanzada se introdujeron las palabras clave “estrés postraumático”, “violencia de género” y “tratamiento”, obteniéndose 290 resultados. En la misma búsqueda avanzada se definió el periodo de publicación (2007-2022), obteniendo 257 resultados. Posteriormente, se limitó la búsqueda a los documentos que tuvieran el texto completo y se obtuvieron 242 resultados. Al limitar la búsqueda a textos que fueran artículos académicos o disertaciones, se redujo a 153 resultados que, tras el cribado según los objetivos propuestos, fueron 11 artículos específicamente referidos al tratamiento del TEPT en VdG. La última búsqueda se realizó en junio de 2022.

En la base de datos “Dialnet” y con las mismas palabras clave (“estrés postraumático”, “violencia de género” y “tratamiento”) se obtuvieron 21 resultados. Se filtró la búsqueda atendiendo a los que tuvieran acceso al texto completo, reduciéndose a 9 resultados. Conforme a su lectura, se eliminaron aquellos que no se referían al TEPT en VdG, de tal forma, el número total de artículos seleccionados fueron 5. La última búsqueda se realizó en mayo de 2022.

Por último, mediante la base de datos “Redalyc”, utilizando las palabras clave “estrés postraumático”, “violencia de género” y “tratamiento”, se obtuvieron 168.842 resultados. Con la finalidad de limitar la muestra se utilizaron los siguientes filtros: que el documento estuviera en español, obteniendo 156.960, que fueran artículos de la disciplina psicológica, obteniendo 11.116, que el documento se hubiese realizado en España, obteniendo 4.137 y que fuese un artículo de los últimos 16 años (entre 2007 y 2022), obteniendo 2.947. Se seleccionaron 32 artículos por título y se redujo a 10 artículos mediante la lectura del abstract. Posteriormente se descartaron 4 artículos debido a que ya habían sido seleccionados en otra de las bases de datos utilizadas, resultando 6 artículos seleccionados.

Se han seleccionado en total 28 trabajos a los que se han añadido artículos específicos de diferentes instituciones, como la APA o la OMS, resultando una revisión de 34 artículos.

Tras esta búsqueda bibliográfica se han seleccionado los siguientes tratamientos: Tratamientos cognitivo-conductuales, EMDR, el modelo de intervención en crisis, la terapia interpersonal y las terapias contextuales, los cuales son discutidos en el siguiente apartado

Marco teórico

Las mujeres víctimas de VdG suelen tener problemas de regulación emocional; de autoestima; problemas con las relaciones sociales; sufren de reexperimentación de la violencia, a menudo como recuerdos intrusivos; evitan muchas situaciones por temor; tiene escasas estrategias de afrontamiento o son estrategias erróneas; problemas de

adaptación (Fernández-Fillol, Pitsiakou, Pérez-García, Teva, & Hidalgo-Ruzzante, 2021); hiperactivación causada por los episodios de violencia, que a menudo son impredecibles; sienten que su futuro es incierto; embotamiento afectivo; entre otros síntomas relacionados con el TEPT (Labrador, Fernández & Rincón, 2010).

Esto les causa problemas en su vida diaria, debido a que les ocasiona un estado de miedo y ansiedad al pensar que van a volver a encontrarse con el agresor, sobre todo si aún siguen en contacto por cuestiones judiciales. Además, también influye a la hora de volver a encontrar pareja, ya que se sienten vulnerables y tienen miedo de que otra persona las agreda de la misma manera que su anterior pareja (Fernández-Fillol, et al, 2021).

Las intervenciones terapéuticas con mujeres víctimas de VdG se basan normalmente en la psicoeducación, enseñándoles a reconocer las conductas problemáticas como los celos, y a expresar los sentimientos relacionados con la situación traumática y en el tratamiento como tal, empleando reestructuración cognitiva, técnicas para incrementar la autoestima y entrenamiento habilidades sociales, entre otras técnicas psicológicas. Además, se debe otorgar mucha importancia a la prevención de recaídas (Cubillos, Charry, Losada, & Usme, 2020).

En la práctica clínica, los psicólogos deben ayudar a las personas a recuperarse de la manera más efectiva y eficiente posible, para ello se necesita que se estudie ampliamente la eficacia de los diferentes trastornos psicológicos, para poder seleccionar, en base a la evidencia, el tratamiento más adecuado para cada trastorno y situación. No se deben emplear técnicas sobre las cuales no se haya demostrado su

eficacia, cuestión que se recoge en el artículo 18 del Consejo General de Colegios Oficiales de psicólogos (2010).

Actualmente, existen muchos inconvenientes a la hora de establecer el número de sesiones requeridas. En una gran variedad de estudios se ha demostrado que no siempre más sesiones implican mejorías más notorias, pudiendo resultar en ocasiones contraproducente. Un número elevado de sesiones puede dar lugar a los “Pacientes crónicos”, los cuales están mucho tiempo en terapia y los avances se observan muy a largo plazo (Labrador, Fernández & Ballesteros, 2011).

También se observa justo lo contrario, psicólogos a los que sus superiores, como por ejemplo las compañías de seguros, les establecen una serie de sesiones que deben cumplir, incluso aunque el usuario pudiera necesitar más sesiones (Labrador, Fernández & Ballesteros, 2011).

Por estas razones, a continuación, se explican los diferentes tratamientos psicológicos que se han revisado en el presente trabajo a partir de la búsqueda bibliográfica realizada. Se explican los tratamientos junto a diferentes estudios que los han implementado y los resultados que han obtenido. Es importante remarcar que en el presente trabajo se van a revisar tratamientos psicológicos y por tanto no se tendrán en cuenta los posibles tratamientos farmacológicos que se utilicen en estos casos, a pesar de que su uso es frecuente.

Existen tratamientos de primera elección para cada trastorno psicológico que se recogen en las diferentes Guías del “National Institute for Health and Care

Excellence“(NICE) y de la “American Psychological Association” (APA). Aun así, en la elección del tratamiento deben tenerse en cuenta el contexto y la situación que está viviendo la persona o el grupo de personas con las que se van a trabajar. Por eso, en el presente trabajo se intenta establecer cuál de los tratamientos resultan más eficaces para el TEPT, específicamente para los casos de VdG.

Tratamientos y estudios revisados

Terapias cognitivo-conductuales

La terapia cognitivo conductual (TCC) incluye distintas técnicas. Utiliza técnicas conductuales como las técnicas de relajación y técnicas cognitivas como la reestructuración cognitiva (Guerrero-Vaca, et al, 2021), la cual tiene un abordaje psicoterapéutico breve, con el objetivo de modificar creencias y pensamientos disfuncionales relacionados con el evento traumático en el caso del TEPT. Es de las más investigadas y su efectividad es evaluada constantemente (Habigzang, Gomes, & Maciel, 2019). Se trata de una técnica frecuentemente utilizada debido a que la VdG se ve influida por aspectos culturales, sociales y educativos, que pueden ocasionar cambios de conducta y de pensamiento, tanto con el agresor como con el resto de las personas de su alrededor, incluyendo cambios de conducta y pensamiento dirigidos a ella misma (no realizar actividades que le gusten a ella, menos autoestima, bajo autoconcepto etc.) (De la Pena Leiya, 2015).

Las distorsiones cognitivas son comunes en VdG, y la TCC emplea técnicas con el fin de eliminarlas, o al menos reducirlas. La importancia de atender a las distorsiones cognitivas relacionadas con la VdG, además se fundamenta en los resultados obtenidos

por numerosos estudios que evidencian que pueden actuar como factor mantenedor de los síntomas del TEPT. Estas creencias irracionales producidas por los sentimientos de culpa o de bajo autoconcepto, podrían influirse mutuamente con los recuerdos de la situación traumática – en este caso, de maltrato por parte de la pareja – evitando que se lleve a cabo el proceso de extinción emocional de manera natural (Calvete, Estévez & Corral, 2007).

En el estudio realizado por Calvete, Estévez & Corral (2007) se demostró que las mujeres diagnosticadas de TEPT presentaban más esquemas cognitivos relacionados con el rechazo y autonomía deteriorada según la teoría de esquemas de Young, más concretamente en los esquemas de vulnerabilidad al peligro y los esquemas de abuso. Por este motivo es importante también intervenir desde el aspecto cognitivo.

En el TEPT, se encuentran diferentes aspectos que se trabajan con la paciente:

1. Psicoeducación, proporcionando información a las usuarias sobre la terapia que van a realizar, funcionamiento de las emociones, y otros aspectos esenciales con fines terapéuticos. La psicoeducación que se realice dependerá del trastorno que se esté tratando y de las características de la propia usuaria, los conocimientos y actitudes que presente sobre tema, determinarán los contenidos y el modo de llevar a cabo la psicoeducación. En el caso de la VdG se educará a la paciente en aspectos como: causas y consecuencias de la VdG, estereotipos de género, detección de comportamientos hostiles, instauración de los eventos traumáticos o funcionamiento de la evitación y como mantiene el problema (Gil-Iñiguez, 2016; Matud, Fortes & Medina, 2014).

2. Entrenamiento en técnicas de relajación: se usan como complemento a las técnicas cognitivo-conductuales que abordan el evento traumático, sobre todo con la técnica de exposición. Algunas de las utilizadas son la relajación progresiva de Jacobson y el entrenamiento en técnicas de respiración (Guerrero-Vaca, et al, 2021).
3. Reestructuración cognitiva: las más utilizadas para tratar el TEPT y cuyo objetivo es modificar los pensamientos disruptivos de la paciente. Los modelos terapéuticos más destacados en este ámbito son la Terapia Cognitiva de Beck y la Terapia Racional-Emotiva de Ellis (Guerrero-Vaca, et al, 2021).
4. Estrategias de afrontamiento: Las técnicas de afrontamiento han demostrado buenos resultados en el TEPT. Se utilizan en modelos como la desensibilización de autocontrol de Goldfried, la Inoculación de estrés de Meichenbaum o en el entrenamiento del manejo de la ansiedad (Guerrero-Vaca, et al, 2021).
5. Exposición: Es una de las técnicas más conocidas y eficaces de la TCC. En el caso particular del TEPT en VdG cabe destacar la exposición narrativa (NET), que tiene como objetivo contextualizar los eventos traumáticos mediante la narración de estos, debido a que la manera en que nos contamos a nosotros mismos el suceso influye en como lo percibimos y actuamos ante él. Se puede realizar tanto en grupos pequeños como individualmente (Guerrero-Vaca, et al, 2021).

Por su parte las terapias psicodinámicas buscan solucionar los conflictos emocionales que pueda presentar la usuaria a causa del evento traumático, para incrementar la conciencia de estos. Se pretende que, a partir de la expresión de distintas emociones ligadas a la situación de maltrato, éstas se solucionen, de forma que la paciente, al solucionarlos, se sienta más segura y su autoestima aumente (Guerrero-Vaca, et al, 2021).

En las fases iniciales de la intervención, algunos terapeutas hacen uso de la hipnosis clínica. Se utiliza juntamente con estrategias de autocontrol emocional, control del estrés y control de la activación, a fin de relajar a la paciente. En una fase más avanzada de la terapia se puede utilizar para acceder a recuerdos del suceso traumático (Guerrero-Vaca, et al, 2021). Sin embargo, esta técnica no fue empleada por ninguno de los estudios revisados en el presente trabajo.

Por su parte, desde la terapia desarrollada en virtud de la teoría de procesamiento cognitivo (TPC) se enseña a las pacientes a modificar y a desafiar sus creencias relacionadas con la situación traumática. Esta terapia ha demostrado ser eficaz en el TEPT ante situaciones traumáticas diversas. Consta de 12 sesiones en las que la paciente desafía y modifica las creencias irracionales que exhibe ante la situación traumática. Su objetivo es que la paciente comprenda y conceptualice el suceso de manera que se reduzcan los efectos negativos del trauma en su vida (Guerrero-Vaca, et al, 2021).

A continuación, se describen una serie de estudios realizados utilizando la terapia cognitivo conductual en el TEPT con mujeres víctimas de VdG:

Matud, Fortes, & Medina (2014) emplearon técnicas cognitivo-conductuales, como la psicoeducación (donde se les explica la VdG, los tipos de malos tratos, posibles estrategias, estereotipos de género, entre otros aspectos importante sobre la VdG y la perspectiva de género), la reestructuración cognitiva (sobre todo hacia las ideas de culpa), técnicas para aumentar la autoestima y la autoeficacia, técnicas de entrenamiento en habilidades sociales y técnicas de solución de problemas. Se realizaron entre 15 y 20 sesiones individuales. Se observaron reducciones estadísticamente significativas en la sintomatología del TEPT. Además, se vio un aumento de confianza y seguridad en sí mismas. Un 78% de estas mujeres presentaron un elevado grado de satisfacción con la intervención.

En un estudio posterior, Matud, et al, (2016) aplican un tratamiento para el TEPT de forma grupal utilizando técnicas cognitivo-conductuales y de la psicología positiva. Se encontró una mejoría en los síntomas del TEPT en aquellas mujeres que realizaron el tratamiento respecto a las mujeres del grupo control. El programa aplicado constaba de 3 objetivos: el aumento de la seguridad de las mujeres participantes, que pudieran conseguir una estabilidad y control de su vida y reducir el impacto psicológico causado por la situación traumática. La planificación de este tratamiento se realizó siguiendo la misma estructura que en el programa individual descrito en el artículo Matud, Fortes, & Medina (2014), antes comentado.

Este trabajo, además, pone de manifiesto la necesidad de realizar estudios aplicando diferentes técnicas psicológicas, con una muestra de mujeres más amplia y con un seguimiento más a largo plazo. Por otra parte, la principal limitación de este

trabajo se refiere a la conformación de los grupos, pues estos no fueron el resultado de una asignación aleatoria y no todas las mujeres finalizaron el tratamiento los grupos de tratamiento y no todas las mujeres acabaron el tratamiento (Matud, et al, 2016).

Otra evidencia de la efectividad del TCC fue obtenida en nuestra universidad. Se aplicó un tratamiento cognitivo conductual para tratar el TEPT en mujeres que han sufrido VdG. Tuvo una duración de seis meses con sesiones quincenales donde se realizaban diversas técnicas cognitivo-conductuales que incluían la exposición imaginada y en vivo, psicoeducación, activación conductual, diversas técnicas de respiración y técnicas solución de problemas, entre otras. Este estudio se demostró que el tratamiento cognitivo conductual para tratar el TEPT en mujeres que han sufrido VdG es efectivo para cualquier tipo de maltrato sufrido por la mujer. Aun así, enfatiza que, en el maltrato psicológico, concretamente, se necesitaría un tratamiento más específico del TEPT (Santandreu, & Ferrer, 2014).

Habigzang, et al, (2019), demostraron la efectividad del tratamiento cognitivo conductual en TEPT además de en otros trastornos, en mujeres víctimas de VdG. El programa constaba de 13 sesiones y 4 etapas: psicoeducación y reestructuración cognitiva, exposición gradual a los recuerdos del trauma, técnicas de solución de problemas y prevención de recaídas. Los resultados fueron buenos en tres de los cuatro casos. En este último, a partir de la psicoeducación la mujer reconoció situaciones de violencia que antes no relacionaba con su experiencia traumática. Como limitación este estudio, destaca el tamaño de la muestra y la ausencia de grupo control.

En la revisión realizada por Vaca-Ferrer, Ferro García, & Valero Aguayo (2022), se encuentran varios estudios que demuestran la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para tratar a las mujeres víctimas de VdG, incluyendo el TEPT, la depresión y la ansiedad. La mayoría de estos tratamientos realizaban psicoeducación, exposición en vivo, entrenamiento en habilidades sociales, reestructuración cognitiva entre otras técnicas cognitivo-conductuales.

Gil-Iñiguez, (2016) en un estudio de caso único, aplicó la terapia cognitivo conductual durante nueve sesiones, distribuidas en tres meses. El programa terapéutico constó de una fase educativa (psicoeducación), fase de intervención (reestructuración cognitiva, desensibilización sistemática, entrenamiento en habilidades sociales; y, asimismo, se enseñaron técnicas de respiración y relajación); y, fase de prevención de recaídas. Se cumplieron las hipótesis planteadas, observándose una disminución importante de la sintomatología asociada al TEPT.

La guía práctica “Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja” (Garriga Puerto & Martín García-Sancho, 2010), considera que la terapia cognitivo conductual es la terapia de primera elección en los casos de TEPT en VdG durante los primeros meses después del suceso traumático. No obstante, indica que caso de no obtener los resultados esperados, se debe plantear otros tratamientos. Posteriormente, a los tres meses del evento, indica que también se debe aplicar TCC, si bien, en este caso, en combinación con terapia EMDR.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

La terapia EMDR consiste en procesar a través del movimiento bilateral de los ojos, simultáneamente al recuerdo del suceso, tratando de volver a revivir las situaciones traumáticas que han quedado bloqueadas debido a altos niveles de miedo por parte de la persona que ha vivido el acontecimiento. Surge desde el modelo del procesamiento adaptativo de la información y el objetivo es producir una desensibilización del suceso para facilitar que la persona reprocese de nuevo las situaciones traumáticas y así desaparezcan los síntomas del TEPT (Montes-Berges et al., 2011).

Montes-Berges et al (2011) demostraron la eficiencia del tratamiento con EMDR para tratar el TEPT en mujeres víctimas de VdG. Se realizó una intervención consistente en redactar la historia clínica a fin de conocer la experiencia traumática, psicoeducación (para explicar la técnica de EMDR y enseñarles técnicas de relajación a la vez que se establece un buen rapport con la paciente), desensibilización del evento que previamente las mujeres habrán redactado, sustitución de las emociones negativas por creencias positivas, comprobación de las reacciones de la mujer ante la lectura del evento (ansiedad, tensión corporal, etc.) y reevaluación los síntomas de TEPT.

En este sentido, se obtuvo que las usuarias superaron la situación traumática en 4 o 5 sesiones de 5 minutos, lo que indica que es una técnica eficaz y eficiente debido a la rapidez con la que las mujeres aceptaron la situación y desaparecieron los síntomas de TEPT (Montes-Berges et al., 2011).

A pesar de los pocos estudios que se han llevado a cabo empleando técnicas de EMDR, la evidencia permite afirmar que la técnica EMDR es eficaz y rápida en cuanto al tratamiento del TEPT en mujeres que han sufrido VdG. Tal es así que está reconocida como eficaz para el TEPT en víctimas de VdG por una variedad de instituciones, como el NICE o la APA (Martín Puente, 2013).

La guía práctica “actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja” (Garriga Puerto & Martín García-Sancho, 2010), por su parte, la considera terapia de primera elección junto con la TCC para mujeres en las que el evento traumático ha sido muy severo y acuden a terapia cuando ya hace más de tres meses de la ocurrencia del suceso.

Terapias contextuales

Son pocos los estudios que han evaluado la eficacia de este modelo de tratamiento en mujeres que han sufrido VdG. En estas terapias se incluyen la terapia dialéctica conductual (DBT), la activación conductual (AC) y la terapia de activación y compromiso (ACT), (Vaca-Ferrer, et al, 2022). Sobre este particular, la revisión practicada indica:

En el estudio que evaluó la DBT, se aplicaron los módulos principales de esta terapia, la regulación emocional, el Mindfulness, la tolerancia al malestar y la eficacia interpersonal. Además, se emplearon otras técnicas como la de elaboración de planes de seguridad, la autovalidación o activación conductual. Se observaron mejoras en todas las variables estudiadas, con un tamaño de efecto entre 0,42 y 0,78 (Vaca-Ferrer, et al, 2022).

En cuanto a la ACT, se realizó un estudio en el que se realizaron diversas técnicas como la psicoeducación, la atención plena, voluntad y aceptación, defusión y autocontexto. En dicho estudio se encuentran mejorías clínicamente significativas en las mujeres que tenían TEPT debido a una situación de VdG (Vaca-Ferrer, et al, 2022).

Por último, se realizó un estudio de un tratamiento compuesto por varias técnicas de la DBT de la AC y de la ACT. Las participantes obtuvieron una clara mejora, obteniendo un tamaño del efecto del 0.68 (Vaca-Ferrer, et al, 2022).

Modelo de intervención en crisis

Se realizó un estudio en mujeres coreanas atendiendo a este modelo, donde se trabajaban la evaluación del trauma, su identificación, cómo afrontarlo, manejar el estrés y empoderamiento. No hubo diferencias significativas entre el grupo control y el de tratamiento; y, además la tasa de abandono fue muy elevada (Vaca-Ferrer, et al, 2022).

Terapia interpersonal

Se ha revisado un único estudio que demostrara su eficacia. El programa incluyó psicoeducación, planes de seguridad integral, análisis de relaciones sociales, solución de problemas y comunicación interpersonal. Se encontró reducción de los síntomas de TEPT con un tamaño del efecto de entre 0,2 y 2,5 (Vaca-Ferrer, et al, 2022).

Atendiendo a estos datos sigue habiendo dudas sobre su efectividad y acerca de la adecuación del procedimiento llevado a cabo en este estudio.

Discusión

En los estudios que han empleado la TCC se han utilizado técnicas de demostrada eficacia. Como se ha podido observar después de la revisión, se encuentran más estudios que avalen la eficacia de la terapia cognitivo conductual que de las otras terapias revisadas. Aun así, tal y como corresponde, esta terapia es evaluada constantemente, (Habigzang, et al, 2019) ya que es necesario seguir investigando y realizando estudios mejorados, con una muestra mayor, más específicos, y con un mayor seguimiento a las mujeres a largo plazo. En la medida que se consiga saber el peso específico de cada una de las técnicas permitirá mejorar la eficacia en un menor número de sesiones. Cuestión especialmente importante dada la variedad observada en el número de sesiones de los estudios revisados (entre 9 y 20). Además, también es importante realizar estudios con un mayor número de muestra. Por estas razones es fundamental seguir realizando estudios en este ámbito.

Como limitación, encontramos las técnicas de exposición propias de la TCC, que son empleadas en algunos estudios. Esta técnica tiene dudosa eficacia en algunos casos debido a que, aunque es una de las técnicas de elección en mujeres que ya no viven en la situación de agresión, para las mujeres que se encuentran en una situación con muchos estresores, siguen viviendo el maltrato o que lo han pasado recientemente, podría resultar contraproducente. La habituación a esos estímulos podría ocasionar que volvieran a la situación de violencia, ocasionando una victimización posterior al tratamiento (Vaca-Ferrer, Ferro García, & Valero Aguayo, 2022; Matud, et al, 2016). Esta técnica se ha estudiado en mujeres que ya habían cesado la relación con su agresor, y vivían en un ambiente seguro. Por esta razón es muy importante que se siga investigando y se realicen estudios con mujeres que aún siguen teniendo relación con el

agresor, ya sea viviendo con él o teniendo que relacionarse por los hijos, o por temas judiciales (Vaca-Ferrer, et al, 2022).

También está indicada la terapia EMDR como terapia eficaz para el TEPT en mujeres que han sufrido VdG. Se han encontrado varios estudios que han demostrado la eficacia de esta técnica para el caso que nos ocupa. Adicionalmente, la propia APA y el NICE la consideran una terapia eficaz para el TEPT (Martín Puente, 2013). A pesar de esto, son pocos los estudios que avalan su eficacia, por lo que se deberían realizar más estudios. El que se trate de una terapia rápida constituye una de sus mayores fortalezas, pues en pocas sesiones ya se obtienen resultados, lo que es de gran ayuda tanto para el/la terapeuta como para la paciente (Garriga Puerto & Martín García-Sancho, 2010).

En cuanto a las técnicas contextuales, si bien gozan de gran difusión, no cuentan con evidencia científica que avale su eficacia para el tratamiento de TEPT en víctimas VdG. Para la DBT y para la ACT, no obstante, se han encontrado pocos estudios, si bien los existentes han demostrado ser eficaces.

Para la AC no se han encontrado estudios que demuestren su eficacia en TEPT, ya que es una terapia que va dirigida sobre todo a depresión (Vaca-Ferrer, et al, 2022). Por tanto, es necesario que se realicen más estudios para poder valorar si realmente son eficaces o no para las mujeres que están sufriendo TEPT por VdG.

Para el modelo de intervención en crisis, solo se encontró un estudio realizado con dicha terapia, y no obtuvo buenos resultados debido a la alta tasa de abandono (Vaca-Ferrer, et al, 2022). De tal forma, no se cuentan con estudios suficientes y, los

existentes presentan altas tasas de abandono, de forma que difícilmente puede considerarse un tratamiento eficaz para el TEPT en víctimas de VdG, se necesitarían más estudios empleando esta técnica para poder establecer si es eficaz o no.

Asimismo, la terapia interpersonal ha demostrado su eficacia, pero encontrándose un único estudio que haya utilizado esta técnica (Vaca-Ferrer, et al, 2022), por lo que para poder establecerla como eficaz para este tratamiento, se necesitan más estudios que corroboren su eficacia.

Conclusiones

El tratamiento cognitivo conductual seguido de la terapia EMDR son los tratamientos en los que se han encontrado más estudios que avalen su eficacia. Aun así, se deben seguir realizando estudios sobre estos tratamientos, ya que hay varios elementos que se podrían mejorar en los estudios ya realizados. Mejoras como el tamaño de la muestra, con casos más específicos o describir mejor el procedimiento y tratamiento que realizan.

Dadas las implicaciones de la VdG , es necesario que se realice más estudios no solo para el TEPT en VdG en general, sino dependiendo de la gravedad del TEPT, al objeto de lograr tratamientos más depurados y eficaces, ya que, los distintos estudios ponen de manifiesto que, si bien se pueden utilizar unas técnicas psicológicas u otras, para que la intervención sea más precisa, pueden funcionar de manera diferente dependiendo de la gravedad, siendo más o menos efectivas (García-Martínez, Orellana-Ramírez, & Guerrero-Gómez, 2012).

En el TEPT provocado por VdG encontramos mujeres con situaciones muy diferentes, y a las que el mismo tratamiento les puede funcionar de maneras distintas, o no funcionar. Por esta razón, es importante que los estudios se realicen con una mayor homogeneidad de muestra, para así poder determinar que tratamiento puede funcionar mejor en las diferentes situaciones que puedan estar viviendo estas mujeres.

Por otra parte, deberían tener más en cuenta los síntomas de TEPT dependiendo de la naturaleza de la violencia experimentada por la mujer (física, psicológica, sexual, o una combinación de ellas). La necesidad de mayor investigación sobre estos extremos reside, tanto en poder proporcionar tratamientos eficaces del trastorno en el caso particular de la VdG, como poder discriminar la eficacia de los mismos para cada tipo particular de violencia experimentada.

Como se ha podido observar, la duración del maltrato puede ocasionar diferencias en cuanto a la efectividad del tratamiento, no se debe tratar de la misma manera a una mujer que ha sufrido VdG como un episodio único, que una que ha sufrido malos tratos continuados. De tal modo, se precisan más estudios teniendo en cuenta este aspecto y la posible adaptación al maltrato que pueden sufrir y cómo eso influiría en el tratamiento.

Dependiendo del apoyo familiar y social que tenga la mujer, la VdG puede afectar de muy diversas formas, por lo que también debemos tener en cuenta el contexto de la mujer a la hora de realizar el tratamiento más adecuado.

En definitiva, el trabajo realizado pone de relieve la eficacia de la TCC y del EMDR en el tratamiento del TEPT en casos de VdG, pero sobre todo la necesidad de seguir investigando a fin de depurar los tratamientos al uso y poder atender convenientemente a aquellas mujeres víctimas a fin de que logren normalizar su vida cuanto antes a la vez de prevenir situaciones similares.

Bibliografía

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).
- Álvarez-Dardet, S. M., Padilla, J. P., & Lara, B. L. (2013). La violencia de pareja contra la mujer en España: Cuantificación y caracterización del problema, las víctimas, los agresores y el contexto social y profesional. *Psychosocial Intervention*, 22(1), 41-53.
- Buesa, S., & Calvete, E. (2013). Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social. *International journal of psychology and psychological therapy*, 13(1), 31-45.
- Calvete, E., Estévez, A., & Corral, S. (2007). Trastorno por estrés postraumático y su relación con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres maltratadas. *Psicothema*, 446-451.
- Consejo general de colegios oficiales de psicólogos (2010). Código deontológico del/la psicólogo/a. <https://www.cop.es/pdf/Codigo-Deontologico-Consejo-Adaptacion-Ley-Omnibus.pdf>

- Cubillos, N. S., Charry, V. C. G., Losada, L. V. Z., & Usme, O. S. D. (2020). Intervenciones en violencia de género en pareja: Artículo de Revisión de la Literatura. *Revista Cuidarte*, 11(3).
- De la Pena Leiya, A. A. (2015). Una perspectiva crítica de las prácticas psicosociales en violencia de género: caso Barranquilla. *Psicología desde el Caribe*, 32(2), 327-342.
- Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. (s/f). Estadísticas, encuestas, estudios e investigaciones. Ministerio de igualdad. Gobierno de España. <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/home.htm>
- Díaz, P., Cataño, S., Cárdenas, J., & Pérez, D. (2019). Violencia de pareja: una aproximación al tratamiento del tema en resultados de investigación. *Revista de Psicología GEPU*, 10 (2), 101- 121.
- Echeburúa, E., Amor, P. J., Muñoz, J. M., Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (2017). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: versión forense (EGS-F). *Anuario de psicología jurídica*, 27(1), 67-77.
- Fernández-Fillol, C., Pitsiakou, C., Perez-Garcia, M., Teva, I., & Hidalgo-Ruzzante, N. (2021). Complex PTSD in survivors of intimate partner violence: risk factors related to symptoms and diagnoses. *European journal of psychotraumatology*, 12(1), 2003616
- García-Martínez, J., Orellana-Ramírez, M. C., & Guerrero-Gómez, R. (2012). Relaciones entre la estructura cognitiva y la intensidad de la sintomatología en dos subgrupos de mujeres maltratadas: un esbozo de tipologías de las víctimas de la violencia contra la pareja. *Acción Psicológica*, 9(1), 47-60.

- Garriga Puerto, A., & Martín García-Sancho, J. (2010). *Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja*. Guía Práctica Clínica. Servicio Murciano de Salud.
- Gil-Iñiguez, A. (2016). Intervención en un caso de trastorno de estrés postraumático por violencia sexual. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 3(1), 75-80.
- Gil, S. M., Cabaco, A. S., Mateos, L. M. F., Díez, S. G., & Lancho, M. C. P. (2014). Protocolo de screening de hipervigilancia emocional en el trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia de género. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 2(1), 187-204.
- González Álvarez, J. L. (2018). Sistema de Seguimiento integral en los casos de violencia de género (Sistema VioGén). 3ª ÉPOCA, 83.
- Guerrero-Vaca, D. J., García-Ramos, D. C., de los Ángeles Peñafiel-Salazar, D., del Carmen Villavicencio-Narváez, L., & Flores-Fernández, V. F. (2021). Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia. Una revisión. *Dominio de las Ciencias*, 7(3), 667-688.
- Habigzang, L.F., Gomes F.P.M., & Maciel, Z.L. (2019). Terapia Cognitivo Conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima: Estudio de casos múltiples. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 149 – 264.
<https://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1882>.
- Labrador, F. J., Fernández, P., & Ballesteros, F. (2011). Tratamientos psicológicos en la práctica clínica cotidiana. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 27(2), 319–326. Recuperado a partir de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/122921>

Labrador Encinas F.J, Fernández-Velasco, M. R., & Rincón, P. (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema*, 22(1), 99-105.

Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (2004). Boletín oficial del estado, 313, de 29 de diciembre de 2004, 42166 a 42197 <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760>

Lila, M. (2010). Investigación e intervención en violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. *Psychosocial Intervention*, 19(2), 105-108.

Martín Puente, R (2013). Tratamiento de la violencia de género con EMDR. *Revista digital de medicina psicosomática y psicoterapia*, 3(2).

Matud, M. P., Fortes, D., & Medina, L. (2014). Eficacia de un programa de tratamiento psicológico individual para mujeres maltratadas por su pareja. *Psychosocial Intervention*, 23(3), 199-207.

Matud, M. P., Padilla, V., Medina, L., & Fortes, D. (2016). Eficacia de un programa de intervención para mujeres maltratadas por su pareja. *Terapia psicológica*, 34(3), 199-208.

Montes-Berges, B., Aranda, M., & Castillo-Mayén, M. (2011). EMDR para el tratamiento de estrés postraumático en casos de violencia de género.

Organización Mundial de la Salud (2013). *Violence against Women: Global Picture Health Response*.

Puente- Martínez, A., Ubillos-Landa, S., Echeburúa, E., & Páez-Rovira, D. (2015).

Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: una revisión de meta-análisis y estudios recientes. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 32(1), 295–306. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.1.189161>

- Rivas-Rivero, E., & Bonilla-Algovia, E. (2022). Sentimiento de culpa y malestar psicológico en víctimas de violencia de género. *Psicología desde el Caribe*, 39(2).
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., & Vives-Cases, C. (2007). Violencia contra la mujer. consecuencias para la salud, sociales, económicas y repercusión en los servicios de salud y en los profesionales. *Revista clínica electrónica en atención primaria*, (12), 1-5.
- Santandreu, M., & Ferrer, V. A. (2014). Eficacia de un tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia de género. *Psicología Conductual*, 22(2), 239.
- Santandreu, M. (2014). Psicopatología, emotividad negativa y desadaptación en víctimas de violencia de género.
- Saquinaula-Salgado, M., Castillo-Saavedra, E. F., & Márquez, C. R. (2020). Violencia de género y trastorno de estrés postraumático en mujeres peruanas. *Duazary*, 17(4), 23.
- Vaca-Ferrer, R., Ferro García, R., & Valero Aguayo, L. (2022). Una revisión de los programas de intervención grupal con víctimas de violencia de género. *APUNTES DE PSICOLOGÍA*, 39(3), 111–123.
<https://doi.org/10.55414/ap.v39i3.915>

Anexos

Abreviaturas

TEPT: Trastorno de estrés postraumático.

OMS: Organización mundial de la salud.

TCC: Terapia cognitivo-conductual.

TPC: Teoría de procesamiento cognitivo.

NET: Terapia de exposición narrativa.

DBT: Terapia dialectico conductual.

AC: Activación conductual.

ACT: Terapia de activación y compromiso.

EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence

APA: American Psychological Association

VdG: violencia de género