



Universidad
Europea VALENCIA

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Trabajo Fin de Máster

**CULPA Y TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA
DE GÉNERO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

Presentado por: Marta Benito Sánchez

Tutor/a: Viviana Vargas

Curso: 2024/25

Convocatoria: Ordinaria

Resumen

La presente revisión sistemática tiene como objetivo estudiar cuál es la relación entre la culpa y el TEPT en víctimas de violencia de género en la pareja (VDG) e identificar las posibles variables mediadoras de esta relación. Para ello, se ha realizado una búsqueda sistemática en Web of Science, Scopus y Pubmed, seleccionando 12 estudios. Los resultados hallados apuntan a que la autculpabilización es un importante mantenedor del TEPT, mientras que la culpa relacionada con el trauma puede ayudar a explicar la sintomatología o a enmascarar la relación con otros tipos de trastornos. Asimismo, se han identificado tres variables mediadoras en la relación, el apoyo social, el estilo de afrontamiento y la exposición previa a eventos traumáticos, mientras que el tipo de abuso y el tiempo transcurrido desde el evento muestran resultados inconsistentes. En cuanto a las características sociodemográficas, estas parecen no tener impacto en los resultados.

La mayoría de los estudios incluidos en la revisión no atienden a las posibles diferencias culturales ni a la orientación sexual, por lo que los resultados no pueden ser generalizables a otras muestras. Finalmente, estos resultados indican la importancia de revisar las distintas perspectivas sobre la culpa para poder actualizar los protocolos de intervención con las víctimas, añadir técnicas de autocompasión y poder ofrecer una intervención integral en la sintomatología del TEPT.

Palabras clave: TEPT, Violencia de género, pareja, culpa, autculpabilización.

Abstract

The present systematic review aims to study the relationship between guilt and PTSD in victims of intimate partner violence (IPV) and to identify the possible mediating variables of this relationship. For this purpose, a systematic search was carried out on the Web of Science, Scopus and Pubmed, selecting 12 studies. The results found suggest that self-blame is an important maintainer of PTSD, while trauma-related guilt may help explain the symptomatology or mask the relationship with other types of disorders. Likewise, three mediating variables have been identified in the relationship, social support, coping styles, and previous exposure to traumatic events, while type of abuse and time since the event show inconsistent results. As for sociodemographic characteristics, these seem to have no impact on the results.

Most of the studies included in the review do not attend to possible cultural differences or sexual orientation, so the results may not be generalizable to other samples. Finally, these results indicate the importance of reviewing the different perspectives on guilt in order to update intervention protocols with victims, add self-compassion techniques and be able to offer a comprehensive intervention in PTSD symptomatology.

Key words: PTSD, gender violence, partner, guilt, self-blame.

Índice de contenidos

1	Introducción	1
1.1	Justificación teórica	1
1.1.1	Prevalencia del TEPT en víctimas de VDG	2
1.1.2	Culpa y trauma: modelos explicativos y relación con la VDG	4
1.1.3	Discrepancias encontradas en la relación entre TEPT y culpa en víctimas de VDG	5
1.1.4	Variables relacionadas con la culpa y el TEPT	7
1.2	Objetivos	9
2	Método	10
2.1	Fuentes de información y estrategia de búsqueda	10
2.2	Criterios de elegibilidad	10
2.3	Proceso de selección de los estudios	11
2.4	Proceso de codificación y método de síntesis	12
3	Resultados	13
3.1	Evaluación del riesgo de sesgo en los estudios	14
3.2	Características de los estudios incluidos	15
3.3	Síntesis de los resultados	17
4	Discusión	32
4.1	Relación entre la culpa y el TEPT en víctimas de VDG	32
4.2	Variables mediadoras de la relación entre culpa y TEPT	34
4.3	Influencia del tipo de enfoque utilizado para definir la culpa	37
5	Implicaciones para la práctica clínica y futuras líneas de investigación	37
6	Limitaciones de los hallazgos	39
7	Conclusiones	40
8	Referencias	41
9	Anexos	52

Índice de Abreviaturas

APA American Psychiatric Association

AS Abuso sexual

ASI Abuso sexual infantil

INE Instituto Nacional de Estadística

IJB Instituto de Joanna Briggs

OMS Organización Mundial de la Salud

ONU Organización de Naciones Unidas

TEA Trastorno de estrés agudo

TEPT Trastorno de estrés postraumático

UNODC Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

VDG Violencia de género

WOS Web Of Science

1 Introducción

1.1 Justificación teórica

La violencia de género (VDG) según Naciones Unidas (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 1993) se puede definir como cualquier acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino o aquellos realizados con la intención de dañar u ocasionar sufrimiento físico, sexual o psicológico a las mujeres. Esta amplia definición contempla todos los tipos de violencia (física, sexual, psicológica, acoso, trata, etc.) que una mujer puede sufrir tanto dentro como fuera de la pareja y en cualquier contexto (ONU, 1993). Concretamente, la violencia de pareja se refiere a aquellos comportamientos de la pareja que causen o tengan el potencial para causar daño físico, psicológico o sexual, incluyendo manifestaciones como el control de la pareja, la coacción sexual o el maltrato psicológico (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). Para el objeto de la presente revisión, los términos violencia de pareja y VDG se utilizarán indistintamente utilizando la definición de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (2004), a pesar de que este uso no es el adecuado, puesto que según la definición de la ONU (1993) y de la actual Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual, (2022) dejaría fuera a todas las mujeres que reciben violencia por el hecho de ser mujeres estando fuera de la pareja (ej. víctimas de agresiones sexuales, acoso, etc.). Se ha tomado esta decisión teniendo en cuenta que violencia doméstica y violencia de pareja son dos términos que pueden incluir a la población masculina (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España, 2003) y la presente revisión está centrada en población femenina.

En la actualidad, la VDG es considerada como un problema de salud pública con graves e intensas consecuencias para aquellas mujeres que lo sufren (OMS, 2021). A nivel internacional se calcula que 1 de cada 3 mujeres ha sufrido VDG (OMS, 2013). Asimismo, se estima que en territorio español 36582 mujeres han sido víctimas de VDG en el año 2023 (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2024) y que el 28.7% de mujeres entre 16 y 74 residentes en España ha sido víctima alguna vez de violencia en la pareja (Ministerio de Igualdad, 2022). Además, según un informe de la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2022), aunque las víctimas de género femenino reconocido representen un 10% de todos los casos de homicidios registrados, en el 58% de estos casos se trata de un asesinato perpetrado por la pareja o por alguien del entorno familiar. En 2020 se calculó que cerca de 47000 mujeres y niñas de todo el mundo han sido asesinadas por sus parejas o miembros de su familia (UNODC, 2022) y, a pesar de todos los esfuerzos legales y sociales por combatir estos crímenes, 51100 mujeres y niñas de todo el mundo murieron en

2023 a manos de sus parejas o familiares (como forma de violencia vicaria en un alto porcentaje de casos) (UNODC, 2024).

No obstante, estos datos no son los únicos indicadores de cuán peligroso es este fenómeno. Diversos estudios indican que haber sido víctima de VDG en pareja se relaciona con múltiples afecciones directas e indirectas para la salud mental y física (Brown, 2015; Juli, 2014). Por ejemplo, las mujeres que han sufrido VDG reportan comúnmente síntomas de dolores de cabeza, de espalda, infecciones vaginales y problemas digestivos (Campbell et al., 2002; Campbell y Lewandowski, 1997). En el estudio de Leskošek (2013) se analizó una muestra de 3000 mujeres de Eslovenia de las cuales el 23% de la muestra indicó haber experimentado algún episodio de violencia doméstica (física, psicológica, económica o sexual), de las cuales el 92% manifestó signos físicos y emocionales indicadores de una pobre salud, como fatiga, estrés, dolor crónico, indigestión, pobre concentración e insomnio entre otros. Por otro lado, haber sufrido VDG se relaciona con altas prevalencias de trastornos mentales como la depresión, ansiedad, intentos de suicidio, síntomas generales de estrés, uso de sustancias o el trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Al-Modallal, 2012; Golding, 1999; Juli, 2014; Leskošek, 2013; Reyes et al., 2023). Además, ser víctima de VDG se relaciona directamente con las alteraciones y disfuncionalidad en los esquemas cognitivos y creencias nucleares de la persona que lo sufre (Calvete et al., 2007; Krause-Utz et al., 2023).

1.1.1 Prevalencia del TEPT en víctimas de VDG

Teniendo en cuenta el impacto y la gravedad de las consecuencias que pueden tener los episodios de violencia en la pareja para las mujeres que la sufren, se consideran a estos como episodios traumáticos que a su vez suponen un factor de riesgo para la aparición de síntomas generales de distrés, trastorno de estrés agudo (TEA) o TEPT (Aguirre D et al., 2010; Caponnetto et al., 2024; Dorahy et al., 2007; Krause-Utz et al., 2023; Weaver et al., 2020). El distrés se define como la respuesta psicológica a estresores internos o externos, que implica una serie de cambios en el organismo desproporcionados para la situación (Selye, 1975). Según un metaanálisis de 50 estudios empíricos sobre víctimas de violencia, la vivencia de violencia interpersonal se relaciona estrechamente con el distrés de manera práctica y estadística (observable, tamaño del efecto $r=.174$) (Weaver et al., 2020). Por otro lado, según el DSM-V-TR (American Psychiatric Association [APA], 2022), el TEA es un trastorno que aparece a los pocos días tras la exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, con una duración de entre 3 días y un mes y se caracteriza por la presencia de síntomas de intrusión, estado de ánimo negativo, síntomas

disociativos, de evitación y de alerta. Finalmente, el TEPT puede comenzar a desarrollarse a partir del mes después a la exposición al evento traumático y se caracteriza por la posible presentación de síntomas intrusivos (en forma de recuerdo, sueños, reacciones disociativas o reacciones fisiológicas intensas), conductas de evitación, alteraciones en la alerta y reactividad asociada al suceso traumático y alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso traumático (APA, 2022).

Tradicionalmente se ha relacionado la exposición a un evento traumático o estresante, como puede ser la VDG, con la aparición de la ansiedad y el miedo (American Psychiatric Association, 2022). Por ejemplo, diversos estudios demuestran que los síntomas de TEA o de disociación están mucho más presentes en víctimas de VDG que en la población general (Dorahy et al., 2007), de hecho, las mujeres víctimas de violencia doméstica puntúan más alto en TEA en comparación con hombres que han sufrido violencia doméstica y, además, la presencia del TEA se relaciona positivamente con la aparición posterior del TEPT (Caponnetto et al., 2024).

Los hallazgos de Caponnetto et al. (2024) concuerdan con los encontrados por Krause-Utz et al. (2023) que señalan que la exposición a violencia interpersonal en general se asocia con síntomas más severos y complejos de TEPT y que la VDG en particular conlleva no solo la posible presentación de psicopatología como el TEPT, sino también problemas de regulación emocional, de identidad y formación de relaciones y apegos. Asimismo, la encuesta de World Mental Health (Kessler et al., 2017) aplicada en 26 países de todo el mundo identifican que el 14% de los casos de personas que sufrían TEPT eran víctimas de VDG (incluyendo también a víctimas de abuso sexual [AS]). Además, esta encuesta señala que la prevalencia del TEPT depende del tipo de trauma al que se exponga la persona e identifica que la VDG es la segunda tipología de trauma que reporta prevalencias más altas (11.7%).

La relación y prevalencia entre el TEPT y la exposición a actos de VDG dentro de la pareja ha sido ampliamente estudiada habiendo llegado a un acuerdo general en que las víctimas de VDG presentan una marcada tendencia al desarrollo de TEPT (Al-Modallal, 2012; Caponnetto et al., 2024; Golding, 1999; Reyes et al., 2023). Por ejemplo, el metaanálisis de Golding (1999) identificó una media de prevalencia de síntomas de TEPT del 63.8% en una muestra de 11 estudios empíricos sobre mujeres expuestas a violencia doméstica, concluyendo la fuerte asociación entre la experiencia de VDG y los problemas mentales como el TEPT. Asimismo, se han encontrado prevalencias de otros síntomas específicos del TEPT en víctimas de VDG en comparación con la población general como la disociación (Dorahy et al., 2007; Krause-Utz et al., 2023; Tran et al., 2019; Valdez y Lilly, 2021), prevalencias generales de otros síntomas como la

evitación (Hebenstreit et al., 2015; Kubany y Watson, 2003; Norman et al., 2014) y creencias o expectativas negativas persistentes sobre uno mismo y el mundo (Babcock y DePrince, 2012; Krause-Utz et al., 2023). De hecho, un estudio de análisis de perfiles latentes examinó distintos perfiles de TEPT en víctimas de VDG determinó que había una mayor prevalencia de cogniciones de autoculpabilización en perfiles con alto arousal e hipervigilancia (Hebenstreit et al., 2015).

1.1.2 Culpa y trauma: modelos explicativos y relación con la VDG

En los últimos años se han encontrado evidencias de que el trauma puede evolucionar hacia otra sintomatología no ansiosa, como la culpa (American Psychiatric Association, 2022), de manera que el DSM-V-TR (APA, 2022) ha incluido esta experiencia como una de las posibles manifestaciones de alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo que pueden estar presentes como síntoma en ese trastorno. Según la APA (2022) este síntoma se cumple cuando 2 o más de las 7 experiencias que se numeran aparecen en la persona, por lo que no es seguro que este síntoma se dé en todas las personas que experimentan TEPT.

Estudiar la compleja relación que se da entre la culpa, la VDG y el TEPT requiere entender la base de dos modelos teóricos: el modelo cognitivo explicativo del TEPT (Ehlers y Clark, 2000) y el modelo multicausal de la culpa (Kubany y Watson, 2003). El modelo cognitivo de TEPT de Ehlers y Clark (2000) sienta las bases para entender por qué este trastorno puede mantenerse a lo largo del tiempo. Este modelo plantea que la persistencia del TEPT depende del procesamiento de la memoria traumática del evento y sus secuelas y que este procesamiento a su vez depende de otros seis factores, entre los que se encuentran (a) la percepción de las secuelas del evento traumático, (b) la respuesta emocional ante el evento y (c) el procesamiento cognitivo del evento (Ehlers y Clark, 2000). Entre los factores que pueden relacionarse con la percepción de las secuelas del evento se establece que la valoración sobre los síntomas iniciales del propio TEPT, las interpretaciones y reacciones de otras personas tras el evento y las consecuencias que tiene el trauma sobre otros dominios vitales afectaría a la persistencia del propio trauma (Ehlers y Clark, 2000). En este sentido, la relación entre VDG y TEPT puede entenderse ya que en este caso la vivencia puede suponer un cambio en diversos dominios de la vida de la persona (esquemas de confianza, de pareja, etc.) (Krause-Utz et al., 2023), a estigmatización por parte del contexto de atención a la víctima o su entorno cercano (Kennedy y Prock, 2018) y las propias interpretaciones del papel que juega uno mismo en el evento traumático o en su mantenimiento (Ehlers y Clark, 2000; Kubany y Watson, 2003).

Son precisamente los factores anteriormente citados los que dirigen la investigación hacia el posible efecto que la culpa puede ejercer en la aparición y mantenimiento del TEPT en víctimas de VDG. En este sentido, el modelo multidimensional de la culpa de Kubany y Watson (2003) se refiere a esta como una experiencia emocional formada por dos componentes: (a) una experiencia emocional de distrés y (b) un componente cognitivo de creencias sobre aquello que uno debería haber pensado, sentido o hecho de manera diferente (*self-blame*) en una situación concreta, con las implicaciones de responsabilidad, equivocación y falta de justificación correspondientes. Según Kubany y Watson (2003) existirían ocho factores que median la aparición de la culpa: (1) haber causado un daño, (2) proximidad o implicación directa en el evento, (3) daño causado a una persona cercana, (4) implicaciones que deriven en resultados irreversibles, (5) que el evento tenga causa humana, (6) que todos los cursos de acción implicasen consecuencias negativas, (7) desigualdades con otras partes que han participado en el suceso y (8) que otros nos culpabilicen. Tomando como base ambos modelos (Ehlers y Clark, 2000; Kubany y Watson, 2003) es factible pensar que será más probable que el TEPT se mantenga (1) cuando la víctima tiende a realizar interpretaciones catastrofistas sobre sus síntomas, ya que esto generaría un fuerte distrés, (2) cuando se percibe que las implicaciones del daño son irreversibles y (3) cuando otras personas de su entorno la culpabilizan (Kubany y Watson, 2003). Por tanto, considerando todo lo expuesto, los autores plantean que las emociones de culpa y vergüenza relacionadas con el trauma pueden servir de recuerdos del evento, de manera que la frecuente autocrítica y la culpa pueden contribuir al mantenimiento del TEPT (Ehlers y Clark, 2000), como así han afirmado otros estudios y revisiones (Kennedy y Prock, 2018; Krause-Utz et al., 2023; Norman et al., 2014; Valdez y Lilly, 2021). Este modelo recogería diversos factores estrechamente relacionados con la VDG en pareja, como es la ausencia de cursos de acción con resultados positivos a corto plazo (ej. la indecisión entre mantener la relación y abandonarla dañando al maltratador) (Kubany y Watson, 2003), fuertes experiencias de distrés derivadas de la indefensión aprendida (Walker, 2012) y la proximidad directa con el evento (Kubany y Watson, 2012), entre otros.

1.1.3 Discrepancias encontradas en la relación entre TEPT y culpa en víctimas de VDG

Atendiendo a estos planteamientos diversos estudios han encontrado una relación positiva entre las tres variables, culpa, TEPT y VDG (Allard et al., 2018; Babcock y DePrince, 2012; Calvete et al., 2007; Kennedy y Prock, 2018; Krause-Utz et al., 2023). Por ejemplo, según Allard et al. (2018) en su estudio cuantitativo para observar la eficacia de un tratamiento cognitivo conductual (TCC) que aborda el procesamiento específico de la culpa, proponen que en los casos

de VDG la víctima tiende a culparse como mecanismo de defensa del vínculo de apego, lo que genera un gran estrés y lleva a la evitación de la memoria traumática (uno de los síntomas centrales en el mantenimiento del TEPT) impidiendo que se procese la culpa. Asimismo, Calvete et al. (2007), al estudiar el modelo estructural estadístico entre la culpa y el TEPT encontraron que las víctimas de VDG que han sido diagnosticadas de TEPT muestran puntuaciones significativamente mayores en los esquemas de imperfección o culpa, respecto a aquellas que no cumplen los criterios diagnósticos del TEPT. Estos resultados concuerdan con la revisión sistemática de Kennedy & Prock (2018) que indican que en víctimas de VDG (incluyendo víctimas de AS) existe una tendencia a la autoculpabilización general, conductual y caracterológica asociada a la mayor presencia de síntomas de TEPT. Además, según Babcock y DePrince (2012) en víctimas de VDG que además han sufrido un abuso sexual infantil (ASI) se pueden desarrollar una serie de esquemas cognitivos de autoinculpación que se mantienen a lo largo de la vida y haciéndose más evidentes aun cuando están dentro de la relación de violencia.

No obstante, no existe un consenso absoluto sobre la aparente relación entre la culpa, el TEPT y la VDG, ya que hay discrepancias entre los autores sobre la función y utilidad que esta puede desempeñar en el trastorno de TEPT. Esta discrepancia puede deberse a múltiples causas. Algunos autores apuntan que los diferentes resultados se deben al estudio del componente cognitivo de la culpa como constructo unitario (dependiente y compuesto por varios factores, pero contemplado como una única tipología (Kubany y Watson, 2003), en lugar de diferenciarlo en dos tipos como plantea Janoff-Bulman (1979) que distingue entre la autoculpabilización caracterológica (relacionada con la estabilidad en las creencias e interpretaciones sobre mi propia persona) y la culpa conductual (que se relaciona con el control percibido para modificar los resultados de la experiencia traumática). Según los estudios llevados a cabo por este autor, Janoff-Bulman (1979), las diferencias en puntuaciones psicopatológicas en función de la culpa desaparecen cuando se diferencian los dos tipos de autoculpabilización, arrojando mayores puntuaciones en autoculpabilización caracterológica cuando las personas presentaban síntomas de depresión. Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Hebenstreit et al. (2015) que, al diferenciar entre distintos tipos de perfiles sintomáticos de TEPT en VDG, plantearon la posibilidad de que las diferentes relaciones encontradas entre los síntomas del TEPT y la prevalencia de la culpa podrían estar mediados por el tipo de autoculpabilización estudiado. Asimismo, el metaanálisis llevado a cabo por Shi et al. (2021) establece que los distintos tipos de culpa (general, contextual o relacionada con el trauma) predicen de manera distinta la presencia de síntomas de TEPT, indicando que la culpa contextual no guardaría relación con la sintomatología, frente a la culpa general y relacionada con el trauma que sí la tendrían. Además,

existen otros estudios que plantean que aparentemente no existe ninguna relación significativa entre la culpa y los síntomas de TEPT (Aprigio y Gauer, 2024).

Finalmente, en el estudio sobre crecimiento postraumático en VDG de Bakaitytė et al. (2022) se encontró, contrario a lo planteado por Allard et al. (2018), que la estrategia de afrontamiento de autculpabilización puede funcionar como factor protector de la víctima ayudando a su crecimiento postraumático. Este crecimiento estaría marcado por el paso de un estilo de afrontamiento de rumiación intrusiva a un estilo de afrontamiento basado en una búsqueda deliberada del sentido de la experiencia, lo cual favorecería el aumento de las expectativas de control de la víctima sobre su propia vida (Bakaitytė et al., 2022).

1.1.4 Variables relacionadas con la culpa y el TEPT

Atendiendo a la heterogeneidad de los resultados encontrados en la literatura científica, diversos autores han considerado relevante estudiar las variables que podrían mediar en la relación de la culpa y el TEPT, habiendo identificado distintas variables relevantes. En primer lugar, a lo largo de la literatura se ha prestado especial atención al tipo de trauma que ha sufrido la víctima (Kennedy y Prock, 2018; Kip et al., 2022; Shi et al., 2021; Valdez y Lilly, 2021). Específicamente, un reciente metaanálisis llevado a cabo por Kip et al. (2022), encontró que existía una asociación robusta entre la culpa relacionada con el trauma y el TEPT en adultos supervivientes a experiencias traumáticas, especialmente moderada por el tipo de trauma experimentado (más prevalente en excombatientes), la definición utilizada para definir el TEPT (magnificación de los resultados cuando se utiliza un instrumento basado en los criterios del DSM-V) y el tipo de sintomatología que se evalúa (la culpa predice mejor los síntomas de cogniciones negativas).

En segundo lugar, se ha estudiado el efecto mediador que puede presentar la vivencia de otros eventos traumáticos en la relación entre la culpa y el TEPT, por ejemplo, Valdez y Lilly (2021) compararon la magnitud de la culpa y ansiedad en una tarea de recuerdo traumático entre grupos de vivencia de trauma múltiple y trauma único, observando mayores índices de culpa en la muestra de trauma múltiple. Asimismo, haber sido víctima de ASI se ha relacionado positivamente con la victimización en la edad adulta y con los síntomas de TEPT (Babcock y DePrince, 2012).

En tercer lugar, se ha estudiado la relación entre tener un nivel socioeconómico o educativo bajo (Al-Modallal, 2012; Kennedy y Prock, 2018). Por ejemplo, la revisión sistemática de Kennedy y Prock (2018) determinó que existía una mayor tendencia a experimentar culpa en

mujeres sin techo y migrantes, así como el estudio de Al-Modallal (2012) relacionó componentes específicos de la economía de las mujeres jordanas refugiadas con una mayor prevalencia de TEPT. En cuarto lugar, otra variable estudiada ha sido la cultura de desarrollo de la víctima, encontrado que en determinadas culturas con raíces religiosas, así como en culturas de interdependiente (ej. países del oeste) existiría una mayor tendencia al riesgo de sufrir VDG, la culpabilización y a sufrir TEPT tras un evento de VDG (Al-Modallal, 2012; Shi et al., 2021). Por último, se ha planteado la importancia de las reacciones del entorno social y el apoyo social percibido como factor mediador. Por ejemplo, Dodson y Beck (2017) encontraron que la vergüenza es predictora de los síntomas de TEPT y se relaciona positivamente con las expectativas negativas de recibir apoyo social, así como Kennedy y Prock (2018) determinaron que, en presencia de reacciones negativas del entorno social, existían mayores índices de culpabilidad y sintomatología de TEPT, aunque hay otros autores que no han encontrado relaciones significativas entre el apoyo social y distintas variables asociadas con el TEPT, como la culpa o la disociación (Krause-Utz et al., 2023)

En línea con las ideas expuestas, la autocompasión es otro proceso cognitivo relacionado con la culpa (Etemadi y Dehshiri, 2024; Li et al., 2024; Müller-Engelmann et al., 2024) que parece guardar relación con la gravedad de los síntomas del TEPT tanto en formas particulares de VDG fuera de la pareja, como en mujeres que han sufrido ASI (Barlow et al., 2017) y mujeres adultas víctimas de AS (Close, 2013), como en víctimas de VDG en la pareja (Cabrera et al., 2021). Por otro lado, en mujeres que han sufrido VDG en la pareja existe una mejora en los síntomas del TEPT cuando se trata con terapias basadas en la compasión y el mindfulness (Tesh et al., 2015), así como cuando se utilizan terapias concretas que contienen módulos de tratamiento sobre la culpa relacionada con el trauma, desafío de creencias relacionadas con la culpa y el diálogo interno, entre otros componentes (Allard et al., 2018; Kubany & Watson, 2002).

Por lo tanto, teniendo en cuenta la relevancia del fenómeno de la VDG (INE, 2024; Kessler et al., 2017; Ministerio de Igualdad, 2022; OMS, 2021), las altas prevalencias de TEPT en víctimas y las contradicciones encontradas sobre el papel protector o de riesgo de la culpa en el desarrollo y mantenimiento del TEPT, cabe preguntarse cuáles son los mecanismos que regulan la relación entre culpa, TEPT y VDG que han sido identificados hasta la fecha. Pregunta de investigación que se intentará esclarecer a través de la realización de una revisión exhaustiva de la literatura científica.

1.2 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión es analizar la evidencia disponible sobre la relación entre la culpa como estado emocional y cognitivo y la aparición de los síntomas de TEPT en mujeres víctimas de VDG dentro de la pareja. Además, se plantean tres objetivos específicos: (1) revisar la magnitud y dirección de la asociación entre la culpa y los síntomas del TEPT; (2) identificar posibles variables mediadoras en esta relación en víctimas de VDG; y (3) analizar cómo los distintos enfoques de la culpa (ej. la culpa como proceso cognitivo, autoculpabilización o *self-blame*, o como emoción o como estrategia de afrontamiento) influyen en la aparición del TEPT.

2 Método

2.1 Fuentes de información y estrategia de búsqueda

El presente estudio siguió el protocolo de revisión sistemática PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) planteado por Moreno et al. (2018) y Page et al. (2021). Se realizaron búsquedas en tres bases de datos: Web of Science (WoS), Scopus, PubMed. En una primera etapa, el 26 de diciembre de 2024, se utilizaron Web of Science (WoS) y Scopus por ser metabuscadores, con el objetivo de evaluar la cantidad de estudios disponibles sobre la temática seleccionada. Posteriormente, 28 de enero de 2025, se amplió la búsqueda con PubMed y se revisaron los artículos identificados mediante la técnica *snowbowling* para incrementar el número de artículos recuperados. La recopilación de artículos en todas las bases de datos concluyó el 31 de diciembre.

La ecuación de búsqueda utilizada fue: (trauma* OR PTSD OR intrusion* OR "emotion* distress*" OR "post traumatic stress disorder" OR "adjustment disorder" OR "post traumatic stress" OR "acute stress disorder" OR "chronic trauma" OR "complex PTSD" OR "trauma-related disorder") AND (guilt* OR "trauma-related guilt" OR "self-blame" OR culpability OR disgrace* OR liability OR responsibility OR regret* OR remorse* OR shame*) AND (victim* OR survivor*) AND ("gender violence" OR "gender based violence" OR "battered women" OR "violence against women" OR "intimate partner violence" OR "domestic violence" OR "dating abuse" OR "partner abuse" OR "interpersonal abuse" OR "intimate abuse" OR "domestic abuse").

Esta ecuación de búsqueda se adaptó a los distintos buscadores, utilizando los términos Mesh (Mesh Terms) para la búsqueda en PubMed después de cada paréntesis y el indicador "Topic" (TS) en Web Of Science. En ninguna de las tres búsquedas se utilizaron filtros por año de publicación, estado de publicación o idioma, aunque posteriormente se utilizó el idioma de los artículos como criterio de exclusión. Esta primera búsqueda arrojó un total de 714 artículos encontrados en las tres bases, de los cuales 360 procedían de WOS, 208 de Scopus y 146 de Pubmed. Además, tras haber identificado una revisión sistemática que analiza los efectos de la culpa en el TEPT en víctimas de distintos tipos de trauma (Kip et al., 2022) se utilizó la técnica de búsqueda de *snowbolling* (Salvador-Olivan et al., 2018) a través de la cual se identificaron otros 16 artículos relevantes que fueron introducidos en el proceso de la búsqueda.

2.2 Criterios de elegibilidad

Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: (1) que fueran estudios empíricos con evaluación cuantitativa de las variables de interés: culpa y TEPT; (2) que la población incluyera adolescentes; (3) que la muestra comprendiera víctimas de VDG en la pareja, con o sin denuncia,

(4) que fueran artículos en inglés y español y (5) que tuvieran texto completo disponible. No se aplicaron criterios de inclusión por año de publicación.

Asimismo, los criterios de exclusión que se aplicaron son: (1) que la muestra comprendiera víctimas con patología dual, como uso de sustancias; (2) que no se midieran explícitamente las variables de interés, por ejemplo, que se midieran síntomas concretos del TEPT, pero no el TEPT en general; (3) que no fueran artículos de investigación cuantitativa y estudios primarios publicados en revistas científicas, es decir, que fueran estudios cualitativos, tesis doctorales, capítulos de libros o publicaciones no científicas; (4) que las participantes estuvieran recibiendo tratamiento en el momento del estudio. No se aplicó como criterio de exclusión que las variables de interés fueran centrales en el estudio porque se consideró relevante estudiar qué otros posibles mediadores pueden existir entre la culpa y el TEPT en este tipo de víctimas.

2.3 Proceso de selección de los estudios

Para la selección de los estudios el proceso de cribado se realizó en distintas fases aplicando los criterios de inclusión y exclusión:

- Primera fase, identificación: Se realizaron búsquedas en las bases de datos WOS, PubMed y Scopus. Durante esta fase, se recopilaron los estudios identificados al utilizar la ecuación de búsqueda previamente descrita y se añadieron al gestor bibliográfico Zotero para su organización y análisis.
- Segunda fase, cribado: inicialmente, los artículos identificados se someten a los limitadores de disponibilidad de texto (texto completo) e idioma (español e inglés) con el fin de filtrar los resultados y se eliminan los duplicados. Posteriormente, se realiza una preselección a partir de la lectura de los títulos, descartando aquellos estudios que no guardaban relación con la temática de la revisión.
- Tercera fase, elegibilidad: Se revisaron los resúmenes (*abstracts*) de los estudios preseleccionados para evaluar su pertinencia aplicando los criterios de inclusión definidos previamente. Se excluyeron aquellos estudios que no cumplían con los criterios de inclusión.
- Cuarta fase, inclusión: se llevó a cabo una lectura completa de los estudios identificados en la fase anterior. Se seleccionaron finalmente aquellos estudios que cumplían rigurosamente con los criterios de inclusión y mostraban una calidad metodológica adecuada.

El proceso de cribado y selección de los estudios fue realizado por una única autora, lo que podría suponer un sesgo en la selección de artículos. Esta limitación será abordada en la sección correspondiente del trabajo.

2.4 Proceso de codificación y método de síntesis

Tras la lectura y revisión de cada uno de los artículos incluidos en la presente búsqueda se extrajo información sobre las características generales del estudio y sobre las variables de interés específicas para el presente estudio. En primer lugar, en cuanto a los datos sobre las características, se extrajeron: (1) datos relativos al autor y año de publicación del estudio; (2) número de sujetos de estudio y localización geográfica de la muestra; (3) tipo de metodología empleada (transversal, longitudinal) y (4) objetivo del estudio. En segundo lugar, en cuanto a los datos específicos de interés se extrajeron: (1) datos relativos a la muestra de los distintos estudios (rangos de edad, media de edad y desviación típica de la muestra, etnia, nivel educativo y nivel socioeconómico de las participantes); (2) los instrumentos utilizados para medir las variables centrales de la revisión (culpa y TEPT); (3) el tipo de variables mediadoras que se hayan contemplado y (4) los resultados y las conclusiones del estudio, incluyendo la información estadística relevante (correlaciones, estadísticos de comparaciones entre grupos, coeficientes de regresión y tamaños del efecto y ajustes del modelo).

Finalmente, para la extracción de conclusiones sobre los estadísticos utilizados en los distintos estudios se ha realizado una síntesis narrativa a nivel cualitativo de estos, analizando las tendencias y patrones que reportan los distintos estudios. Es importante destacar que, al ser una síntesis cualitativa, los resultados y conclusiones podrían presentar un mayor nivel de riesgo de sesgo que en una revisión que incluya indicadores objetivos (metaanálisis). Los detalles sobre los resultados extraídos se comentarán en la sección destinada a Resultados.

3 Resultados

3.1. Selección de los estudios

Durante la primera fase de identificación, tras introducir la ecuación de búsqueda en las distintas bases de datos y analizar algunos artículos relevantes para la identificación mediante *snowballing*, se encontraron un total de 714 artículos. Tras eliminar los duplicados utilizando el gestor bibliográfico Zotero (n= 255 artículos), durante la fase de cribado, se revisó el título y *abstract* de los 473 artículos restantes. Esta primera criba resultó en un total de 423 artículos excluidos y en la preselección de 52 artículos para su posterior lectura completa. De estos 52 artículos preseleccionados, 13 fueron de la WOS, 29 de Scopus, 6 de Pubmed y 4 procedentes de otras fuentes. Durante la fase de elegibilidad de los artículos, se realizó una lectura completa de los 52 artículos resultantes y, tras la aplicación de los criterios de exclusión e inclusión, 38 fueron eliminados (ver el análisis en la Tabla 1).

Tabla 1

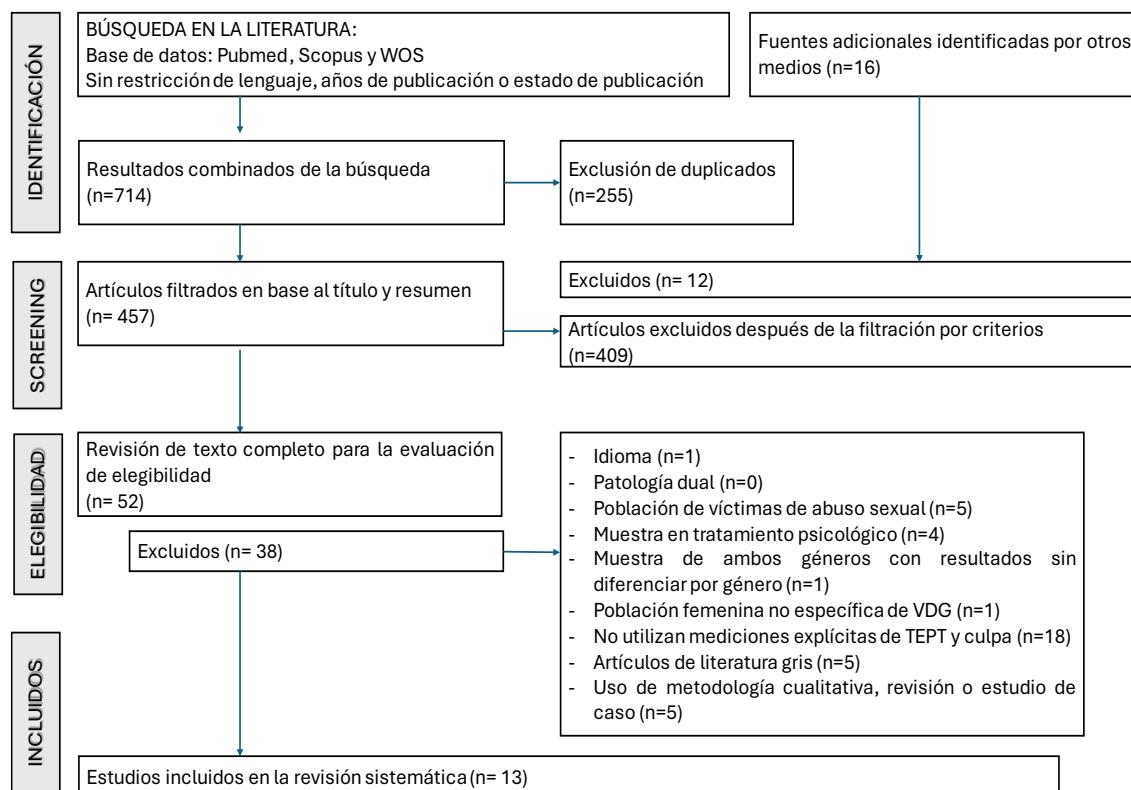
Artículos descartados organizados por criterios

Idioma	1 (Leite dos Santos, 2019)
Muestra de víctimas de abuso sexual	4 (Jewkes et al., 2022; Lahav et al., 2019; Mellen y Hatzenbuehler, 2023; Shin et al., 2014)
Inclusión de víctimas que están en tratamiento	4 (Allard et al., 2018; Calvete et al., 2007; Krause-Utz et al., 2023; Naismith et al., 2024)
No separan resultados por género	1 (Aprigio y Gauer, 2024)
Población no específica de VDG	1 (Valdez y Lilly, 2021)
No estudian TEPT o la culpa	17 (Babcock y DePrince, 2012; Bakaityté et al., 2022; Cabrera et al., 2021; Caponnetto et al., 2024; Dodson y Beck, 2017; Dorahy et al., 2007; Hebenstreit et al., 2015; Kita et al., 2023; Leskošek, 2013; Messing et al., 2014; Ogińska-Bulik y Michalska, 2021; Scheer, 2018; Siegel et al., 2024, 2024; Szyfer Lipinsky et al., 2024; Taccini et al., 2024; Tran et al., 2019; Weiss et al., 2016)
Tipo de artículo y metodología (literatura gris, capítulo de libro, estudio cualitativo, revisión o estudio de caso)	(Berger, 1998; Bryngeirsdottir y Halldorsdottir, 2022; Howell Dwyer, 2010; Jones, 2015; Juli, 2014; Kennedy y Prock, 2018; Levine, 2011; Olsen, 2013; Richmond et al., 2013; Tummala-Narra et al., 2012)

Por lo tanto, la revisión incluyó un total de 13 artículos (ver Figura 1), de los cuales 3 proceden de otras fuentes, 5 de Scopus, 3 de Pubmed y 2 de la WOS.

Figura 1

Diagrama de flujo del proceso de búsqueda



3.1 Evaluación del riesgo de sesgo en los estudios

Teniendo en cuenta la importancia de la medición de la calidad de las investigaciones para asegurar la robustez de las conclusiones arrojadas por la revisión (Fàbregues y Serra, 2019), se ha utilizado la plantilla de evaluación elaborada por el Instituto de Joanna Briggs (IJB) para estudios de corte transversal (Cross Sectional Studies) (Aromataris, 2020). Los distintos criterios de la plantilla se evaluaron siguiendo las indicaciones del IJB explicitados en la guía (Aromataris, 2020). Se estableció un punto de corte de 4 para el cumplimiento de los requisitos de bajo riesgo de sesgo, de forma que, si algún artículo presentaba 4 o más limitaciones metodológicas se establecía que tenía un alto riesgo de sesgo y, por tanto, se eliminaba del proceso de evaluación.

Se analizaron los 13 artículos seleccionados para la revisión, de los cuales 12 mostraron un bajo riesgo de sesgo (cumplían al menos con 4 de los criterios de la plantilla), siendo incluidos en la revisión final y el restante se eliminó por limitaciones metodológicas que indicaban un

riesgo de sesgo alto. Dentro de los análisis realizados se encontró que 4 estudios no definieron claramente los criterios de inclusión/exclusión de la muestra (DePrince et al., 2011; Din et al., 2010; Kubany et al., 1995; Street et al., 2005); 2 estudios no utilizaron formas fiables de evaluar el factor de forma fiable al no indicar los estadísticos de fiabilidad y validez para la muestra estudiada (Bean y Möller, 2002) y no utilizar un cuestionario estandarizado para la evaluación de los tipos de violencia sufridos (Tran y Beck, 2019) y 4 estudios no especificaron posibles variables extrañas que pudieran modificar los resultados de los estudios (Bean y Möller, 2002; Beck et al., 2011; Din et al., 2010; Flicker et al., 2012), aunque solo 1 de ellos no utilizó estrategias para el control de las variables extrañas (Bean y Möller, 2002). Todos los estudios hicieron descripciones exhaustivas de la muestra, midieron los criterios con objetividad – a excepción de Bean y Möller (2002) – y utilizaron técnicas estadísticas apropiadas para los objetivos de los estudios. Para una revisión extendida de los criterios en función de la plantilla, revisar el Anexo 1.

3.2 Características de los estudios incluidos

A continuación, en la Tabla 2 se muestran las características generales de los estudios incluidos, excepto el tamaño de la muestra, que se recoge en la Tabla 3 junto al resto de resultados.

Tabla 2

Resumen de las características generales de los estudios

N. ¹	Estudio	Diseño	Objetivos	País
- ²	(Bean y Möller, 2002)	Transversal	(1) Estudiar la prevalencia del TEPT y depresión en VDG y (2) estudiar la asociación entre ira y culpa en las víctimas	Sudáfrica
1	(Beck et al., 2011)	Transversal	(1) Analizar relación entre la vergüenza y la culpa con el TEPT en mujeres víctimas de VDG, (2) estudiar cómo las dimensiones de la culpa se relacionan con el TEPT y (3) ver si el tipo de agresión modula la relación	EE.UU ³
2	(Beck et al., 2015)	Transversal	(1) Examinar relación entre cogniciones autorreferenciales negativas y la ansiedad y depresión en una muestra de víctimas de VDG, (2) analizar si la vergüenza es mediadora en esta relación	EE.UU

N. ¹	Estudio	Diseño	Objetivos	País
3	(DePrince et al., 2011)	Transversal	(1) Examinar si las evaluaciones postraumáticas predicen la aparición de síntomas de distrés traumático y (2) determinar qué tipos de evaluación median en las distintas manifestaciones del distrés postraumático (depresión, disociación y TEPT)	EE.UU
4	(Din et al., 2010)	Transversal	(1) Indicar la prevalencia de TEPT en mujeres de Malasia y (2) evaluar los factores de vulnerabilidad al TEPT (tipo de abuso, evaluaciones negativas sobre uno mismo y el mundo, estrategias de afrontamiento y apoyo social)	Malasia
5	(Flicker et al., 2012)	Transversal	Estudiar la relación entre estrategias de afrontamiento, respuestas percibidas tras la revelación y TEPT	EE.UU
6	(Kubany et al., 1995)	Transversal	(1) Definir la relación entre los componentes de la culpa y la magnitud de esta, (2) estudiar cómo la interacción de los componentes predice la culpa, (3) examinar hasta qué nivel la culpa y sus factores se relacionan con el TEPT y (4) comparar la capacidad de predicción de la culpa relacionada con el trauma y la culpa como rasgo	Hawái
7	(Majeed et al., 2021)	Transversal	Evaluar qué formas de cogniciones postraumáticas contribuyen al mantenimiento del TEPT y la depresión	EE.UU
8	(Reich et al., 2015)	Transversal	(1) Estudiar si la autoinculpación predice los síntomas del TEPT y (2) ver si modera la relación entre la exposición ante distintos traumas y las formas negativas de ajuste psicológico (TEPT)	EE.UU
9	(Srinivas y DePrince, 2015)	Transversal	Estudiar cómo la respuesta de la policía se relaciona con la severidad de los síntomas TEPT y de las evaluaciones postraumáticas	EE.UU
10	(Street et al., 2005)	Transversal	Examinar los efectos directos e indirectos de haber vivido experiencias traumáticas en la infancia, la culpa y el uso de estrategias de evitación en TEPT	EE.UU
11	(Taccini et al., 2024)	Transversal	(1) Analizar si existe relación entre el tipo de violencia experimentada y la culpa, (2) estudiar si existe relación entre los tipos de violencia y la alexitimia y (3) comprobar si la interacción entre el tipo de violencia, la alexitimia y la culpa predicen los síntomas de TEPT	Italia

N. ¹	Estudio	Diseño	Objetivos	País
12	(Tran y Beck, 2019)	Transversal	Estudiar la relación entre las percepciones de amenaza a la vida y miedo y las cogniciones/emociones postraumáticas en los distintos clústeres sintomatológicos del TEPT (reexperimentación, evitación, embotamiento, hiperactivación)	EE.UU

Nota: ¹ Los artículos numerados serán los utilizados en la tabla de resultados (Tabla 3) expuesta en el apartado de “Resultados”. En esta tabla, los artículos empiezan a numerarse del 1 a 12 en el mismo orden que han sido expuestos en esta tabla, eliminando el primero por el alto riesgo de sesgo. ² El signo “-” hace referencia a que el artículo no tiene número al no haberse incluido en el análisis final de resultados. ³ EE.UU= Estados Unidos.

3.3 Síntesis de los resultados

Teniendo en cuenta los objetivos de la presente revisión – (1) analizar la relación entre culpa y TEPT en víctimas de VDG, (2) analizar las variables relacionadas con la interacción entre la culpa y el TEPT y (3) analizar cómo los distintos enfoques de la culpa (cognitivo, emocional y como estrategia de afrontamiento) se relacionan con el TEPT – se han recogido los datos relevantes extraídos de los artículos.

Respecto al primer objetivo, cuatro estudios indicaron la ausencia de relaciones significativas entre la culpa y el TEPT y ocho indicaron la existencia de relaciones significativas positivas con el TEPT. Por un lado, Beck et al. (2011) determinó que en su muestra la culpa en general no se relacionaba con la sintomatología de TEPT, aunque sus componentes individuales (distrés y evaluaciones cognitivas) sí lo hacían. Asimismo, Beck et al. (2015) indicaron que no existían relaciones significativas entre la culpa como estado emocional y el TEPT, así como tampoco lo era la autoculpabilización con el TEPT en general, pero sí con sus síntomas de manera específica (pensamientos negativos sobre el mundo y de autoculpabilización), así como DePrince et al. (2011), estudio en el que se concluyó que la autoculpabilización se relacionaba únicamente con la disociación y la depresión, pero no con el TEPT. Finalmente, Majeed et al. (2021) encontraron que las personas con más TEPT mostraban puntuaciones más altas en autoinculpación, pero estas diferencias no se manifestaron como significativas en el posterior análisis del modelo.

Por otro lado, cuatro de los estudios relacionaron la autoculpabilización como evaluación postraumática (elemento cognitivo de la culpa según el modelo de Kubany y Watson (2003)) con la sintomatología TEPT (Din et al., 2010; Reich et al., 2015; Srinivas y DePrince, 2015; Tran y Beck, 2019). Tres estudios estudiaron la relación entre la culpa como proceso emocional y el TEPT (Kubany et al., 1995; Street et al., 2005; Taccini et al., 2024), encontrando relaciones

positivas entre las emociones de culpa y los síntomas de TEPT. Finalmente, un único estudio analizó el uso de la autoculpabilización como estrategia de afrontamiento y los síntomas postraumáticos (Flicker et al., 2012).

En cuanto al segundo objetivo, se han identificado seis posibles variables relevantes: (1) el tipo de abuso sufrido, (2) apoyo social, (3) el tiempo transcurrido tras el evento, (4) el tipo de afrontamiento utilizado para la solución del conflicto, (5) la presencia de eventos traumáticos previos y (6) las características sociodemográficas de las víctimas. En primer lugar, la variable más estudiada ha sido el tipo de abuso sufrido, encontrando resultados contradictorios. Por un lado, dos de los estudios no encontraron relaciones significativas entre el tipo de abuso sufrido y las diferencias en el TEPT de las víctimas (DePrince et al., 2011; Din et al., 2010). Por el otro lado, Beck et al. (2011) encontraron que la relación entre TEPT y culpa estaba mediada por la presencia de abuso psicológico; Taccini et al. (2024) que sufrir violencia psicológica, sexual o heridas se relacionan con mayores sentimientos de culpa y mayor sintomatología TEP y Reich et al. (2015) encontraron que existía un efecto mediador entre la violencia física, la culpa y el TEPT, mientras que esta mediación no ocurre en el caso de la violencia psicológica y/o sexual.

En segundo lugar, tres estudios analizaron la interacción entre el apoyo social y su influencia en la culpa y el TEPT. En general, los resultados sobre la influencia del apoyo social en el desarrollo del TEPT y la culpa apuntan a que, a más apoyo social, menos sintomatología TEPT y, por tanto, menos culpa. En este sentido, los resultados obtenidos por Din et al. (2010) apoyan esta tesis, encontrando que un 14% de la varianza de la sintomatología del TEPT sería explicada por el apoyo social, guardando este una relación negativa con la autoinculpación. Del mismo modo que Srinivas y DePrince (2015) encontraron que menor apoyo social se relaciona con más cogniciones de autoculpabilización ($B=-.05$, $SEB=.01$, $\beta=-.44$, $T=-6.20$; $P<.001$). Además, pese a que Flicker et al. (2012) encontraron que la presencia de apoyo social no era significativa, los resultados obtenidos apuntaron a que su ausencia sí se relacionaba directamente con el TEPT.

En tercer lugar, a pesar de que seis artículos evaluaron el tiempo transcurrido desde el último evento de violencia o la última relación de abuso (Beck et al., 2011, 2015; DePrince et al., 2011; Kubany et al., 1995; Street et al., 2005; Tran y Beck, 2019), solo dos de ellos los incorporaron en sus análisis finales (DePrince et al., 2011; Tran y Beck, 2019). DePrince et al. (2011) encontraron que el tiempo tras el evento de VDG se relacionó con la ira y con la severidad de la sintomatología TEPT ($B=1.32$, $SE(B).66$, $BETA=.09$, $t=2.01$, $p<.05$) con la evaluación postraumática, pero no con la autoinculpación, al contrario que Tran y Beck (2019) que

encontraron que el tiempo pasado tras el suceso y la culpa tenían una relación significativa negativa ($r=-.16$; $p<.05$).

En cuarto lugar, en cuanto el papel de las estrategias de afrontamiento de las víctimas, Din et al. (2010) encontraron que el optimismo se relaciona negativamente con los síntomas de TEPT, influenciando en un 11% la ocurrencia del TEPT, mientras que la autoculpabilización como estrategia de afrontamiento se relaciona directamente con síntomas postraumáticos (Flicker et al., 2012). Además, la negociación en pareja se relaciona negativamente con mayores emociones de culpa relacionadas con la VDG y con el TEPT (Taccini et al., 2024). Por último, las estrategias de afrontamiento evitativas se relacionan positivamente con la culpa y el TEPT, siendo de hecho una variable mediadora de la relación indirecta entre culpa y TEPT (Street et al., 2005; Tran y Beck, 2019).

En quinto lugar, la exposición a eventos traumáticos previos solo fue estudiada en relación con la culpa y el TEPT en dos de las investigaciones (Street et al., 2005; Tran y Beck, 2019), mientras que otras la analizaron solo como variable de control (Beck et al., 2011, 2015; Reich et al., 2015). Street et al. (2005) encontraron relaciones indirectas entre haber sufrido eventos traumáticos en la infancia y el TEPT a través de la culpa relacionada con el trauma, al igual que Tran y Beck (2019) que encontraron una relación significativa entre las emociones y evaluaciones postraumáticas (entre las que se encuentran la culpa y la autoculpabilización) y los acontecimientos traumáticos no relacionados con la VDG en interacción con los distintos síntomas de TEPT (reexperimentación, evitación, embotamiento emocional e hiperactivación).

En sexto lugar, las características sociodemográficas de las víctimas fueron descritas exhaustivamente en todos los estudios, sin embargo, solo 3 de ellos analizaron su relación con el TEPT y la culpa introduciéndola como variable de control en los modelos de regresión utilizados para plantear las distintas relaciones (DePrince et al., 2011; Flicker et al., 2012; Srinivas y DePrince, 2015). Por un lado, DePrince et al. (2011) y Flicker et al. (2012) no encontraron interacciones significativas entre las características sociodemográficas de la muestra (edad, etnia, nivel socioeconómico) y la presencia/severidad de TEPT o culpa. Sin embargo, Srinivas y DePrince (2015) encontraron interacciones significativas en el primer modelo de regresión, apuntando que un mayor nivel socioeconómico se relaciona con una mayor severidad de los síntomas de TEPT ($B=2.15$, $SEB=1.09$, $\beta=.14$, $t=1.98$; $P<.05$), aunque este efecto no es significativo al incluirlo en el modelo de interacción de autoculpabilización y TEPT.

Finalmente, en cuanto a las limitaciones presentadas en los distintos estudios encontramos que 4 tienen limitaciones en cuanto al tamaño de la muestra (Beck et al., 2011;

Din et al., 2010; Kubany et al., 1995; Street et al., 2005) por tratarse de muestras de tamaño reducido. Asimismo, 9 de los estudios mostraron limitaciones en la generalización de los resultados por tratarse de muestras compuestas solo por mujeres y/o mujeres que estaban recurriendo a un servicio de atención psicológica o legal pudiendo, por tanto, mostrar una predisposición a estrategias de afrontamiento activas o búsqueda de ayuda (Beck et al., 2011; Beck et al., 2015; DePrince et al., 2011; Flicker et al., 2012; Majeed et al., 2021; Reich et al., 2015; Srinivas y DePrince, 2015; Taccini et al., 2024; Tran y Beck, 2019). Además, 4 estudios presentaron compromisos en la fiabilidad de la medida, ya que utilizaron cuestionarios no estandarizados o autoinformes para la evaluación de determinadas variables (Beck et al., 2011, 2015; DePrince et al., 2011; Taccini et al., 2024; Tran y Beck, 2019).

Asimismo, 4 de los estudios no se evaluó la presencia o la influencia de variables relevantes como la duración de la relación de abuso, la influencia de la diversidad cultural u otros síntomas relacionados con el TEPT como el apoyo social (Kubany et al., 1995; Reich et al., 2015; Taccini et al., 2024; Tran y Beck, 2019). En relación con ello, algunos de los estudios indicaron limitaciones a la hora de estudiar la interacción de factores contextuales, como el nivel de educación o socioeconómico (Reich et al., 2015; Taccini et al., 2024), aunque dicha limitación es extrapolable al resto de estudios que tampoco lo evaluaron, exceptuando a DePrince et al., (2011), Flicker et al. (2012), Srinivas y DePrince (2015). Por último, cabe destacar que todos los estudios analizados fueron de tipo transversal y con uso de datos retrospectivos, lo que imposibilita plantear relaciones causales entre las distintas variables y especificar el tipo de relación o la dirección de esta entre las variables y sus mediadores.

A continuación, en la Tabla 3 se resume la información obtenida acerca de (1) los datos descriptivos de las características sociodemográficas de la muestra y (2) sobre el tipo de abuso/violencia sufrida en la relación de pareja, (3) los instrumentos utilizados para evaluar la culpa y el TEPT, (4) las variables mediadoras que se han incluido en cada estudio y (5) un resumen de los resultados obtenidos. Para facilitar la síntesis de la información, se han incluido únicamente los instrumentos utilizados para evaluar las variables de interés.

Tabla 3

Hallazgos Principales De Los Estudios

N.	Características de la muestra	Características del abuso	Instrumentos	Variables mediadoras estudiadas	Resultados
1	(A) N= 63 mujeres (B) Edad: 18-64 años (M= 36,75) (C) Etnia: (1) caucásica 60.3%, (2) afroamericana 27%, (3) hispana 3.2%, (4) asiática 4.8 (D) Nivel socioeconómico medido en cantidad de ingresos anuales familiares: (1) >10.000\$ 15.9%, (2) entre 10.000 y 20.000 15.9%, (3) entre 20.000 y 30.000 un 7.9%, (4) entre 30.000 y 50.000 un 25,4% y <50.000 un 23.8%. (E) Nivel educativo: (1) primaria 1.6%, (2) instituto, 6.3%, (3) universidad 69.9% y (4) escuela de formación superior 22.2%	Tipo de violencia sufrida: (1) emocional 6.3%; (2) sexual 1.6%; (3) emocional y físico 36.5%; (4) emocional y sexual 6.3%; y (5) emocional, físico y sexual 49.2%.	(A) CAPS (B) TRGI	Tipo de abuso psicológico sufrido (aislamiento/control o verbal/emocional)	Los resultados del estudio indican que no hay una relación directa entre las puntuaciones globales de la culpa y el TEPT ($r = .011$ $p > 0.5$), sin embargo, existe una relación entre los componentes de la culpa y el TEPT de manera individual, ya que las cogniciones de culpa ($r = .25$, $p < .05$) y el distrés asociado a la culpa ($r = .33$ $p < .01$) se relacionan con la sintomatología de TEPT. Las cogniciones explicaron un 6% de la varianza de la sintomatología, mientras que el distrés explicó un 10%. Finalmente, no se encontraron efectos mediadores del tipo de abuso sufrido en la relación entre la culpa y el TEPT.
2	(A) N= 109 mujeres (B) Edad: 18-66 años (M=36,7) (C) Nivel socioeconómico (medido por ingresos anuales familiares): (1) >10.000\$ 21.1%,	Tipo de violencia sufrida: (1) física 1.8%, (2) emocional 2.8%; (3) sexual 0.9%; (4) físico y sexual 0.9%; (5) emocional y	(A) CAPS (B) TRGI (C) PTCI	-	Los resultados indican que la autoculpabilización se relaciona con los síntomas de TEPT ($r = .30$, $p < .01$), aunque las puntuaciones globales de la culpa no ($r = .08$, $p > .05$). Los síntomas de TEPT

N.	Características de la muestra	Características del abuso	Instrumentos	Variables mediadoras estudiadas	Resultados
	(2) entre 10.000 y 20.000 22.9%, (3) entre 20.000 y 30.000 un 9.2%, (4) entre 30.000 y 50.000 un 15.6% y más de 50.000 un 19.3%. (D) Nivel educativo: (1) primaria 2.8%, (2) instituto, 10.1%, (3) universidad 61.5% y (4) escuela de formación superior 25.6%	físico 39.4%; (6) emocional y sexual 1.8%; y (7) emocional, físico y sexual 52.3%.			predicen mayores índices de autoculpabilización. Asimismo, existe un efecto moderado de la culpa relacionada con los pensamientos negativos sobre el mundo en los síntomas de TEPT.
3	(A) N= 236 (B) Edad: 18-63 años (M=33,4) (C) Etnia: (1) caucásica 47%, (2) afroamericana 30%, (3) hispana 39%, (4) asiática 1%, (5) insular pacífico 1%, (6) nativo americano o de Alaska 6% (D) Nivel de educación: (1) primaria 3%, (2) instituto no acabado 27%, (3) instituto 26%, (4) inicio de carrera universitaria 25%, (5) título asociado 8%, (6) educación superior completa 7%, (7) estudios de posgrado 2%	Estatus de relación: 9% casadas, 8% viven con alguien, 18% divorciadas, 2% viudas, 40% solteras sin matrimonios previos y 7% otros	(A) CAPS (B) TAQ	(1) Tipo de táctica para resolver el conflicto (agresividad psicológica y física) (2) Apoyo social (3) Características del incidente (tiempo transcurrido y tipo de abuso) (4) Características sociodemográficas (edad, etnia y estatus socioeconómico)	Según los resultados, el miedo se asoció positivamente a los síntomas de TEPT en función de la cantidad de tiempo transcurrido entre el incidente y la evaluación, al igual que las emociones de ira. En este caso, la autoculpabilización no se relacionó con los síntomas de TEPT, aunque sí con los síntomas de disociación y depresión. En general las evaluaciones postraumáticas han explicado una varianza significativa del estrés relacionado con el trauma más allá de las propias características del trauma.

N.	Características de la muestra	Características del abuso	Instrumentos	Variables mediadoras estudiadas	Resultados
	(E) Nivel socioeconómico: media de ingresos 7.644\$ (rango de 0-108.000\$)				
4	(A) N= 40 (B) Edad: (1) 21-30 años 32,5%, (2) 31-40 años 50% y (3) más de 41 17.5% (C) Etnia: (1) malaya 20%, (2) china 22.5%, (4) india 55%, (5) otros 2.5% (D) Estado civil: (1) soltera 2.5%, (2) casada 80%, (3) separada 10%, (4) divorciada 7.5% (E) Elección de matrimonio: (1) elección propia 80%, (2) elección familiar 15%, (3) ambas 5% (F) Situación laboral: (1) desempleo 62.5%, (2) tiempo completo 25%, (3) media jornada 12.5% (G) Nivel de educación: (1) primarios 30% y (2) secundarios 70%	Tipo de violencia sufrida (física, sexual, psicológica, verbal y total)	(A) DAPS (B) PTCI	(1) Estilo de afrontamiento (2) Intensidad del abuso (3) Apoyo social	Existe una relación significativa entre TEPT y autoculpabilización ($r=.39$, $p<.05$) en víctimas de VDG malasias. De hecho, la autoculpabilización explica un 15% de los síntomas de TEPT ($R^2=.15$; $F(1,38)=6.722$; $B=.39$; $p<.05$). Las variables sociodemográficas, como la edad o las características de tipo de abuso no produjeron efectos significativos en la sintomatología o culpa.

N.	Características de la muestra	Características del abuso	Instrumentos	Variables mediadoras estudiadas	Resultados
	(H) Número de hijos: (1) entre 1 y 3 hijos 60%, (2) entre 4 y 6 hijos 30%, (3) entre 7 y 9 hijos 7.5% y (4) ninguno 2.5% (I) Residencia: (1) propia 2.5%, (2) alquiler 22.5% y (3) otros 45%				
5	(A) N= 131 (B) Edad: 19-82 años (M= 34, SD=10.1) (C) Etnia: (1) caucásica 53%, (2) afroamericana 34%, (3) hispánica 13% (D) Situación laboral: 59% con empleo, 41% desempleo	Relación con el agresor: (1) 36% casadas (incluidas las personas divorciadas), (2) 4% legalmente divorciadas, (3) 60% tienen un hijo en común, pero no están casadas	(A) Brief-COPE (B) Escala auto informada de síntomas de TEPT	(1) Tipo de agresión (2) Tipo de respuesta ante la revelación de la agresión (3) Nivel socioeconómico	En mujeres víctimas de VDG la prevalencia de TEPT (M=22.9; SD= 13.6) fue mayor que en población normativa. Asimismo, la autoculpabilización se relaciona positivamente con TEPT ($r=.47$, $p<.01$) y la culpabilización externa a la víctima con la sintomatología TEPT ($r=.27$, $p<.01$)
6	(A) N= 50 (B) Edad: 19-34 años (M= 29.80, SD=6.18). (C) Etnia: (1) Hawaiana 24%, (2) caucásica 18%, (3) samoana 8%, (4) afroamericana 6%, (5) asiática 6%, (6) etnia mixta 6% y (7) etnia inespecífica 8%.	(A) Número de agresiones dentro de la relación: (1) 64% han sufrido más de 10 abusos en su última relación, (2) 36 % fueron agredidas menos de 10 veces en su última relación (B) Tiempo tras la última agresión: (1) en los	(A) AAGS (B) PFQ (C) GI (D) Inventario de Penn para la evaluación de TEPT	(1) Tipo de culpa (rasgo o estado) (2) Factor relacionado con la culpa según el modelo de Kubany	Se encontraron correlaciones positivas entre todos los componentes de la culpa y la emoción de culpa relacionada con el evento, mientras que la tendencia a culparse se relacionó únicamente con la asunción de responsabilidad ($r=.48$ $p<.01$), falta de justificación ($r=.29$ $p<.05$) y la percepción de haber causado un daño ($r=.34$ $p<.01$). Asimismo, la culpa a nivel general se relacionó con los

N.	Características de la muestra	Características del abuso	Instrumentos	Variables mediadoras estudiadas	Resultados
		últimos tres meses 90%, (2) 10% más de tres meses (C) Duración de la relación de abuso: (1) 82% más de 1 año, (2) 18% menos de un año (M= 7.58 años, SD=4.93) (D) Relación actual con el agresor: (1) en relación 36%, (2) separadas 64%			síntomas del TEPT en VDG ($r=.51$, $p<.01$), así como los distintos componentes de la culpa. Finalmente, los componentes de la culpa relacionada con el evento traumático como bloque explicaron un 44% de la varianza de los sentimientos de culpa en la muestra, siendo más efectivos a la hora de predecir la culpa que la culpa como rasgo y relacionándose significativamente con los síntomas de TEPT.
7	(A) N= 242 mujeres (B) Edad: 18-75 años (M= 36,95, SD=12.82). (C) Etnia: (1) afroamericana 34.7%, (2) caucásica 56.2%, (3) hispana 1.2%, (4) asiática 1.2%, (5) otra etnia 5.4% y (6) datos perdidos 1.2% (D) Nivel de educación: (1) primaria 0.8%, (2) secundaria 12.4%, (3) universidad 67.8%, (4) grado superior 18.6% y (5) datos perdidos 0.4%	-	(1) DVI (2) CAPS (3) PTCI	-	El estudio compara y analiza dos muestras de mujeres víctimas de VDG y personas víctimas de un accidente de coche. En cuanto a los resultados sobre las comparaciones entre grupos, el grupo de víctimas de VG muestra una mayor prevalencia de autculpabilización frente al de víctimas de accidente de coche. A nivel individual, el 21.3% de la muestra de víctimas de VDG cumplía criterios para el diagnóstico de TEPT y el 12.4% cumplía criterios para diagnóstico de TEPT y depresión. Además, las personas con más sintomatología TEPT mostraron más

N.	Características de la muestra	Características del abuso	Instrumentos	Variables mediadoras estudiadas	Resultados
	(E) Estado civil: (1) soltera, divorciada o viuda 63.6%, (2) casada 12.8%, (3) separada 17.4%, (4) compartiendo unidad de convivencia 6.2% (F) Situación laboral: (1) desempleo 26.4%, (2) tiempo completo 28.9%, (3) media jornada 31.6%, (4) ama de casa 4.5%, (5) discapacidad 4.1%, (6) jubilación 2.1%, (7) datos perdidos 1.2% (G) Ingresos: (1) >10.000\$ 16.9%, (2) entre 10.000 y 20.000 24%, (3) entre 20.000 y 30.000 un 12.4%, (4) entre 30.000 y 40.000 un 8.3%, (5) entre 40.000 y 50.000\$ 7%, (6) entre 50.000 y 60.000\$ 6.2%, (7) más de 60.000\$ 15.7% y (7) datos perdidos 9.5%				autoinculpación ($M=3.59$, $SD=0.12$) en general, sin embargo, estas diferencias no mostraron efectos directos significativos en la aparición o mantenimiento del TEPT ($B = 0.29$; $\beta = .02$; $p = .773$)
8	(A) N=76 (B) Edad: 18-64 años ($M = 36.1$; $SD=11.68$)	Tipo de violencia sufrida: (1) psicológica 97%, (2) física 96% y (3) sexual 57%	(A) CAPS (B) PTCI Self-blame	Tipo de agresión	En esta muestra, la culpa se relacionó positivamente con TEPT ($r=.30$, $p<.01$), así como el abuso físico ($r=.27$; $p<.05$) y el psicológico ($r=.24$; $p<.05$) se relacionaron

N.	Características de la muestra	Características del abuso	Instrumentos	Variables mediadoras estudiadas	Resultados
	(C) Etnia: (1) caucásica 50.6%, (2) afroamericana 38%, (3) hispánica 1.3%, (4) asiática 2.5% y (5) no contesta/otro 7.6% (D) Educación: (1) primaria 2.5%, (2) secundaria 11.4%, (3) universidad 60% y (4) grado superior 24.1% (E) Ingresos anuales: (1) >10.000\$ 20.3%, (2) entre 10.000 y 20.000 25.3%, (3) entre 20.000 y 30.000 un 8.9%, (4) entre 30.000 y 50.000 un 15.2%, (5) más de 50.000 un 17.7% y (6) no contesta 12.7%				con la sintomatología de TEPT, pero no sexual ($r=.17$; $p>.05$). Además, el modelo de interacción autoculpabilización y abuso físico como predictor de TEPT fue significativo ($R^2=.17$, $F_{(5, 73)} = 2.99$, $p = .02$). Los análisis muestran una tendencia significativa a mostrar mayores grados de autoinculpación cuando hay mayores niveles de agresión física ($p=-.03$). Estos efectos no ocurren cuando se analiza la autoculpabilización como mediador en la relación entre TEPT y abuso psicológico ($p=.055$) ni en caso de abuso sexual ($p=.07$).
9	(A) N= 236 (B) Edad: 18-61 años ($M= 33,4$, $SD=11$) (C) Etnia: (1) 47% blanca; (2) 30%, afroamericana; (3) 2% asiática; (4) insular del pacífico 1%, (5) nativa americana o nativa de Alaska 11%; (6) otra 6% y (7) hispana o latina 39%	-	(A) PDS (B) TAQ	(1) Apoyo social (2) Respuesta policial (3) Día de intervención policial (4) Gravedad del daño sufrido (5) Táctica de resolución de conflictos	En esta muestra, mayores puntuaciones de nivel socioeconómico (combinación de educación, ingresos y situación laboral) con más sintomatología de TEPT solo en el primer análisis, por lo que no se puede decir que ejercieran efectos predictores. Se encontró una relación positiva entre apoyo social, cogniciones de autoculpabilización y sintomatología de TEP. Por otro lado, la respuesta

N.	Características de la muestra	Características del abuso	Instrumentos	Variables mediadoras estudiadas	Resultados
	(D) Nivel de educación: (1) primaria 3%; (2) secundaria 27%, (3) bachillerato 26%, (4) curso de universidad 25%, (5) grado asociado 8%, (6) estudio completo de grado universitario 7%, (7) posgrado 2% y (8) otro tipo de educación 2% (E) Ingresos anuales de la muestra entre \$0–\$108,000 (M= \$7,644)				policial no se asoció ni interactuó con la autoculpabilización de manera significativa de forma individual, aunque el modelo de regresión propuesto para la interacción entre respuesta policial y apoyo social como predictores de TEPT con la mediación de la autoculpabilización fue significativo ($F_{[10,159]}= 4.65$; $p<.001.$), aunque ninguna de estas relaciones estuvo mediada por el nivel socioeconómico.
10	(A) N= 63 (B) Nivel de ayuda del estado: (1) casas de acogida 89% y (2) atención social 11% (C) Etnia: (1) caucásica 63%, (2) afroamericana 29%, (3) hispánica/latina 5%, (4) otro 3% (D) Ingresos anuales: rango de \$0 hasta \$35,000 (M=\$7,277) (E) Nivel de educación: (1) secundaria 32%, (3) bachillerato 31%, (4) curso de universidad 23%, (5) grado asociado 8%, (6) estudio completo de grado	-	(A) TRGI (B) PCL	(A) Exposición a eventos traumáticos durante la infancia (B) Estrategias de afrontamiento evitativas	Se plantea un modelo a través del cual las experiencias traumáticas durante la infancia predicen el TEPT a través del papel mediador de la culpa relacionada con el trauma y las estrategias de evitación. Estas variables explican el 39% de la varianza de la sintomatología de TEPT. De forma individual, el TEPT y culpa se relacionan positivamente ($r=.53$, $p<.01$) de forma directa. Además, la culpa relacionada con el trauma medió en la relación entre los eventos traumáticos infantiles y el TEPT, así como del uso de estrategias evitativas y el TEPT.

N.	Características de la muestra	Características del abuso	Instrumentos	Variables mediadoras estudiadas	Resultados
	universitario 6% y (7) curso de formación profesional 6%				
11	(A) N= 740 (B) Edad: 18-76 años (M= 42.84, SD = 11.092) (C) Procedencia: (1) 90.9% italianas, (2) otra procedencia 8.2% y (3) datos perdidos 0.9% (D) Situación laboral: (1) 4.3% estudiantes, (2) 20.8% empleo precario, (3) 61% jornada completa, (4) 9.3% desempleadas y (5) 2.3% jubiladas. (E) Nivel educativo: (1) primaria 0.3%, (2) secundaria 17%, (3) bachillerato 53.7%; (4) grado 11.6%, (5) posgrado 11.1% y (6) doctorado 4.1% (F) Número de hijos: (1) 25.1% no hijos, (2) 26.8% 1 hijo, (3) 33.9% dos hijos, (4) 10.1% tres hijos, (5) 1.5% cuatro hijos y (6) 0.3% cinco hijos	-	(A) VITA (B) IES-R	(A) Tipo de violencia sufrido (B) Tipo de afrontamiento del conflicto dentro de la pareja	La culpa se relaciona positivamente con el tipo de violencia sufrido: física ($r=.131$ $p<.01$), sexual ($r=.087$ $p<0.5$), psicológica ($r=.183$ $p<.01$). Además, la sintomatología de TEPT se relaciona positivamente con la culpa ($r=.458$ $p<.01$). Esta relación parece ser directa e indirecta. Por un lado, según el modelo de regresión planteado, la culpa parece explicar un 36,2% de la varianza en la sintomatología de TEPT. Por otro lado, esta relación parece estar mediada a su vez por el tipo de violencia vivido, de forma que sufrir violencia psicológica, sexual o heridas físicas, predispone a las víctimas a sentir más culpa y esta a su vez se relaciona con un aumento de los síntomas de TEPT. Además, la ausencia de negociación dentro de la pareja se relaciona con mayores sentimientos de culpa relacionada con VDG y esta a su vez con mayores síntomas de TEPT.

N.	Características de la muestra	Características del abuso	Instrumentos	Variables mediadoras estudiadas	Resultados
12	(A) N=257 (B) Edad: 18-75 años (M=36.75, SD=12.33). (C) Etnia: (1) caucásica 47.1%, (2) afroamericana 38.5%; (3) hispana 3.5%; (4) asiática 1.2%, (5) otra etnia 7.4% y (6) desconocida 2.3% (D) Educación: (1) 10.9% escuela primaria, (2) 47.5 % menos de dos años de universidad; (3) 24.2% dos o cuatro años de universidad; (4) 15.9% grado universitario completo y (5) 1.5% no respuesta (E) Ingresos anuales: (1) 20.2% menos de 10000; (2) 24.5% entre 10000-20000; (3) 10.9% entre 20000 y 30000; (4) 16% entre 30000 y 50000; (4) 8.9% entre 50000 y 70000; (5) 8.6% >70000; y (6) 10.9% no respuesta	(A) Tiempo transcurrido desde la última relación de abuso (M=42,68 meses, SD=66.29) (B) Tipo de violencia: (1) 45.9% todos; (2) 36.2% física y psicológica; (3) 6.6% sexual y psicológica; (4) 0.8% sexual y física, (5) 8.9% solo psicológica, (6) 0.4% abuso sexual solo y (7) 1.2% solo física	(A) TRGI (B) PTCI (C) CAPS	(A) Exposición previa a eventos traumáticos (M=3.71, SD=2.31) (B) Percepción postraumática de amenaza a la vida	La autoculpabilización se relaciona con el miedo ($r=.16$, $p<.05$) y con distrés relacionado con el trauma ($r=.22$, $p<.01$). Además, hay síntomas específicos del TEPT que se relacionan directamente con la autoculpabilización, como la reexperimentación traumática ($r=.19$, $p<.01$), el distrés ($r=.46$, $p<.001$), la hiperactivación fisiológica ($r=.28$ $p<.001$) y el embotamiento emocional ($r=.25$ $p<.001$).

Nota: N = número total de la muestra; M = media; “r” = correlación de Pearson; “p” = nivel de significación; SD = desviación típica; \$ = dólares; R² = coeficiente de determinación; F = parámetro para la prueba F; B = coeficiente de regresión; β = coeficiente de regresión estandarizado; CAPS = Escala de Administración Clínica de TEPT; TRGI = Cuestionario de Culpa Asociado al Trauma; PTCI = Inventario de Cogniciones Postraumáticas; TAQ = Cuestionario de Evaluación Traumática; DAPS = Evaluación Detallada del Estrés Postraumático; Brief COPE = Escala Breve de Estilos de Afrontamiento; AAGS = Encuesta de actitudes sobre la culpa; DVI = Entrevista de Violencia Doméstica; PFQ = Cuestionario de Emociones Personales; GI = Inventario de Culpa; PDS = Listado de Síntomas Versión Civil; VITA = Escala de Afectos en Violencia Íntima y Traumática; IES-R = Escala de Impacto del Evento Revisada; “-” = no especifica.

4 Discusión

El objetivo principal de esta revisión es analizar la evidencia disponible sobre la relación entre la culpa y la aparición de los síntomas de TEPT en mujeres víctimas de VDG. Existen tres objetivos específicos: (1) revisar la dirección de la asociación entre la culpa y los síntomas del TEPT; (2) identificar posibles variables mediadoras en esta relación en víctimas de VDG; y (3) analizar cómo los distintos enfoques de la culpa influyen en la aparición del TEPT.

4.1 Relación entre la culpa y el TEPT en víctimas de VDG

En cuanto al primer objetivo específico, después de analizar los estudios seleccionados en la presente revisión y haber contrastado los resultados obtenidos con la literatura científica existente, los resultados sugieren que en la población de víctimas de VDG, la relación entre la culpa y el TEPT es aún difusa. En consonancia con la literatura anterior que indica que existe una relación estable entre la presencia de la culpa y el mantenimiento del TEPT (Kennedy y Prock, 2018; Kip et al., 2022; Shi et al., 2021), dentro de la presente investigación se han identificado 8 estudios que reflejan una relación positiva y estable entre la culpa y el TEPT en víctimas de VDG (Din et al., 2010; Flicker et al., 2012; Kubany et al., 1995; Reich et al., 2015; Srinivas y DePrince, 2015; Street et al., 2005; Taccini et al., 2024; Tran y Beck, 2019).

Por un lado, se encontraron relaciones significativas entre la autoculpabilización y el TEPT en víctimas de VDG en cuatro de los estudios (Din et al., 2010; Reich et al., 2015; Srinivas y DePrince, 2015; Tran y Beck, 2019). Din et al. (2010) plantean que la autoculpabilización explica un 15% de los síntomas de TEPT, mientras que Reich et al. (2015) hallaron que esta relación se ve modulada por el tipo de abuso sufrido, de forma que, a mayores niveles de agresión física, mayor la autoculpabilización y la sintomatología TEPT (Reich et al., 2015). Por otro lado, Srinivas y DePrince (2015) encontraron una relación positiva entre la ausencia de apoyo social, mayores cogniciones de autoculpabilización y de sintomatología de TEPT. Por último, en consonancia con lo planteado por Hebenstreit et al. (2015), que refiere que la culpa se asocia de manera diversa con los distintos perfiles del TEPT, Tran y Beck (2019) encontraron que la autoculpabilización se relacionó positivamente con el distrés relacionado con el trauma ($r=.22$, $p<.01$), así como con los síntomas específicos del TEPT como el distrés ($r=.46$, $p<.001$) y la hiperactivación fisiológica ($r=.28$ $p<.001$).

Por otro lado, se encontraron relaciones positivas entre la emoción de culpa relacionada con el trauma y el TEPT en víctimas de VDG en tres de los estudios analizados (Kubany et al., 1995; Street et al., 2005; Taccini et al., 2024). Kubany et al. (1995) encontraron que la culpa relacionada con el evento traumático explica un 44% de la varianza de los sentimientos de culpa

global en la muestra y se relaciona significativamente con los síntomas de TEPT. Asimismo, Street et al. (2005) encontraron un efecto directo de la culpa en el TEPT ($r=.53$, $p<.01$) e indirecto, por el cual la culpa relacionada con el trauma y las estrategias de evitación explican el 39% de la varianza de la sintomatología del TEPT cuando esta se relaciona con la vivencia de experiencias traumáticas durante la infancia. En la misma línea, Taccini et al. (2024) encontraron que la culpa parece explicar un 36.2% de la varianza en la sintomatología de TEPT y, en consonancia con Reich et al. (2015), esta relación se ve influida por el tipo de abuso sufrido. Además, Flicker et al. (2012) encontraron que la autoculpabilización como estrategia de afrontamiento se relaciona directamente con la sintomatología de TEPT, de acuerdo con la literatura anterior (Allard et al., 2018; Krause-Utz et al., 2023).

En contraste con los resultados anteriores, se han identificado 3 estudios que no encuentran relaciones directas entre culpa y TEPT (Beck et al., 2011, 2015; DePrince et al., 2011; Majeed et al., 2021). En primer lugar, el estudio de Beck et al. (2011) concluye que la culpa emocional global no se relacionaría directamente con el TEPT, pero sus componentes individuales (distrés y creencias sobre lo que debería haber pasado) sí lo hacen. En segundo lugar, Beck et al. (2015) estudian la culpa como variable independiente de la autoculpabilización señalando que la culpa asociada al trauma no se relaciona directamente con el TEPT, pero sí la autoculpabilización. Además, los autores concluyen que culpa se relaciona positivamente con determinados síntomas del TEPT (Beck et al., 2015). Asimismo, DePrince et al. (2011) encontraron que el TEPT y la autoculpabilización no mostraban relaciones significativas, mientras que la autoculpabilización sí se relacionaba con los síntomas de depresión al controlar las variables relacionadas con las características del incidente y el apoyo social. En este sentido, Majeed et al. (2021), que encuentran una tendencia a tener mayores niveles de autoculpabilización cuando existe un diagnóstico de TEPT, aunque esta relación no se muestra significativa, plantean que los pensamientos negativos postraumáticos como la autoculpabilización podrían ser un factor de mantenimiento transdiagnóstico para la depresión y el TEPT, de forma que se puede plantear que la relación entre TEPT y culpa en este caso pueda estar siendo enmascarada por la relación con la depresión.

En relación con los resultados comentados y contrastándolos con la literatura anterior, teniendo en cuenta que la relación entre TEPT y culpa está sólidamente establecida en víctimas de trauma (Kennedy y Prock, 2018; Kip et al., 2022; Shi et al., 2021), cabría la posibilidad de plantear que esta relación esté siendo enmascarada por el efecto de otras variables. Atendiendo a las conclusiones de otros autores, como Shi et al. (2021), estos resultados podrían explicarse teniendo en consideración que el enfoque utilizado para evaluar la culpa influye en los

resultados en relación con el TEPT. Asimismo, la relación hallada entre la autculpabilización y determinados síntomas del TEPT, pero no con el TEPT en general, podría ser explicada por la hipótesis propuesta por Hebenstreit et al. (2015) que plantean que la culpa se relaciona de forma diversa según el clúster de síntomas de TEPT que se esté evaluando y el método utilizado para estudiar la culpa. No obstante, la ausencia del estudio detallado de los síntomas no permite hacer estas inferencias con seguridad, siendo, por tanto, importante que se puedan abordar en futuras investigaciones.

Los planteamientos propuestos a lo largo de los años para explicar por qué la culpa y el TEPT parecen estar tan relacionados en las víctimas de VDG plantean que la víctima tiende a autculpabilizarse como estrategia para mantener el vínculo con su agresor, lo que acaba provocando fuerte síntomas de estrés y evitación que llevarían en última instancia al TEPT (Allard et al., 2018). Asimismo, otros autores han propuesto que la autculpabilización está presente en las víctimas de VDG como factor protector para aumentar el control percibido de la situación de violencia (Bakaitytė et al., 2022), aunque los resultados expuestos no parecen corroborar esta hipótesis. Además, , según el modelo de Ehlers y Clark (2000), la interpretación sobre el papel que la víctima juega en el evento de violencia guarda una estrecha relación con el TEPT, de manera que la responsabilización de la situación de maltrato y el hecho de que no existan soluciones al problema que no pasen por un curso de acción con resultados negativos (e. g. que su pareja acabe en la cárcel o que continúe agrediéndola toda la vida) hacen que las emociones de culpa relacionada con el evento se relacionen estrechamente con la VDG (Kubany y Watson, 2003) y que funcionen como mantenedoras del TEPT (Kennedy y Prock, 2018; Krause-Utz et al., 2023; Valdez y Lilly, 2021).

4.2 Variables mediadoras de la relación entre culpa y TEPT

En relación al segundo objetivo específico, en los estudios incluidos en la presente revisión se han identificado distintas variables que podrían modular la relación entre la culpa y el TEPT en víctimas de VDG. Por un lado, las variables que han arrojado resultados consistentes han sido (1) el apoyo social, (2) la exposición previa a eventos traumáticos y (3) las características sociodemográficas de la muestra. Por el otro lado, las variables que han presentado resultados contradictorios han sido (1) el tipo de abuso sufrido, (2) el tiempo transcurrido y (3) el estilo de afrontamiento.

En primer lugar, el apoyo social demostró tener un efecto moderador significativo en la relación entre culpa y TEPT (Din et al., 2010; Flicker et al., 2012; Srinivas y DePrince, 2015). Dicha relación se estableció de dos formas, por un lado, la ausencia de apoyo social aumentaba la

sintomatología de TEPT y la autculpabilización (Flicker et al., 2012; Srinivas y DePrince, 2015) y, por otro lado, el apoyo social se relacionó directa y negativamente con la sintomatología de TEPT, ya que explicaba el 14% de la varianza total de los síntomas. Estos resultados coinciden con los de la literatura anterior, que plantean que la culpa y el TEPT se relacionan negativamente con el apoyo social (Kennedy y Prock, 2018).

En segundo lugar, la vivencia de eventos traumáticos previos a la VDG ha sido identificada en el pasado como uno de los factores de riesgo que predicen la aparición de síntomas relacionados con el TEPT, como la disociación, la ansiedad y la culpa (Babcock y DePrince, 2012; Valdez y Lilly, 2021). Estos resultados coinciden con los obtenidos en el presente estudio, que indican que la exposición a eventos traumáticos se relaciona con el TEPT a través de las cogniciones de culpa (Street et al., 2005), así como la exposición a eventos estresantes se relaciona positivamente con la evaluación y emoción postraumática negativa y esta a su vez con el TEPT (Tran y Beck, 2019).

En tercer lugar, respecto a las características sociodemográficas, estudios anteriores han planteado que existe una tendencia a experimentar una mayor culpabilidad en los países del oeste, acompañada de una mayor tendencia a sufrir TEPT (Shi et al., 2021). Además, se han encontrado mayores tasas de culpabilización en mujeres con bajos ingresos que viven en culturas asociadas a la sumisión (Al-Modallal, 2012), así como existe una tendencia general a mostrar más culpabilidad y TEPT en mujeres en situaciones de riesgo, como las mujeres sin techo o migrantes (Kennedy y Prock, 2018). Estos resultados contrastan con los obtenidos en la presente investigación, puesto que ninguno de los dos estudios que ha estudiado el efecto de las características sociodemográficas en la interacción culpa-TEPT ha arrojado resultados significativos (DePrince et al., 2011; Srinivas y DePrince, 2015), aunque Srinivas y DePrince (2015) encontraron una relación significativa entre TEPT y el nivel socioeconómico que desapareció al incluir la culpa en el modelo de regresión. Por otro lado, los resultados obtenidos por DePrince et al. (2011) y Srinivas y DePrince (2015) respecto a la edad replican las conclusiones de Shi et al. (2021) que plantean que no existen diferencias significativas en culpa o TEPT en función de la edad.

En cuarto lugar, según los metaanálisis realizados por Kip et al. (2022) y Shi et al. (2021), el tipo de trauma sufrido modula la relación entre el TEPT y la culpa, mostrando una mayor tendencia a la autculpabilización las víctimas de guerra y de trauma interpersonal. Asimismo, Kip et al. (2022) encontraron que el trauma relacionado con la salud o el dolor físico es un predictor de la culpa. Estos resultados han sido parcialmente replicados en aquellos obtenidos

por Reich et al. (2015) y Taccini et al. (2024), que encontraron que la vivencia de relaciones de pareja donde hubo violencia sexual, heridas y/o violencia física se relacionaron con mayores puntuaciones de culpa y TEPT. En contraste, se encontró en el estudio de Beck et al. (2011) que el tipo de abuso psicológico sufrido no afecta a la relación entre TEPT y culpa, al mismo tiempo que Din et al. (2010) no encontraron efectos significativos del tipo de conducta violenta (psicológica, física o sexual) en la sintomatología de TEPT o en la culpa.

En quinto lugar, según el metaanálisis de Kip et al. (2022), el tiempo transcurrido desde el suceso no es significativo para la interacción entre la culpa y el TEPT. En este sentido, Tran y Beck (2019) encontraron una tendencia a experimentar menos culpabilidad cuanto más tiempo ha pasado desde el evento traumático que no fue significativa. Además, DePrince et al. (2011) encontraron relaciones entre el paso del tiempo con la ira y la sintomatología del TEPT, pero no con la autoculpabilización. Estos efectos pueden deberse al hecho de que la sintomatología TEPT y por lo tanto su relación con la culpa son estables en el tiempo, característica que también tendría sentido atendiendo al criterio temporal necesario para el diagnóstico del TEPT (APA, 2022).

En sexto lugar, existen estilos de afrontamiento específicos que se relacionan tanto con la sintomatología del TEPT como con la culpa. Por ejemplo, existe una amplia literatura que ha establecido la relación entre la evitación y las creencias negativas sobre uno mismo y sobre el mundo en las personas con diagnóstico de TEPT (Babcock y DePrince, 2012; Kubany y Watson, 2003). Por un lado, Krause-Utz et al. (2023) plantean que el uso de la autoculpabilización como estilo de afrontamiento incrementa los síntomas del TEPT, frente a Bakaitytė et al. (2022) que relaciona la autoculpabilización con el crecimiento postraumático. En este sentido, los resultados obtenidos en la presente revisión apuntan a que la autoculpabilización, la desvinculación y la negación aumentan los síntomas de TEPT (Flicker et al., 2012), mientras que el optimismo explicaría un 11% de la sintomatología del TEPT (Din et al., 2010). Estos resultados podrían explicarse de diversas formas, por un lado, la autoculpabilización podría conllevar a un aumento del distrés y la sintomatología TEPT ejerciendo el papel de factor de mantenimiento, más que de crecimiento traumático (Hebenstreit et al., 2015). Asimismo, la negación como forma de represión emocional puede relacionarse con la disociación (Dorahy et al., 2007) que puede presentarse como un síntoma de TEPT. Finalmente, el optimismo puede relacionarse con un afrontamiento adaptativo y la búsqueda de soluciones, contribuyendo a disminuir el distrés percibido (Din et al., 2010).

4.3 Influencia del tipo de enfoque utilizado para definir la culpa

Finalmente, respecto al tipo de enfoque elegido para abordar la culpa (cognitivo, emocional o de afrontamiento) (objetivo específico tres) es posible sugerir que no se han encontrado diferencias en su relación con el TEPT. En general, tanto la culpa considerada como una evaluación postraumática negativa (Din et al., 2010; Reich et al., 2015; Srinivas y DePrince, 2015; Tran y Beck, 2019), como una experiencia emocional (Kubany et al., 1995; Street et al., 2005; Taccini et al., 2024) o un tipo de afrontamiento (Flicker et al., 2012) ha reflejado una relación significativa positiva con la sintomatología TEPT.

Bajo nuestro conocimiento y hasta la fecha, esta es la primera revisión que busca comparar si el enfoque de la culpa (cognitivo, emocional o de afrontamiento) tiene efectos en la relación de esta con el TEPT. En este sentido, los resultados obtenidos parecen indicar que todos los enfoques de la culpa están relacionados con el TEPT en víctimas de VDG. No obstante, cabe destacar que una gran parte de los estudios analizados consideran solo la autculpabilización como representación de la culpa, de manera que la mayor cantidad de información disponible sobre esta variable podría estar enmascarando la diferencia entre los distintos enfoques de la culpa. En este sentido, sería conveniente plantear una comparación cuantitativa entre estos enfoques en un futuro, de manera que se pueda evaluar de forma precisa si esta variable ejerce un efecto significativo o no.

Asimismo, tal como indican Hebenstreit et al. (2015), Janoff-Bulman (1979) y Shi et al. (2021), sería interesante analizar el efecto que tiene la medida de la culpa en los resultados obtenidos, puesto que dependiendo de qué tipo de culpa estemos analizando. No obstante, de los artículos analizados, solo uno compara las relaciones entre los distintos tipos de culpa (Kubany et al., 1995), indicando que los componentes de la culpa como bloque global predicen un 44% de la varianza de la culpa relacionada con el evento, siendo más efectivas en la predicción de la severidad de la culpa que los componentes de la culpa como rasgo. Estos resultados irían en línea con las aportaciones de Shi et al. (2021), que plantean que la culpa contextual no tendría relación con el TEPT, mientras que la culpa relacionada con el trauma sí. No obstante, no es posible extraer conclusiones sobre este objetivo, dado que solo uno de los doce artículos analiza esta variable.

5 Implicaciones para la práctica clínica y futuras líneas de investigación

Los resultados de la presente revisión demuestran la existencia de vacíos importantes en la literatura que estudia la relación de la culpa y el TEPT en víctimas de VDG en la pareja. En primer lugar, cabe destacar la falta de estudios que revisen los efectos que tiene la culpa en la

interacción entre la culpa y el TEPT, siendo fundamental investigarlos en un futuro para poder plantear tratamientos que atiendan a las necesidades de todas las poblaciones. Por ejemplo, estudios anteriores encuentran que determinados factores culturales como la pertenencia a sociedades interdependientes o individualistas tienen efectos en el desarrollo de emociones como la culpa (Shi et al., 2021), así como la influencia de las creencias religiosas (Al-Modallal, 2012; Kennedy y Prock, 2018). Futuras investigaciones deberían examinar estos efectos de manera cuantitativa.

Asimismo, teniendo en cuenta que un 24% de las mujeres de entre 15 y 19 años han experimentado episodios de violencia física o sexual dentro de la pareja en el último año (Sardinha et al., 2024), se deberían realizar estudios que incluyan muestras de mujeres adolescentes. En la presente investigación, no se han encontrado efectos significativos de la edad en los síntomas de TEPT y la culpa (DePrince et al., 2011; Srinivas y DePrince, 2015), no obstante, ninguna de las muestras incluía mujeres menores de edad y estas, teniendo en cuenta el contexto cultural y la etapa de desarrollo, podrían presentar diferencias con respecto a las mujeres más mayores.

Por otro lado, teniendo en consideración los resultados diferenciales en las puntuaciones de culpa según los síntomas concretos de TEPT con los que se relacionaban (Hebenstreit et al., 2015; Tran y Beck, 2019), se plantea la necesidad de estudiar en profundidad estas relaciones y establecer relaciones claras entre los distintos síntomas y la culpa. Este factor es relevante puesto que, según el modelo de Prochaska y DiClemente (2005) el tratamiento de la sintomatología sigue un proceso gradual y conocer la relación entre los distintos síntomas y factores relacionados con el problema, ayuda a identificar en qué variables es necesario intervenir, en qué momento y qué barreras pueden estar presentes para el momento concreto en el que se encuentra el paciente, haciendo que abordarlas sea más efectivo.

Además, teniendo en cuenta las diferencias en los enfoques utilizados para la evaluación de la culpa, sería conveniente plantear una comparación cuantitativa entre estos enfoques de manera que se pueda evaluar de manera precisa si esta variable ejerce un efecto significativo o no y si existen realmente diferencias entre los distintos componentes de la culpa (cognitivo, emocional y de afrontamiento).

Finalmente, teniendo en cuenta todos los resultados recogidos en la muestra, se hace necesario revisar y actualizar los protocolos de intervención, de manera que no solo se aborde la culpa desde una perspectiva cognitiva, sino también emocional. Desde esta perspectiva, diversos estudios han indicado la relación entre la autocompasión y la culpa (Etemadi y Dehshiri,

2024; Li et al., 2024; Müller-Engelmann et al., 2024) en víctimas de VDG (Cabrera et al.2021). Por ello, se hace necesario utilizar nuevos modelos terapéuticos como la terapia centrada en la compasión (Gilbert, 2015), que se enfoca específicamente en personas cuyo alto nivel de autocritica y culpa no les permiten mejorar con la terapia cognitivo-conductual (Kolts, 2020) y evaluar su eficacia en víctimas de VDG para poder adaptar este modelo a esta población específica (Shi et al., 2021).

6 Limitaciones de los hallazgos

Los hallazgos anteriormente expuestos no se hallan exentos de limitaciones. En primer lugar, algunos de los estudios utilizados para el análisis de los resultados tienen un tamaño de muestra pequeño (Beck, 2011, Din, Kubany y Street), factor que podría estar influyendo en la magnitud del efecto de las relaciones analizadas (Kubany et al., 1995). Asimismo, se presentan diversas limitaciones en cuanto a la posibilidad de generalizar los hallazgos a distintas muestras. Por un lado, la mayoría de los estudios incluidos se han realizado en EE.UU y, a pesar de que se ha descrito la procedencia de las participantes, la mayoría de las muestras estaban compuestas por mujeres caucásicas, de manera que no existiría ningún estudio que evalúe la interacción que pueden tener los efectos de la cultura de origen y del propio país donde se vive en el desarrollo del TEPT o la predisposición a la culpa, a pesar de saber que esta puede ser una variable relevante (Al-Modallal, 2012). Por otro lado, la mayoría de los estudios se han realizado con muestras compuestas por mujeres que buscan ayuda o forman parte de algún recurso de protección, factor que podría influir en los resultados al existir una cierta predisposición a la búsqueda de ayuda e incluso un uso de estrategias de afrontamiento más adaptativas y menos tendentes a la autoculpabilización (Bakaitytė et al., 2022).

Además, en cuanto a la población, se han identificado distintos vacíos en la literatura, como la ausencia de estudios sensibles a la diversidad de orientación e identidad de género, factor que ha mostrado ser relevante puesto que las personas del colectivo LGTBIQ+ mostrarían mayores tendencias a la autoculpabilización, frente a las personas heterosexuales (Babcock y DePrince, 2012; Jewkes et al., 2022). Asimismo, no se han encontrado estudios que hayan incluido muestra adolescente (menores de 18).

En cuanto a las características metodológicas y estadísticas de los artículos incluidos en la revisión, no todos los estudios incluidos tienen en cuenta la posible interacción entre las variables sociodemográficas, la sintomatología TEPT y la culpa. La mayoría de los estudios incluidos se limita a describir la muestra, lo cual podría ser una limitación a la hora de controlar la influencia de variables extrañas. Asimismo, se han utilizado cuestionarios no estandarizados

para la evaluación del episodio de VDG o con baja calidad psicométrica, de manera que los resultados obtenidos y analizados podrían presentar un sesgo. Por último, todos los estudios incluidos son de tipo transversal y no realizan comparaciones entre distintas muestras, lo que imposibilita el establecimiento de relaciones causales.

7 Conclusiones

En resumen, en la presente revisión se han incluido 12 estudios que han explorado la relación entre la culpa y el TEPT en víctimas de VDG, encontrando una conexión significativa, aunque con ciertos matices. La autoculpabilización ha demostrado ser un factor clave en el mantenimiento del TEPT, modulada por variables como el tipo de abuso sufrido y el apoyo social. Algunos estudios han evidenciado que la culpa relacionada con el trauma explica una parte considerable de la sintomatología del TEPT, mientras que otros no han hallado una relación directa, sugiriendo que factores como la depresión pueden enmascarar esta asociación. Además, la manera en que se evalúa la culpa influye en los resultados, lo que sugiere la necesidad de enfoques más detallados en futuras investigaciones.

Por otro lado, se han identificado variables mediadoras en la relación culpa-TEPT, como el apoyo social, la exposición a eventos traumáticos previos y características sociodemográficas. Aunque algunas variables, como el tipo de abuso y el tiempo transcurrido desde el evento traumático, han mostrado resultados inconsistentes, el apoyo social ha demostrado tener un efecto amortiguador sobre la sintomatología del TEPT. Además, la revisión destaca la importancia de analizar distintos enfoques sobre la culpa (cognitivo, emocional o de afrontamiento) y su impacto en el TEPT. Asimismo, se destaca la necesidad de incluir perspectivas culturales y analizar la diferencia entre distintos grupos étnicos en futuras investigaciones, así como la actualización de los protocolos de intervención para abordar la culpa desde una perspectiva tanto cognitiva como emocional.

Finalmente, los hallazgos expuestos en el presente estudio son esenciales para el progreso en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 (ONU, 2015). En particular, estos hallazgos son especialmente relevantes para los objetivos de salud (Objetivo 3) y de igualdad de género (Objetivo 5), ya que mejoran la comprensión de la psicopatología del TEPT en la población específica de víctimas de VDG y plantean nuevas formas para optimizar los protocolos de intervención actuales, para así garantizar el acceso a una vida sana y promover el bienestar de forma igualitaria y con perspectiva de género.

8 Referencias

- Aguirre D, P., Cova S, F., Domarchi G, M. P., Garrido C, C., Mundaca Ll, I., Rincón G, P., Troncoso V, P., y Vidal S, P. (2010). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 48(2), 114-122. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272010000300004>
- Allard, C. B., Norman, S. B., Thorp, S. R., Browne, K. C., y Stein, M. B. (2018). Mid-Treatment reduction in trauma-related guilt predicts PTSD and functioning following cognitive trauma therapy for survivors of intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 33(23), 3610-3629. <https://doi.org/10.1177/0886260516636068>
- Al-Modallal, H. (2012). Psychological partner violence and women's vulnerability to depression, stress, and anxiety. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(6), 560-566. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00826.x>
- American Psychiatric Association, A. (2022). *DSM-5-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: Texto revisado* (5ª). Editorial Médica Panamericana.
- Aprigio, I., y Gauer, G. (2024). The centrality of humiliation in complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Trauma and Dissociation*, 25(5), 674-690. Scopus. <https://doi.org/10.1080/15299732.2024.2383182>
- Aromataris, E. (2020). *JBI manual for evidence synthesis*. Munn Z Editors. <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>
- Babcock, R. L., y DePrince, A. P. (2012). Childhood betrayal trauma and self-blame appraisals among survivors of intimate partner abuse. *Journal of Trauma and Dissociation*, 13(5), 526-538. Scopus. <https://doi.org/10.1080/15299732.2012.694842>
- Bakaitytė, A., Puente-Martínez, A., Ubilos-Landa, S., y Žukauskienė, R. (2022). Path to posttraumatic growth: The role of centrality of event, deliberate and intrusive rumination, and self blame in women victims and survivors of intimate partner violence. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1018569>

- Bean, J., y Möller, A. T. (2002). Posttraumatic stress and depressive symptomatology in a sample of battered women from South Africa. *Psychological Reports*, 90(3), 750-752. <https://doi.org/10.2466/pr0.2002.90.3.750>
- Beck, J. G., McNiff, J., Clapp, J. D., Olsen, S. A., Avery, M. L., y Hagewood, J. H. (2011). Exploring negative emotion in women experiencing intimate partner violence: shame, guilt, and PTSD. *Behavior Therapy*, 42(4), 740-750. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.04.001>
- Beck, J. G., Reich, C. M., Woodward, M. J., Olsen, S. A., Jones, J. M., y Patton, S. C. (2015). How do negative emotions relate to dysfunctional posttrauma cognitions? An examination of interpersonal trauma survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(1), 3-10. <https://doi.org/10.1037/a0032716>
- Berger, A. H. (1998). *Post-traumatic themes and symptoms in formerly battered women* (PQDT:64679620). [Tesis doctoral, Universidad de Duke]. ProQuest Dissertations & Theses Global.
- Brown, L. E. (2015). *Women's intimate partner violence experiences and health and vocational outcomes: The role of trauma appraisals* (PQDT:68801055). [Tesis doctoral, Universidad de Oregon]. ProQuest Dissertations & Theses Global.
- Bryngersdottir, H. S., y Halldorsdottir, S. (2022). "I'm a winner, not a victim": the facilitating factors of post-traumatic growth among women who have suffered intimate partner violence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph19031342>
- Cabrera, K. B., Benz, M. B., Kline, N. K., y Reed, K. M. P. (2021). Shame, self-Compassion, and valued living among survivors of interpersonal violence. *Mindfulness*, 12(9), 2207-2217. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01676-8>
- Calvete, E., Estévez, A., y Corral, S. (2007). Trastorno por estrés postraumático y su relación con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres maltratadas. *Psicothema*, 19(3), 446-451.
- Campbell, J., Jones, A. S., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P., Gielen, A. C., y Wynne, C. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences.

- Archives of Internal Medicine*, 162(10), 1157-1163.
<https://doi.org/10.1001/archinte.162.10.1157>
- Campbell, J., y Lewandowski, L. A. (1997). Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. *Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 353-374.
[https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70317-8](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70317-8)
- Caponnetto, P., Lenzo, V., Sardella, A., Prezzavento, G. C., Casu, M., y Quattropani, M. C. (2024). Breaking the silence: exploring peritraumatic distress and negative emotions in male and female physical domestic violence victims. *Health Psychology Research*, 12. Scopus. <https://doi.org/10.52965/001c.92900>
- DePrince, A. P., Chu, A. T., y Pineda, A. S. (2011). Links between specific posttrauma appraisals and three forms of trauma-related distress. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(4), 430-441. <https://doi.org/10.1037/a0021576>
- Din, N. C., Bee, S. S., Subramaniam, P., y Oon, N. L. (2010). The prevalence and factors influencing posttraumatic stress disorders (PTSD) among help-seeking women experiencing domestic violence in Malaysia. *Asean journal of psychiatry*, 11(2), 158-170.
- Dodson, T. S., y Beck, J. G. (2017). Posttraumatic stress disorder symptoms and attitudes about social support: Does shame matter? *Journal of anxiety disorders*, 47, 106-113.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.01.005>
- Dorahy, M. J., Lewis, C. A., y Wolfe, F. A. M. (2007). Psychological distress associated with domestic violence in Northern Ireland. *Current Psychology*, 25(4), 295-305.
- Ehlers, A., y Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00123-0)
- Fàbregues, S., y Serra, V. (2019). *La evaluación de la calidad de los estudios incluidos en revisiones sistemáticas*.
<https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/148520/3/LaEvaluacionDeLaCalidadDeLosEstudiosIncluidosEnRevisionesSistematicas.pdf>
- Flicker, S. M., Cerulli, C., Swogger, M. T., y Talbot, N. L. (2012). Depressive and posttraumatic symptoms among women seeking protection orders against intimate partners: relations to

- coping strategies and perceived responses to abuse disclosure. *Violence Against Women*, 18(4), 420-436. <https://doi.org/10.1177/1077801212448897>
- Gilbert, P. (2015). *Teoría Centrada en la Compasión. Características distintivas*. Desclée de Brower.
- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14(2), 99-132. <https://doi.org/10.1023/A:1022079418229>
- Hebenstreit, C. L., Maguen, S., Koo, K. H., y Deprince, A. P. (2015). Latent profiles of PTSD symptoms in women exposed to intimate partner violence. *Journal of Affective Disorders*, 180, 122-128. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.03.047>
- Howell Dwyer, M. L. (2010). *It's all my fault: A mediational model of shame, guilt, posttraumatic stress disorder and depression in a sample of battered women* (PQDT:53861968) [Tesis doctoral, Universidad de Saint Louis]. ProQuest Dissertations & Theses Global.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2024). *Estadística de violencia doméstica y violencia de género*. Instituto Nacional de Estadística (INE). https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176866&menu=ultiDatos&idp=1254735573206
- Janoff-Bulman, R. (1979). Characterological versus behavioral self-blame: inquiries into depression and rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(10), 1798-1809. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.37.10.1798>
- Jewkes, R., Mhlongo, S., Chirwa, E., Seedat, S., Myers, B., Peer, N., Garcia-Moreno, C., Dunkle, K., y Abrahams, N. (2022). Pathways to and factors associated with rape stigma experienced by rape survivors in South Africa: Analysis of baseline data from a rape cohort. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 29(1), 328-338. <https://doi.org/10.1002/cpp.2637>
- Jones, J.M. (2015). *The association between negative self-based emotions and social support on mental health functioning: The consequences of intimate partner violence*

- (PQDT:48838161). [Tesis doctoral, Universidad de Memphis]. ProQuest Dissertations & Theses Global.
- Juli, M. R. (2014). The presence of depression in women who are victims of violence. The experiences of anti violence centers in the region of Calabria. *Psychiatria Danubina*, 26 Suppl 1, 97-102.
- Kennedy, A. C., y Prock, K. A. (2018). "I still feel like I am not normal": a review of the role of stigma and stigmatization among female survivors of child sexual abuse, sexual assault, and intimate partner violence. *Trauma, Violence, and Abuse*, 19(5), 512-527. <https://doi.org/10.1177/1524838016673601>
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J.-P., Levinson, D., ... Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup5), 1353383. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
- Kip, A., Diele, J., Holling, H., y Morina, N. (2022). The relationship of trauma-related guilt with PTSD symptoms in adult trauma survivors: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 52(12), 2201-2211. <https://doi.org/10.1017/S0033291722001866>
- Kita, S., Zonp, Z., y Saint Arnault, D. (2023). Initial testing of components of the cultural determinants of trauma recovery (CDTR) theory amongst american gender-based violence survivors: structural equation modelling. *Journal of Advanced Nursing*, 79(4), 1476-1492. <https://doi.org/10.1111/jan.15331>
- Kolts, R. L. (2020). *Manual clínico de Terapia Centrada en la Compasión* (1ª). Desclée de Brouwer.
- Krause-Utz, A., Černáková, R., Hoogenboom, W., Schulze, A., Büttner, S., Demirelli, Z., Mouthaan, J., van Schie, C. C., Garnefski, N., y Kraaij, V. (2023). Psychological factors linked to intimate partner violence and childhood maltreatment: on dissociation as a

- possible bridge symptom. *Journal of Interpersonal Violence*, 38(21-22), 11400-11428.
<https://doi.org/10.1177/08862605231181377>
- Kubany, E. S., Abueg, F. R., Owens, J. A., Brennan, J. M., Kaplan, A. S., y Watson, S. B. (1995). Initial examination of a multidimensional model of trauma-related guilt: Applications to combat veterans and battered women. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 17(4), 353-376. <https://doi.org/10.1007/BF02229056>
- Kubany, E. S., y Watson, S. B. (2003). Guilt: elaboration of a multidimensional model. *The Psychological Record*, 53, 51-90.
- Lahav, Y., Talmon, A., Ginzburg, K., y Spiegel, D. (2019). Reenacting past abuse—identification with the aggressor and sexual revictimization. *Journal of Trauma and Dissociation*, 20(4), 378-391. <https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1572046>
- Leite dos Santos, C. (2019). Psychic damage. *Foro-revista de ciencias jurídicas y sociales. Nuevaépoca*, 22(1), 255-265. <https://doi.org/10.5209/foro.66649>
- Leskošek, V. (2013). The health condition of female victims of violence. *Zdravstveno Varstvo*, 52(2), 148-156. <https://doi.org/10.2478/sjph-2013-0016>
- Levine, A. R. (2011). *Intimate partner violence typology, self-blame, depression and PTSD among homeless women* (PQDT:68963421). [Tesis doctoral, Universidad de Windsor]. ProQuest Dissertations & Theses Global.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género., BOE num. 313. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2004/12/28/1/con>
- Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual, BOE num. 215. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2022-14630>
- Majeed, R., Lipinski, A. J., Free, B. L., Lewin, R. K., y Beck, J. G. (2021). The role of negative cognitions in co-occurring posttraumatic stress disorder and depression: examination of interpersonal and noninterpersonal trauma survivors. *Journal of Clinical Psychology*, 77(3), 755-769. <https://doi.org/10.1002/jclp.23056>
- Mellen, E. J., y Hatzenbuehler, M. L. (2023). Sexual violence-related stigma, mental health, and treatment-seeking: a multimodal assessment in a population-based study of young adults.

- Journal of Interpersonal Violence*, 38(19-20), 11243-11271.
<https://doi.org/10.1177/08862605231179715>
- Messing, J. T., Thaller, J., y Bagwell, M. (2014). Factors related to sexual abuse and forced sex in a sample of women experiencing police-involved intimate partner violence. *Health & Social Work*, 39(3), 181-191. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlu026>
- Ministerio de Igualdad. (2022). *Encuesta de violencia de género 2022 (EEVG 2022)*. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/EEVG_2022.pdf
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España. (2003). *Violencia Doméstica*. https://www.sanidad.gob.es/ca/ciudadanos/violencia/docs/VIOLENCIA_DOMESTICA.pdf
- Moreno, B., Muñoz, M., Cuellar, J., Domancic, S., y Villanueva, J. (2018). Revisiones Sistemáticas: definición y nociones básicas. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, 11(3), 184-186.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. OHCHR. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2015). *Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Naciones Unidas. <https://sdgs.un.org/es/goals>
- Naismith, I., Ripoll-Nuñez, K., y Henao, G. B. (2024). Depression, anxiety, and posttraumatic stress disorder following intimate partner violence: the role of self-criticism, guilt, and gender beliefs. *Violence Against Women*, 30(3-4), 791-811.
<https://doi.org/10.1177/10778012221142917>
- Norman, S. B., Wilkins, K. C., Myers, U. S., y Allard, C. B. (2014). Trauma informed guilt reduction therapy with combat veterans. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(1), 78-88. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.08.001>
- Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). (2022). *Asesinatos de mujeres y niñas por parte de su pareja u otros miembros de la familia*. Oficina de Naciones Unidas

- contra la Droga y el Delito (UNODC). https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/crime/UNODC_BriefFemicide_ESP_CA.pdf
- Ogińska-Bulik, N., y Michalska, P. (2021). The mediating role of cognitive processing in the relationship between negative and positive effects of trauma among female victims of domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(23-24), 12898-12921. <https://doi.org/10.1177/0886260520903141>
- Olsen, S. A. (2013). *Cognitive appraisals in the maintenance of Posttraumatic Stress Disorder and depression: Examining the aftermath of intimate partner violence* (PQDT:54067571). [Tesis doctoral, Universidad de Memphis]. ProQuest Dissertations & Theses Global.
- Organización Mundial de la Salud, (OMS). (2013). *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: Prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud: resumen de orientación* (WHO/RHR/HRP/13.06). Article WHO/RHR/HRP/13.06. <https://iris.who.int/handle/10665/85243>
- Organización Mundial de la Salud, (OMS). (2021). *Violencia contra la mujer*. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women?utm_source=chatgpt.com
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *Systematic Reviews*, 10(1), 89. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01626-4>
- Prochaska, J. O., y DiClemente, C. C. (2005). The transtheoretical approach. En *Handbook of psychotherapy integration*, 2nd ed (pp. 147-171). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195165791.003.0007>
- Reich, C. M., Jones, J. M., Woodward, M. J., Blackwell, N., Lindsey, L. D., y Beck, J. G. (2015). Does self-blame moderate psychological adjustment following intimate partner violence?

- Journal of Interpersonal Violence*, 30(9), 1493-1510.
<https://doi.org/10.1177/0886260514540800>
- Reyes, M. E., Simpson, L., Sullivan, T. P., Contractor, A. A., y Weiss, N. H. (2023). Intimate partner violence and mental health outcomes among hispanic women in the United States: a Scoping Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(2), 809-827.
<https://doi.org/10.1177/15248380211043815>
- Richmond, K., Geiger, E., y Reed, C. (2013). The personal is political: A feminist and trauma-informed therapeutic approach to working with a survivor of sexual assault. *Clinical Case Studies*, 12(6), 443-456. <https://doi.org/10.1177/1534650113500563>
- Salvador-Olivan, J. A., Marco-Cuenca, G., y Arquero-Avilés, R. (2018). Las revisiones sistemáticas en Biblioteconomía y Documentación: análisis y evaluación del proceso de búsqueda. *Revista Española de Documentación Científica*, 41, 207.
<https://doi.org/10.3989/redc.2018.2.1491>
- Sardinha, L., Yüksel-Kaptanoğlu, I., Maheu-Giroux, M., y García-Moreno, C. (2024). Intimate partner violence against adolescent girls: regional and national prevalence estimates and associated country-level factors. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 8(9), 636-646.
[https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(24\)00145-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(24)00145-7)
- Scheer, J. R. (2018). *Trauma-Informed Care for Sexual and Gender Minority Survivors of Intimate Partner Violence* (PQDT:60916035). [Tipo de trabajo, Nombre de la universidad]. ProQuest Dissertations & Theses Global.
- Selye, H. (1975). Stress and distress. *Comprehensive Therapy*, 1(8), 9-13.
- Shi, C., Ren, Z., Zhao, C., Zhang, T., y Chan, S. H.-W. (2021). Shame, guilt, and posttraumatic stress symptoms: a three-level meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 82, 102443.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102443>
- Shin, K. M., Cho, S.-M., Lee, S. H., y Chung, Y. K. (2014). A pilot prospective study of the relationship among cognitive factors, shame, and guilt proneness on posttraumatic stress disorder symptoms in female victims of sexual violence. *Journal of Korean Medical Science*, 29(6), 831-836. <https://doi.org/10.3346/jkms.2014.29.6.831>

- Siegel, A., Shaked, E., y Lahav, Y. (2024). A complex relationship: intimate partner violence, identification with the aggressor, and guilt. *Violence Against Women*, 30(2), 445-459. <https://doi.org/10.1177/10778012221137917>
- Srinivas, T., y DePrince, A. P. (2015). Links between the police response and women's psychological outcomes following intimate partner violence. *Violence and Victims*, 30(1), 32-48. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-13-00109>
- Street, A. E., Gibson, L. E., y Holohan, D. R. (2005). Impact of childhood traumatic events, trauma-related guilt, and avoidant coping strategies on PTSD symptoms in female survivors of domestic violence. *Journal of Traumatic Stress*, 18(3), 245-252. <https://doi.org/10.1002/jts.20026>
- Szyfer Lipinsky, A., Goldner, L., y Hadar, D. (2024). Predicting psychopathology in jewish ultra-orthodox ipv survivors: a machine learning approach. *Journal of Loss and Trauma*, 29(5), 517-543. <https://doi.org/10.1080/15325024.2023.2280613>
- Taccini, F., Rossi, A. A., y Mannarini, S. (2024). Understanding the role of self-esteem and emotion dysregulation in victims of intimate partner violence. *Family Process*, 63(4), 2258-2275. <https://doi.org/10.1111/famp.12966>
- Tran, H. N., y Beck, J. G. (2019). Are peritraumatic perceptions of fear/life threat and posttraumatic negative self-conscious appraisals/emotions differentially associated with ptsd symptoms? *Cognitive Therapy and Research*, 43(1), 272-283. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9903-z>
- Tran, H. N., Lipinski, A. J., Peter, S. C., Dodson, T. S., Majeed, R., Savage, U. C., y Beck, J. G. (2019). The association between posttraumatic negative self-conscious cognitions and emotions and maladaptive behaviors: does time since trauma exposure matter? *Journal of Traumatic Stress*, 32(2), 249-259. <https://doi.org/10.1002/jts.22388>
- Tummala-Narra, P., Kallivayalil, D., Singer, R., y Andreini, R. (2012). Relational experiences of complex trauma survivors in treatment: preliminary findings from a naturalistic study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(6), 640-648. <https://doi.org/10.1037/a0024929>

- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2024). *Femicides in 2023: Global estimates of intimate partner/family member femicides*. United Nations Office on Drugs and Crime. <https://www.unwomen.org/sites/default/files/2024-11/femicides-in-2023-global-estimates-of-intimate-partner-family-member-femicides-en.pdf>
- Valdez, C. E., y Lilly, M. M. (2021). The Effects of Dissociation on Analogue Trauma Symptoms After Trauma Processing Among Women With Varying Histories of Lifespan Victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(13-14), 7596-7618. Scopus. <https://doi.org/10.1177/0886260519829273>
- Walker, L. E. A. (2012). *El Síndrome de la Mujer Maltratada*. Desclée de Brower.
- Weaver, T. L., Elrod, N. M., y Kelton, K. (2020). Intimate partner violence and body shame: an examination of the associations between abuse components and body-focused processes. *Violence Against Women*, 26(12-13), 1538-1554. <https://doi.org/10.1177/1077801219873434>
- Weiss, N. H., Duke, A. A., Overstreet, N. M., Swan, S. C., y Sullivan, T. P. (2016). Intimate partner aggression-related shame and posttraumatic stress disorder symptoms: The moderating role of substance use problems. *Aggressive behavior*, 42(5), 427-440. <https://doi.org/10.1002/ab.21639>

9 Anexos

Anexo 1. Evaluación Del Riesgo De Sesgo

Tabla 4

Aplicación de Plantilla JBI Para Estudios Transversales

N.º	Criterios de inclusión claramente definidos	Población descrita en detalle	Exposición a los factores medida de forma fiable y válida	Se utilizaron criterios objetivos y estandarizados para medir la condición	Se identificaron variables extrañas
1	SI	SI	NO	NO	NO
2	SI	SI	SI	SI	NO
3	SI	SI	SI	SI	SI
4	NO	SI	SI	SI	SI
5	NO	SI	SI	SI	NO
6	SI	SI	SI	SI	NO
7	NO	SI	SI	SI	SI
8	SI	SI	SI	SI	SI
9	SI	SI	SI	SI	SI
10	SI	SI	SI	SI	SI
11	NO	SI	SI	SI	SI
12	SI	SI	SI	SI	SI
13	SI	SI	NE	SI	SI

Continuación Tabla 3.

Aplicación de Plantilla JBI Para Estudios Transversales

N. º	Estrategias para controlar variables extrañas	La medida de los resultados se realizó de una forma válida y fiable	Uso apropiado de técnicas estadísticas	Conclusión
1	NO	NE	SI	EXCLUSIÓN
2	NE	SI	SI	INCLUSIÓN
3	SI	SI	SI	INCLUSIÓN
4	SI	SI	SI	INCLUSIÓN
5	SI	SI	SI	INCLUSIÓN
6	SI	SI	SI	INCLUSIÓN
7	SI	SI	SI	INCLUSIÓN
8	SI	SI	SI	INCLUSIÓN
9	SI	SI	SI	INCLUSIÓN
10	SI	SI	SI	INCLUSIÓN
11	SI	SI	SI	INCLUSIÓN
12	SI	SI	SI	INCLUSIÓN
13	SI	SI	SI	INCLUSIÓN

Nota: "NE" no especifica.