



**Universidad
Europea Valencia**

GRADO EN PSICOLOGÍA

Trabajo Fin De Grado

**EFICACIA DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL Y
LA TERAPIA DE DESENSIBILIZACIÓN Y REPROCESAMIENTO
POR MOVIMIENTOS OCULARES PARA ABORDAR EL
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VÍCTIMAS
DE VIOLENCIA DE GÉNERO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

Presentado por: Paula Herrero Ranchal

Curso: 2023/2024

Directora: Andrea Vázquez Martínez

Convocatoria: Ordinaria

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría mostrar mi más sincero agradecimiento a mi directora, la Dra. Andrea Vázquez Martínez, no solo por su apoyo y orientación para el presente trabajo, sino también por brindarme la inspiración para llevarlo a cabo a través de la asignatura de Victimología que tutorizó el año pasado, la cual resultó ser sumamente gratificante para mí.

A mi tutora de prácticas, Tatiana Carbajo Pavón, por su apoyo constante y por creer en mí incluso en los momentos de mayor frustración. Su aliento fue fundamental para superar los desafíos y fortalecer la confianza en mis habilidades.

Mi agradecimiento a la Asociación de EMDR de España por su valiosa contribución al proporcionarme información relevante y actualizada sobre la investigación y aplicación de la terapia de EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares). Su colaboración ha enriquecido significativamente mi comprensión y práctica en este campo de estudio.

Este trabajo no hubiera sido posible sin la ayuda de mis padres, cuyo apoyo incondicional me ha permitido dedicarle tiempo y esfuerzo al mismo. Han sido un pilar fundamental, realizando diversas tareas y responsabilidades durante las tardes y noches para que yo pudiera concentrarme en mi trabajo. Asimismo, me gustaría hacer especial mención a mi hermana, quien ha sido un respaldo en todo momento.

Resumen

La violencia de género es un desafío social que está generando una creciente preocupación mundial. Las mujeres que sufren violencia de género se ven expuestas a agresiones sexuales, físicas o psicológicas por parte de sus parejas, lo cual puede desencadenar consecuencias graves como el desarrollo del Trastorno de Estrés Posttraumático (TEPT). El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) para tratar el TEPT en víctimas de violencia de género. Se realizó una revisión sistemática de estudios que han aplicado diferentes intervenciones psicológicas para tratar el TEPT en esta población, siguiendo el protocolo PRISMA, desde el mes de noviembre 2023 hasta enero de 2024. Se utilizaron las bases de datos PubMed, APA PsycInfo, Medline y Web of Science. Además, se emplearon descriptores DeCs y Mesh con el operador booleano "AND" y "OR" y las siguientes palabras clave en inglés y español "cognitive behavioral therapy", "post-traumatic stress disorder", "TEPT", "gender violence", "terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares", "EMDR", "TCC", "terapia cognitivo-conductual", "trastorno de estrés posttraumático" y "violencia de género". Se han seleccionado 10 estudios. Los resultados obtenidos evidencian que la Terapia Cognitivo-Conductual y la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares son las intervenciones más eficaces para abordar este trastorno en víctimas de violencia de género. Debido a la escasez de estudios actuales, se necesita más investigación para evaluar qué tan efectivas son ambas terapias para tratar a estas víctimas.

Palabras clave: Revisión Sistemática, Terapia Cognitivo-Conductual, Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares, Trastorno de Estrés Posttraumático, Violencia de Género.

Abstract

Gender violence is a current social challenge that is generating growing concern worldwide. Women who suffer gender violence are exposed to sexual, physical or psychological attacks by their partners, which can trigger serious consequences such as the development of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). The objective of the present study was to evaluate the effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) and the Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy (EMDR) to treat PTSD in victims of gender violence. A systematic review of studies that have applied different psychological interventions to treat PTSD in this population was carried out, following the PRISMA guidelines, from November 2023 to January 2024. The PubMed, APA PsycInfo, Medline and Web of Science databases were used. In addition, DeCs and Mesh descriptors were used with the Boolean operator "AND" and "OR" and the following keywords in English and Spanish "cognitive behavioral therapy", "post-traumatic stress disorder", "PTSD", "gender violence", "eye movement desensitization and reprocessing therapy", "EMDR", "CBT", "cognitive-behavioral therapy", "post-traumatic stress disorder" and "gender violence". Finally, 10 studies have been selected. The results obtained show that Cognitive-Behavioral Therapy and the Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy are the most effective interventions to address this disorder in victims of gender violence. Due to the paucity of current studies, more research is needed to evaluate how effective both therapies are in treating these victims.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy, Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy, Gender Violence, Post-traumatic Stress Disorder, Systematic Review.

ÍNDICE

1.	Introducción	1
1.1	Violencia de género	2
1.2	Trastorno de estrés postraumático	6
1.3	Intervenciones para abordar el trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia de género.....	8
1.4	Terapia cognitivo- conductual	9
1.5	Terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares....	10
1.6	Objetivos	11
2.	Método.....	12
2.1	Criterios de elegibilidad.....	12
2.2	Población	15
2.3	Fuentes de información y estrategias de búsqueda	16
2.4	Proceso de selección de estudios.....	16
3.	Resultados	16
3.1	Selección de los estudios	16
3.2	Características de los estudios	18
3.3	Resumen de los estudios.....	28
3.3.1	Resultados del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) tras la intervención con la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR)	28
3.3.2	Síntomas comórbidos en las víctimas tras la aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR).....	29
3.3.3	Sesiones requeridas para tratar a las víctimas con la Terapia Cognitivo- Conductual (TCC) y la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR).....	31
3.3.4	Mantenimiento de las mejoras obtenidas tras el tratamiento con la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) durante el seguimiento.....	34
3.4	Evaluación de la calidad metodológica	35
4.	Discusión	37
4.1	Interpretación de los resultados de la intervención con la Terapia Cognitivo- Conductual (TCC)	38
4.2	Interpretación de los resultados de la intervención con la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR).....	39
4.3	Limitaciones	41
4.4	Futuras líneas de investigación e implicaciones para la práctica clínica	42
5.	Conclusiones	43

6.	Sostenibilidad, objetivos y estrategias	44
7.	Referencias bibliográficas	47

1. Introducción

El artículo 1 de la Ley Orgánica 1/2004, del 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (LOMPIVG), postula que la violencia de género se refiere a aquella que surge como resultado de la discriminación, desigualdad y control ejercido por los hombres sobre las mujeres. Esta violencia puede ser perpetrada por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges, o por quienes tengan o hayan tenido vínculos afectivos similares, incluso sin convivencia (Ley Orgánica 1/2004, 2004). Las secuelas de la violencia de género son extensas y afectan a todos los aspectos de la vida de las mujeres, así como su salud, la de sus hijos/as y la sociedad en su conjunto. No obstante, las consecuencias psicológicas son las más prevalentes, estimándose que hasta el 60% de las mujeres maltratadas las experimentan (Sanz-Barbero et al., 2014).

Desde el momento en que se manifiestan los comportamientos de maltrato, la víctima experimenta una conmoción significativa, manifestando reacciones como estrés, negación, confusión del pensamiento, abatimiento, miedo, sentimiento de culpa y ansiedad (Galovski et al., 2021). Esto puede llevar a la percepción de que merece castigo y a la creencia de que no podrá cuidar de sí misma ni de sus hijos/as, generando una gran inseguridad personal. Todas estas condiciones pueden provocar el desarrollo del Síndrome de Indefensión Aprendida (Galovski et al., 2021). Entre todas las repercusiones en la salud mental de las víctimas de violencia de género, el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y la depresión presentan las tasas de prevalencia más elevadas, alcanzando aproximadamente el 63.8% y el 47.6%, respectivamente (Aguirre et al., 2010; Calvete et al., 2013). Así, el TEPT es una condición incapacitante que surge tras la experiencia de un evento traumático. Sus manifestaciones incluyen pensamientos intrusivos, flashbacks, evitación de los estímulos asociados al trauma, pensamientos negativos y cambios en el estado de ánimo, así como hipervigilancia y dificultades para conciliar el sueño (Barnhill, 2023).

En este contexto, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es un enfoque terapéutico utilizado para tratar una variedad de trastornos mentales en víctimas de violencia de género. Su objetivo principal es facilitar al paciente el cambio de pensamientos, emociones, comportamientos y respuestas fisiológicas disfuncionales por otros más adaptativos (Puerta-Polo y Padilla-Díaz, 2011). Asimismo, esta técnica expone que el TEPT surge de la interacción entre pensamientos desadaptativos, emociones intensas y comportamientos de evitación (Puerta-Polo y Padilla-Díaz, 2011) y este tipo de intervención presenta la capacidad de modificar estos procesos para reducir los síntomas de dicho trastorno (Hamblen et al., 2004; Kayrouz y Vrklevski, 2014; Kevan et al., 2007; Lu et al., 2009; Mueser et al., 2008; Rosenberg et al., 2004; Tuta et al., 2017).

Por otro lado, la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) se centra en el sistema de procesamiento de información inherente al paciente. Este sistema puede bloquearse debido a diferentes experiencias traumáticas, como pérdidas o abusos de diversa índole (psicológicos, emocionales, físicos o sexuales), lo que desencadena una variedad de síntomas, como el miedo, la angustia, la tristeza y el dolor emocional o físico, junto con creencias negativas sobre uno mismo (Asociación EMDR España, 2013). Esta intervención argumenta que los síntomas postraumáticos se originan cuando la información relacionada con un evento traumático no se procesa adecuadamente y se almacena de manera disfuncional en la memoria (Shapiro y Margot-Silk, 2008). Asimismo, la evidencia científica afirma que esta técnica es efectiva para tratar el TEPT (Ahmadi et al., 2015; Covers et al., 2021; De Haan et al., 2020; Nijdam et al., 2018; Sack et al., 2016; Santarnecki et al., 2019; Schubert et al., 2016).

A pesar de que existen resultados sobre cómo abordar el TEPT, se detecta una limitación en la literatura sobre cuáles son los tratamientos más eficaces con víctimas de violencia de género. Por ello, en el presente trabajo, se van a examinar los resultados de la intervención mediante la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) en este grupo de población. Esto es, se pretende comprobar si estas intervenciones terapéuticas pueden ayudar a abordar los síntomas de trauma en mujeres que han sufrido violencia de género, y así obtener información valiosa para futuras intervenciones dirigidas a esta población tan vulnerable.

1.1 Violencia de género

Cuando se habla de género, se hace referencia a los roles, comportamientos, actitudes y atributos que se consideran adecuados para hombres y mujeres (Ortega et al., 2004). La violencia de género se origina en la sociedad y no se limita únicamente a actitudes individuales, sino que también involucra aspectos sociales y culturales (De la Peña-Leiva, 2015). Como señala Vidal (2015), la violencia de género se trata de un fenómeno ligado a esta forma de discriminación que, a pesar de los cambios sociales de las últimas décadas, es un problema que persiste y, en el que, además, los hombres no han aceptado el cambio en el papel de las mujeres, lo que ha contribuido a empeorar la situación.

La violencia de género, como se ha señalado previamente, se refiere a la violencia ejercida contra las mujeres como manifestación de la discriminación, la desigualdad y el control dominante por parte de los hombres (Ley Orgánica 1/2004, 2004) y puede ser llevada a cabo por quienes sean o hayan sido sus cónyuges, o por quienes hayan tenido o tengan relaciones similares de afectividad, incluso no siendo convivientes. Conforme a las definiciones de la ONU (1993), la violencia de género abarca diversas formas:

Violencia física: Engloba agresiones como pegar, empujar, lanzar objetos, expulsar del hogar, confinar, forzar el consumo de sustancias, intimidar con armas, entre otros.

Violencia psicológica: Comprende acciones como menospreciar, ofender, coartar la libertad, restringir la comunicación, hostigar personalmente o en redes sociales, dominar, intimidar, etc.

Violencia sexual: Incluye forzar a mantener relaciones sexuales, humillaciones, coerción sexual, menosprecio de las características personales de la mujer, la difusión de imágenes íntimas, entre otros.

Violencia social: Implica separar de conexiones sociales, impedir el apoyo social y familiar, enemistar a la víctima con su entorno, restringir y supervisar las actividades sociales de la mujer, etc.

Violencia económica: Cualquier método de restringir o negar recursos financieros a la mujer y sus hijos, utilizar el dinero como forma de castigo, ocultar los ingresos reales del salario, prohibir que trabaje, proporcionar fondos insuficientes para el sustento familiar, entre otros.

Violencia ambiental: Se refiere a actos que, aunque no directos, impactan psicológicamente en ella, como romper cosas, golpear puertas, conducir temerariamente con la mujer o sus hijos, destruir objetos de valor sentimental, etc.

Las manifestaciones visibles de la violencia, como los actos físicos o verbales, son solo la punta del iceberg. Bajo la superficie, encontramos factores más complejos, como la manipulación, el control, las creencias culturales arraigadas y las dinámicas de poder desequilibradas que contribuyen a la violencia de género. Así, no solamente es suficiente con abordar síntomas evidentes de la violencia, sino también los factores subyacentes y las creencias sociales que la perpetúan (Canó, 2010).

En este contexto, Dutton (2009) indica que hay una serie de señales entre posibles víctimas de violencia de género que, cuando se presentan juntas (no necesariamente todas, pero varias de ellas), deben levantar sospechas sobre la existencia de un dominio del hombre sobre la mujer en la relación de pareja, situaciones de riesgo e incluso de maltrato, como son:

- La víctima evita hablar demasiado en presencia de su pareja y, si lo hace, experimenta una gran ansiedad, mostrando un comportamiento tímido o temeroso.
- Aunque pueda solicitar atención psicológica o asistencial, es probable que no asista, y si lo hace, es muy probable que no mencione la violencia en las primeras sesiones.
- Intentará no proporcionar información sobre sus lesiones físicas (si las

hay) y suele haber incoherencia entre la gravedad de las lesiones observables y la explicación que ofrece.

- Afirma ser "incapaz" e "incompetente" y verbaliza constantes desvalorizaciones.
- Expresa muchas quejas somáticas inespecíficas (cefaleas, trastornos del sueño, molestias gastrointestinales, dolores en la pelvis o espalda, etc.).
- En situaciones sociales cuando la pareja está presente, busca constantemente su aprobación.
- Puede mostrarse agresiva hacia quien la evalúa si es demasiado indagador, mostrando una actitud defensiva.
- Defiende el rol femenino de modo tradicional y estereotipado, recurriendo a los tópicos comunes, como "la mujer debe ser femenina, pero no feminista", "el hombre es más fuerte y capaz y por eso domina las relaciones", etc.

La etiología desencadenante de situaciones de violencia de género es múltiple y debe operativizarse en cada caso específico. A pesar de esto, existe un modelo común que tiende a repetirse, con matices peculiares en cada situación. En 1979, Walker introduce el concepto de ciclo de la violencia de género en su libro "The battered woman" (Walker, 1979), según el cual la violencia sigue un patrón cíclico y repetitivo compuesto por tres fases:

1. La fase de tensión. Se da una escalada gradual de violencia caracterizada por la irritación y hostilidad del agresor sin motivos aparentes. La mujer intenta evitar la agresión complaciendo al maltratador, creyendo que así se calmará la situación. En muchos casos, tiende a racionalizar la situación culpándose a sí misma. El hombre empieza a mostrar los primeros signos de incapacidad para manejar tensiones, manifestando formas leves pero reiteradas de agresión.
2. La segunda fase es la de agresión, en la cual estalla la violencia con actos físicos, psíquicos y/o sexuales. Es una fase de castigo, sometimiento y aislamiento de la víctima. El daño implícito se convierte en explícito y puede durar desde unos minutos hasta días enteros. La búsqueda de ayuda y la denuncia suelen ocurrir en esta etapa, pero debido a la próxima fase, la víctima a veces la retira.
3. La última fase se trata de una fase de manipulación afectiva, denominada "luna de miel", la cual concluye el ciclo o hace que se repita desde el inicio. El agresor muestra un arrepentimiento aparente, buscando retomar el control y revertir la situación. Promete que no volverá a ocurrir y trata de desculpabilizarse, echando la culpa a la víctima o a las circunstancias. Este proceso, acompañado de actitudes cariñosas, genera esperanzas en la mujer maltratada. Si no se rompe el ciclo, al finalizar esta fase, se vuelve a la primera, comenzando un nuevo ciclo de violencia. Por otro lado, la ruptura del ciclo se podría dar si la víctima tomase

conciencia de la violencia que ha sufrido en cualquiera de sus formas y decidiese presentar y mantener la denuncia, posiblemente animada por su red de apoyo.

Las razones de la víctima para no buscar ayuda se manifiestan de diversas maneras, generalmente relacionadas con factores que la mujer valora (seguridad personal, estabilidad económica, protección de los hijos/as). Estos motivos la llevan a adoptar patrones de atribuciones, distorsiones cognitivas y círculos viciosos. Además, se tiende a ver al agresor como alguien afectado por vulnerabilidades e inseguridades, pensando que la situación puede mejorar si la víctima le brinda apoyo, bajo la premisa de que "él me necesita". A medida que el maltrato perdura en el tiempo y se vuelve más severo, dificulta que la víctima ponga fin a la relación, convirtiéndose en un modo de vida arraigado y desarrollando así el Síndrome de Estocolmo (Martínez, 2018). Las víctimas pueden sentirse atrapadas por diversas razones, como la fuerza física, lazos emocionales intensos, aislamiento social, temor al juicio de los demás o dependencia económica del agresor. Estos factores contribuyen a la sensación de estar "atadas" al control de los agresores.

En esta línea, algunas de las razones por las que las víctimas no denuncian son la siguientes (Melguizo, 2010):

- La victimización secundaria generada tras la denuncia, reviviendo el episodio traumático, que supone enfrentarse a obstáculos legales, demoras burocráticas y percepciones de no ser escuchada.
- El temor a represalias, ya sea del infractor o de sus familiares. Asimismo, en ocasiones la subjetividad de la víctima y sus propios miedos pueden influir más que los riesgos reales.
- El síndrome de las manos sucias, el cual lleva a las víctimas a no denunciar por desconfianza en el sistema.

Las cifras globales proporcionadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) indican que aproximadamente una de cada tres mujeres en el mundo (35%) han experimentado violencia física y/o sexual por parte de su pareja. Igualmente, un 38% de los homicidios de mujeres a nivel mundial son cometidos por sus parejas masculinas. Con respecto a España, en el año 2022, se observó un aumento del 8,3% en los casos en los que se dictaron medidas cautelares u órdenes de protección relacionadas con la violencia de género. Casi la mitad de estos casos (el 48,1%) correspondían a mujeres con edades entre 30 y 44 años. En cuanto al lugar de nacimiento, aproximadamente dos tercios de esta población habían nacido en España (62,8% del total), una proporción similar a la del año anterior. Las regiones con mayor número de mujeres víctimas registradas fueron Andalucía, Comunitat Valenciana y Comunidad de Madrid, con 7.417, 5.007 y 3.062 casos respectivamente. Por otro lado, las ciudades autónomas de Ceuta y

Melilla, junto con la Comunidad Foral de Navarra, fueron las que registraron menos casos (INE, 2022).

Finalmente, cabe destacar que en la década de los 2000 entran en vigor dos leyes fundamentales. La primera, la Ley Orgánica 3/2007, del 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, persigue alcanzar la igualdad de género, eliminando cualquier forma de discriminación contra las mujeres en todos los aspectos de la vida. Se enfoca en los ámbitos políticos, civiles, laborales, económicos, sociales y culturales para promover una sociedad más imparcial y democrática (Ley Orgánica 3/2007, 2007). La segunda, es la Ley Orgánica 1/2004, del 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género. Esta ley marcó un cambio importante en la protección legal y asistencial de las mujeres que sufren violencia de género, brindándoles un reconocimiento legal. Esta ley interpreta la violencia de género de manera amplia, incluyendo cualquier forma de violencia dirigida hacia las mujeres simplemente por su género. Asimismo, destaca que esta violencia no es un tema privado, sino un símbolo evidente de la desigualdad en la sociedad, ya que se ejerce contra las mujeres únicamente por el simple hecho de serlo, privándolas de sus derechos fundamentales de libertad, respeto y autodeterminación (Ley Orgánica 1/2004, 2004).

1.2 Trastorno de estrés postraumático

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- V) (APA, 2013), el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es un trastorno de ansiedad que se manifiesta cuando una persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático que involucra amenazas a su integridad o a la de otros, respondiendo con un intenso temor, desesperación u horror. El acontecimiento traumático puede manifestarse a través de recuerdos perturbadores del evento, sueños angustiosos, experiencias disociativas que recrean el suceso, malestar emocional agudo al enfrentar situaciones asociadas a lo ocurrido e intensas reacciones fisiológicas (APA, 2013). Según la literatura científica, aquellos que sufren TEPT deben confrontar el trauma original para desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas. Esto permite que, si vuelven a enfrentarse a una situación similar, respondan de manera terapéutica en lugar de traumática (Bailey et al., 2019). Por tanto, los criterios diagnósticos para el TEPT incluyen (APA, 2013):

- a. La exposición a un evento traumático con amenazas a la integridad física, generando una respuesta de temor intenso.
- b. La reexperimentación del trauma a través de sueños y recuerdos intrusivos, con malestar psicológico intenso y respuestas fisiológicas negativas ante estímulos asociados.
- c. Evitación persistente de estímulos ligados al trauma como pensamientos, lugares y actividades previas, con restricción emocional y dificultad para

recordar aspectos específicos.

- d. Excesiva activación fisiológica, manifestada en problemas para dormir, concentrarse, ira, hipervigilancia o respuestas exageradas de sobresalto.
- e. Estos cambios provocan malestar o deterioro en áreas sociales, laborales u otras durante más de un mes.

Así, el TEPT es el trastorno psicológico más común en las mujeres que han sufrido violencia de género (Santandreu y Ferrer, 2014). Los hallazgos de diferentes estudios indican que la prevalencia del TEPT debido a situaciones de violencia de género oscila entre el 45% y el 60% (Calvete et al., 2013; Vaca et al., 2021). Además, diversas investigaciones sugieren que la violencia de género se posiciona como el tercer factor más influyente a la hora de sufrir este trastorno (después de la diabetes y problemas de parto) (Labrador et al., 2009; Stewart y Vigod, 2019).

Golding (1999) llevó a cabo un metaanálisis basado en 11 estudios sobre las consecuencias psicológicas de la violencia de género y encontró que el 64% de las víctimas desarrollaban un TEPT. Este trastorno se considera el más apropiado para describir las repercusiones en la salud mental de las víctimas de violencia de género, incluso cuando se presenta junto con otros trastornos psicológicos. Por otro lado, un estudio en España con 80 mujeres maltratadas que estuvieron en casas de acogida revela que, a mayor tiempo de acogida, menor probabilidad de desarrollar un TEPT (Campbell et al., 1995). Esto resalta la importancia de alejar a las mujeres de situaciones de maltrato y protegerlas mediante medidas como la mencionada.

Cabe destacar que la aparición de un TEPT implica un cambio significativo en la vida y bienestar integral de la mujer, ya que esta experiencia está marcada por ansiedad, miedo e indefensión (Golding, 1999). Las razones por las cuales algunas víctimas se ven más afectadas que otras se debe a factores relacionados con el trauma, causas familiares, aspectos cognitivos- conductuales y, finalmente, a factores genéticos. Además, factores individuales que influyen en el desarrollo del TEPT son la respuesta individual al estrés, la personalidad, la resiliencia, el nivel de desarrollo, la edad al experimentar la violencia (más impactante en jóvenes), la percepción individual del maltrato, los problemas económicos y la ausencia de apoyo social, siendo más graves las consecuencias en un entorno sin respaldo alguno (Lee y De Prince, 2017). El bajo apoyo social percibido contribuye a la cronicidad del TEPT y se asocia con resultados terapéuticos deficientes (APA, 2006). Asimismo, se señala que las vivencias anteriores de violencia junto con la vulnerabilidad psicológica resultarán en un aumento del TEPT (Velasco et al., 2004). Los traumas preexistentes también podrían reactivarse al sufrir un suceso traumático repetido o un nuevo acontecimiento (Echeburúa et al., 2003; Velasco et al., 2004). La severidad de esta patología en las víctimas está determinada, en gran medida, por la intensidad del maltrato, el cual no se limita necesariamente a lo físico, ya

que en algunas situaciones el maltrato psicológico puede ser incluso más grave (Labrador et al., 2009). Igualmente, las características de especial vulnerabilidad relacionadas con el evento traumático como intensidad, frecuencia y duración aumentan la probabilidad de desarrollar TEPT (Labrador et al., 2009).

En cuanto a los factores familiares, la presencia de violencia familiar, especialmente el maltrato físico, psicológico y sexual en la infancia pueden aumentar la aparición del TEPT (Guerrero-Vaca et al., 2021). Experiencias como la exposición a padres alcohólicos o maltrato de progenitores a madres también aumentan la vulnerabilidad al trastorno mencionado. El exceso o falta de protección, evidenciado por el desarrollo de un estilo de apego inseguro en la infancia, se considera un factor predisponente junto con la personalidad de los padres y el maltrato sufrido por estos (Aguirre et al., 2010). Por otro lado, los factores cognitivos-conductuales también influyen en el desarrollo del TEPT. Las personas con una regulación emocional inadecuada e incapaces de procesar el trauma del trastorno experimentan estrés continuo y emplean métodos de evasión, bloqueo o pérdida de la atención, lo que complica el procesamiento de información y la toma de decisiones (Zegarra-Valdivia y Chino-Vilca, 2019). La rumiación, como proceso desadaptativo, inmoviliza al individuo, aumenta los síntomas negativos, disminuye la resolución de problemas e interfiere en el comportamiento (Duran et al., 2020).

Finalmente, algunos expertos sugieren la participación de factores genéticos y alteraciones en genes vinculados a dicho trastorno, destacando la inhibición y sobreproducción de neurotransmisores asociados a emociones intensas (Calvete et al., 2008). La heredabilidad también se considera como un contribuyente al desarrollo del TEPT (Dunlop et al., 2014), junto con afectaciones neurobiológicas, específicamente la disfuncionalidad de la amígdala (Rivas- Diez et al., 2012).

1.3 Intervenciones para abordar el trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia de género

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) reconoce la terapia EMDR como un enfoque terapéutico efectivo, al mismo nivel que la TCC, para aliviar los síntomas del TEPT (Asociación EMDR España, 2013).

Además, el manual práctico "Intervención en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja" recomienda el uso de la terapia EMDR y la TCC como opciones principales para mujeres que han experimentado un evento traumático tras sufrir violencia de género (Garriga et al., 2010). Igualmente, la revisión realizada por Alou-Obrador y Borrás-Sansaloni (2022) sobre los tratamientos para el TEPT en casos de violencia de género, expone que la TCC seguida de la terapia EMDR son las intervenciones que cuentan con mayor respaldo en la literatura científica con respecto a su eficacia para tratar a esta

población.

1.4 Terapia cognitivo- conductual

La terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es un tratamiento psicosocial destinado a el abordaje de las experiencias emocionales angustiantes o el comportamiento disfuncional mediante la modificación de la percepción, interpretación y evaluación que una persona realiza de la experiencia, así como su relación con las consecuencias y significados (González-Suarez y Clíments, 2014). Este enfoque se basa en métodos terapéuticos cognitivos centrados en la conexión entre el pensamiento y la conducta que sustentan la angustia, incorporando contribuciones de diversas corrientes dentro de la psicología científica, como son la Psicología cognitiva y la conductista (Rojo, 2013), ambas basadas en principios y métodos validados empíricamente.

Existen diversas modalidades de terapia cognitivo-conductual, las cuales comparten la premisa de que los problemas psicológicos se originan directamente debido a patrones deficientes de pensamiento y comportamiento (Fernández-Álvarez y Fernández-Álvarez, 2017). Los pacientes tienden a interpretar erróneamente situaciones o síntomas, lo que afecta negativamente a su habilidad para hacer frente a la situación. Así, sus patrones de comportamiento disfuncionales agravan y refuerzan estos problemas. Esta intervención enseña a los pacientes a reconocer, evaluar y modificar el pensamiento distorsionado (Rojo, 2013). Además, la persona tiene la capacidad de influir en los procesos que le impactan y puede tener dominio sobre los mismos (Rojo, 2103). En esencia, la TCC adopta una naturaleza educativa que puede ser más o menos explícita junto con la conceptualización inicial del terapeuta sobre el problema y la lógica del tratamiento (Kaholokula et al., 2013)

Esta técnica busca no solo suprimir los síntomas, sino también resolver el trastorno subyacente. En comparación con otras formas de terapia psicológica se destaca por su enfoque directivo, la orientación a objetivos, focalización en la modificación de cogniciones y conductas, y la incorporación frecuente de "tareas para casa", que implican la práctica repetida de las habilidades adquiridas durante la terapia (Valverde, 2005). Se focaliza en objetivos claramente definidos que pueden medirse e investigarse. El tratamiento es breve, altamente estructurado, enfocado en problemas y prescriptivo (Puerta-Polo y Padilla-Díaz, 2011).

En este contexto, diferentes autores se han interesado en desarrollar y evaluar enfoques para el TEPT, y han demostrado que la TCC es altamente prometedora (Gesteira et al., 2018).

La mayor parte de la investigación sobre los resultados de la TCC para tratar el TEPT se ha focalizado en mujeres que han sobrevivido a experiencias de violencia por

parte de sus parejas (Ehlers y Steil, 1995; Jones, 1990; Salomón et al., 1992). La TCC es una técnica comúnmente empleada en esta población debido a que la violencia de género está influenciada por factores culturales, sociales y educativos, los cuales pueden provocar modificaciones en el comportamiento y el pensamiento (De la Peña-Leiva, 2015). La relevancia de abordar las distorsiones cognitivas asociadas a la violencia de género, generadas por sentimientos de culpa o baja autoestima, se debe a que estas distorsiones pueden influenciarse mutuamente con los recuerdos del evento traumático, en este caso, el maltrato por parte de la pareja, impidiendo así el proceso natural de extinción emocional (Calvete et al., 2013). Esta terapia cuenta con respaldo empírico en la reducción de los síntomas asociados a trastornos derivados de la exposición a la violencia de género (Lucânia et al., 2009; Petersen et al., 2019). Además, en la investigación llevada a cabo por Vaca-Ferrer et al. (2022), se identificaron múltiples estudios que respaldan la efectividad de la TCC en el tratamiento de mujeres afectadas por violencia de género, abordando el TEPT y los síntomas comórbidos (Crespo y Arinero, 2010; Echeburúa et al., 2013; Johnson y Zlotnick, 2006).

1.5 Terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares

Francine Shapiro desarrolló la terapia EMDR a finales de los años 80 al detectar que, en ciertas condiciones el movimiento ocular podía disminuir la intensidad de pensamientos perturbadores y, por ende, las respuestas fisiológicas y emocionales asociadas. A partir de este descubrimiento, creó un protocolo clínico estandarizado basado en la hipótesis del procesamiento adaptativo de la información, que sugiere que la mayoría de las personas tenemos un mecanismo natural para superar sucesos traumáticos (Shapiro y Margot-Silk, 2008).

Esta intervención, generalmente compuesta por alrededor de 10 sesiones estructuradas en diversas fases, requiere que el paciente, con la orientación del terapeuta, identifique la imagen del trauma y las cogniciones negativas relacionadas, así como que desarrolle un pensamiento alternativo adaptativo (Shapiro y Margot-Silk, 2008). Incluye 8 fases: (1) historia y planificación del tratamiento; (2) preparación; (3) evaluación; (4) reprocesamiento y desensibilización; (5) instalación; (6) escaneo corporal; (7) cierre; (8) reevaluación del pasado, presente y futuro (Shapiro y Margot-Silk, 2008). La fase de reprocesamiento y desensibilización es la más enriquecedora del proceso, implica que la persona se enfoque en recrear el evento traumático mentalmente mientras el terapeuta realiza una estimulación sensorial bilateral alternativa. Cuando la evocación del trauma provoca una baja activación emocional y fisiológica se pasa a la siguiente fase, repitiendo el procedimiento, pero incorporando el pensamiento adaptativo asociado al evento traumático.

Shapiro (2012) ha sugerido tres maneras de inducir esta estimulación bilateral: ópticamente, mediante el movimiento constante de ambos ojos siguiendo los dedos del terapeuta; a nivel auditivo, alternando la escucha de sonidos en ambos oídos y a nivel kinestésico, mediante tappings suave y alterno en las manos u hombros del paciente. Así, el efecto principal de los movimientos oculares es disminuir la alteración emocional experimentada por la persona. Este estímulo, a través de vías neurofisiológicas específicas desplazará la información traumática, facilitando su reprocesamiento al conectarse con la información adaptativa disponible en el momento presente (Shapiro, 2012). Las unidades subjetivas de perturbación (SUD) van de 0 = neutral a 10 = mayor perturbación imaginable (Wolpe, 1990).

En definitiva, este enfoque terapéutico facilita el procesamiento adaptativo de la información, desensibilizando el evento traumático y permitiendo que la persona integre las situaciones traumáticas, lo que lleva a la reducción y/o eliminación de los síntomas del TEPT (Montes-Berges et al., 2011).

Existe abundante evidencia empírica respaldando la eficacia de la intervención EMDR para abordar el TEPT, con resultados exitosos, rápidos y sostenidos (Ahmadi et al., 2015; Covers et al., 2021; De Haan et al., 2020; Nijdam et al., 2018; Sack et al., 2016; Santarnecchi et al., 2019; Stapleton et al., 2007, Schubert et al., 2016).

Es importante destacar que quienes manifiestan mayor problema con el trauma son las víctimas de violencia de género y los veteranos de guerra (Shapiro y Margot-Silk, 2008). Asimismo, el estudio de Stapleton et al. (2007) es el único disponible que examina la eficacia de EMDR para abordar el TEPT en víctimas de violencia de género. No obstante, aunque hay escasa investigación que haya utilizado la terapia EMDR para abordar el TEPT en esta población, organizaciones Internacionales como la OMS han detallado una serie de enfoques terapéuticos destinados a tratar a individuos que han experimentado traumas violentos, y dentro de estas opciones se ha contemplado la terapia EMDR (Asociación EMDR España, 2013). Asimismo, la APA ha reconocido el método EMDR como un tratamiento eficaz para el trauma en víctimas de violencia de género (Puente, 2013). Finalmente, el manual "Intervención en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja" sugiere que la terapia EMDR es un enfoque clave para tratar a mujeres que han sufrido violencia de género y han experimentado un evento traumático (Garriga et al., 2010).

1.6 Objetivos

El propósito de la presente revisión sistemática fue evaluar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual y la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares para el abordaje del trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia de género.

Asimismo, se plantearon como objetivos específicos:

- O1: Evaluar los resultados del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en las víctimas de violencia de género tras la intervención con la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR).
- O2: Examinar si existe una disminución de los síntomas comórbidos en las víctimas de violencia de género tras la aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR).
- O3: Identificar las sesiones requeridas para tratar a las víctimas de violencia de género con la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR).
- O4: Evaluar si los resultados obtenidos tras el tratamiento con la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) en víctimas de violencia de género se mantienen durante el seguimiento.

2. Método

La presente revisión se llevó a cabo siguiendo las directrices de la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Reviews and Meta-Analyses), una guía actualizada para la presentación de informes de revisiones sistemáticas (Yepes-Núñez et al., 2021).

2.1 Criterios de elegibilidad

Para establecer las variables en las que se centraría la presente revisión sistemática se utilizó la estrategia PICO (Da Costa-Santos et al., 2007), (Tabla 1):

Tabla 1

Estrategia PICO para la pregunta de investigación

Estrategia	Componentes
P (Participantes)	Mujeres víctimas de violencia de género con trastorno de estrés postraumático mayores de 18 años

Tabla 1.1

Estrategia PICO para la pregunta de investigación (continuación)

Estrategia	Componentes
I (Intervención)	Terapia cognitivo-conductual o terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares
C (Comparación)	Grupo control con intervención (activo) o sin intervención (inactivo)
R (Resultados)	Trastorno de estrés postraumático

Participantes: la muestra de los artículos seleccionados deben ser víctimas de violencia de género con trastorno de estrés postraumático mayores de 18 años.

Intervención: la intervención ha de basarse en la terapia cognitivo-conductual o la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares.

Comparación entre grupos: algunos estudios comparan la terapia cognitivo-conductual o la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares del grupo experimental con otras intervenciones psicológicas diferentes realizadas en el grupo de control activo. De igual manera, las intervenciones mencionadas pueden ser las únicas comparadas con un grupo de control inactivo.

Medidas de resultados: se espera conocer si la terapia cognitivo-conductual o la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares son efectivas para tratar el trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia de género.

Por lo tanto, la pregunta de investigación fue la siguiente: ¿Son eficaces la terapia cognitivo-conductual y la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares para abordar el trastorno de estrés postraumático en víctimas de

violencia de género?

Por otra parte, se llevó a cabo un proceso de selección de estudios en el que se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión detallados a continuación (Tabla 2). Con el propósito de obtener una revisión más exhaustiva y, en vistas de la carencia de estudios en la literatura científica sobre la eficacia de las intervenciones para abordar el trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia de género, estos criterios no restringieron los resultados por idioma (inglés) ni limitaron la elegibilidad de los artículos en función de su año de publicación.

Tabla 2

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Muestras víctimas de violencia de género	No fueran víctimas de violencia de género, si no de una violación puntual u otro tipo de violencia diferente a la mencionada
Muestras adultas, mayores de 18 años	Menores de 18 años
Presencia de trastorno de estrés postraumático	No se padezca trastorno de estrés postraumático
Estudios experimentales, cuasiexperimentales, ensayos controlados aleatorizados, estudios piloto y estudios de caso	Revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios cualitativos
Evaluación de la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares o de la terapia cognitivo-conductual	Investigaciones en las que la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares o la terapia cognitivo- conductual no sean la intervención psicológica que se lleva a cabo en el grupo experimental

Tabla 2.1

Criterios de inclusión y exclusión (continuación)

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Incluyen datos cuantitativos obtenidos mediante escalas estandarizadas y medidas autoinformadas	Artículos con resultados únicamente cualitativos
Estudios redactados en inglés o español	Estudios redactados en otro idioma que no fuera español o inglés

Cabe destacar que, en la presente investigación, se excluyeron a las víctimas de violación, la violencia contra la mujer, la violencia intrafamiliar; y la violencia doméstica al poder ser dada en el seno de la familia tanto por el esposo, el progenitor o los hermanos, se excluyó en los casos donde el maltratador no era el cónyuge.

2.2 Población

La selección de participantes consistió en mujeres adultas, con edades superiores a los 18 años, que fueron víctimas de violencia de género. Asimismo, un criterio esencial para la inclusión en los estudios fue que estas víctimas cumplieran con los criterios diagnósticos de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) según el DSM-5 (APA, 2013). La intervención con esta población ha de basarse en la terapia cognitivo-conductual o en la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares.

En el análisis de los resultados entre grupos se incluyeron todos aquellos estudios que incorporaran un grupo de control que no recibiera ninguno de los tratamientos mencionados.

Dentro de los grupos de comparación se distinguen:

- a. Grupo de control activo, esta muestra fue tratada mediante algún tipo de intervención que no fuera ni la terapia cognitivo-conductual ni la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares.
- b. Grupo de control inactivo, estos participantes no recibieron ningún tipo de intervención.

2.3 Fuentes de información y estrategias de búsqueda

Se realizó una revisión exhaustiva de la literatura científica en las bases de datos PubMed, APA PsycInfo, Medline y Web of Science sin restricciones en el rango temporal, y la búsqueda se llevó a cabo tanto en inglés como en español. La estrategia de búsqueda se realizó en el periodo comprendido entre los meses de noviembre, diciembre y enero de 2023/2024. La última búsqueda se realizó el 22 de enero de 2024.

Se utilizaron los descriptores tesoro MESH y DeCS. Del mismo modo, los términos empleados para la búsqueda fueron: ("EMDR" OR "eye movement desensitization and reprocessing therapy" OR "CBT" OR "cognitive behavioral therapy") AND ("post-traumatic stress disorder" OR "TEPT") AND (gender violence) / ("EMDR" O "terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares" O "TCC" O "terapia cognitivo-conductual") Y ("trastorno de estrés postraumático" O "TEPT") Y (violencia de género). Tras obtener los resultados se utilizaron los criterios de exclusión e inclusión para decidir los estudios que iban a ser incluidos finalmente en la presente investigación.

2.4 Proceso de selección de estudios

En primer lugar, se excluyeron los estudios duplicados encontrados en varias bases de datos, los que no respondían a la pregunta de investigación, las revisiones sistemáticas, los metaanálisis y los artículos sin texto completo. También se descartaron estudios donde las participantes eran menores de edad, así como aquellas que no presentaban TEPT y a las víctimas de violación puntual, es decir, casos donde víctima y victimario no son conocidos. A continuación, se revisaron los títulos y resúmenes para seleccionar aquellos que cumplieran con los criterios de inclusión. Posteriormente, se procedió a la lectura completa de los estudios previamente seleccionados mediante la revisión de los resúmenes.

Por todo lo anterior, se siguió la siguiente secuencia:

1. Lectura en profundidad de las publicaciones seleccionadas e identificación de las cuestiones que respondían a los objetivos de la búsqueda.
2. Análisis de la información y de los conceptos relevantes de cada publicación.
3. Identificación de los temas importantes o recurrentes en las publicaciones.
4. Clasificación de los artículos en base a las líneas temáticas.

3. Resultados

3.1 Selección de los estudios

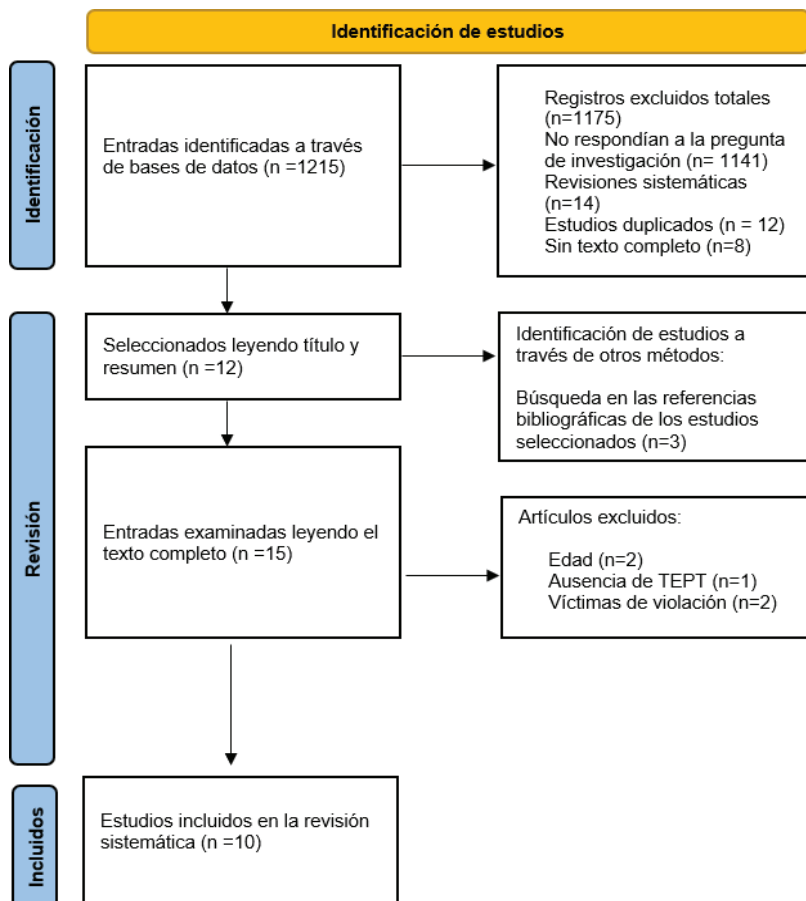
Inicialmente, se identificaron 1215 artículos en la rigurosa búsqueda bibliográfica, procedentes de PubMed, APA PsycInfo, Medline y Web of Science. Se desecharon 1141

artículos por no responder a la pregunta de investigación, 12 artículos por duplicidad, 14 por ser revisiones sistemáticas y 8 por no presentar texto completo, quedando 40 estudios. Tras evaluar el título y el resumen, 12 cumplían con los criterios de inclusión. Realizando una búsqueda en las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados, se incluyeron 3 estudios adicionales, sumando 15. Posteriormente, en una lectura completa analizándolos exhaustivamente, se excluyó 1 estudio debido a que las víctimas no presentaban TEPT, 2 artículos porque las participantes eran víctimas de violación y 2 por tratarse de participantes menores de edad.

Finalmente, como resultado de este proceso de selección se incorporaron 10 estudios, los cuales cumplían con todos los criterios de inclusión establecidos. Estos consistían en 3 ensayos aleatorizados y controlados (Kubany et al., 2004; Meneses, 2022; Tarquinio et al., 2012), 1 estudio cuasiexperimental (Labrador et al., 2009), 1 estudio piloto (Cáceres-Ortiz et al., 2011) y 5 estudios de caso único (Gil-Iñiguez, 2016; Habigzang et al., 2019; Montes-Berger et al., 2011; Phillips et al., 2009; Santandreu y Ferrer-Pérez, 2014). En la Figura 1, se puede observar el diagrama de flujo sobre el procedimiento de selección de los estudios para la presente revisión. Posteriormente, en la Tabla 3, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8 y 3.9 se pueden observar las características de los estudios seleccionados.

Figura 1

Diagrama de flujo PRISMA 2020



3.2 Características de los estudios

Tabla 3

Descripción de estudios seleccionados

Autor y año	Título	Tipo de intervención	Tipo de estudio	Muestra	Evaluación	Objetivos	Resultados	Conclusiones
Cáceres-Ortiz et al. (2011)	Effectiveness of cognitive-behavioral treatment focused on the trauma of victims of intimate partner violence	TCC	Estudio piloto	73 mujeres adultas víctimas de violencia de género con TEPT	Entrevista semiestructurada , EGS, BDI, BAI, EAR y PCL	Evaluar la eficacia de la TCC en 73 víctimas de violencia de género con TEPT	El estudio demostró una efectividad significativa a nivel terapéutico en la mayoría de las mujeres, puesto que se redujeron los síntomas del TEPT después del tratamiento, especialmente en reexperimentación, ansiedad, depresión y autoestima. Los resultados se mantuvieron durante el seguimiento	La TCC fue efectiva para reducir la sintomatología post traumática en esta población tanto a nivel clínico como estadístico. Asimismo, los resultados se mantuvieron tras 6 meses

Tabla 3.1

Descripción de los estudios seleccionados (continuación)

Autor y año	Título	Tipo de intervención	Tipo de estudio	Muestra	Evaluación	Objetivos	Resultados	Conclusiones
Gil- Iñiguez (2016)	Intervención en un caso de trastorno de estrés posttraumático por violencia sexual.	TCC	Estudio de caso	Víctima de violencia de género de 19 años con TEPT	Entrevista, autoinformes, STAI, BDI y SA-45	Examinar la eficacia de la TCC incluyendo la exposición al trauma, en una joven de 19 años con TEPT	Tras el tratamiento se observó una reducción de los síntomas del TEPT y una mejora gradual en su estado de ánimo	La TCC resultó ser efectiva, puesto que cumplió sus objetivos, reduciendo la sintomatología negativa de la paciente, aunque se sugiere la necesidad de investigaciones con una muestra mayor.

Tabla 3.2

Descripción de los estudios seleccionados (continuación)

Autor y año	Título	Tipo de intervención	Tipo de estudio	Muestra	Evaluación	Objetivos	Resultados	Conclusiones
Habigzang et al. (2019)	Terapia cognitivo-conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima: Estudio de casos múltiples	TCC	Estudio de casos	4 mujeres adultas víctimas de violencia de género con TEPT	Entrevista estructurada, BAI, BDI y LISS	Exponer el procedimiento y el resultado de un enfoque de intervención cognitivo-conductual destinado a mujeres que han experimentado violencia de género	La TCC alcanzó cambios notables al abordar baja autoestima y autoeficacia, reduciendo el TEPT y los síntomas comórbidos	La TCC logró sus objetivos con una efectiva reestructuración cognitiva y desarrollo de creencias más funcionales, reduciendo el TEPT y los síntomas comórbidos

Tabla 3.3

Descripción de los estudios seleccionados (continuación)

Autor y año	Título	Tipo de intervención	Tipo de estudio	Muestra	Evaluación	Objetivos	Resultados	Conclusiones
Kubany et al. (2004)	Terapia de trauma cognitivo para mujeres maltratadas con TEPT.	TCC	Ensayo aleatorizado controlado	125 mujeres adultas víctimas de violencia de género con TEPT	CAPS, EGS, BDI y CSQ-8	Evaluar la eficacia de la TCC en mujeres maltratadas con TEPT, considerando diversidad étnica y formación terapéutica, y evaluando los beneficios a 3 meses tras la intervención	En el 87% de las mujeres a las que se les aplicó la TCC se observó una remisión del TEPT, acompañada de significativas disminuciones en la depresión y la culpa, así como aumentos sustanciales en la autoestima	La TCC fue eficaz reduciendo el TEPT en el 87% de mujeres. Además, los beneficios perduraron a 3 y 6 meses, independientemente de la etnia y las características del terapeuta

Tabla 3.4

Descripción de los estudios seleccionados (continuación)

Autor y año	Título	Tipo de intervención	Tipo de estudio	Muestra	Evaluación	Objetivos	Resultados	Conclusiones
Labrador et al. (2009)	Evaluación de la eficacia de un tratamiento individual para mujeres víctimas de violencia de pareja con trastorno de estrés postraumático.	TCC	Estudio cuasiexperimental	20 mujeres adultas víctimas de violencia de género con TEPT	Entrevista semiestructurada, EGS, EAR, BDI, SCDI-I y PCL	Valorar la eficacia de diferentes aplicaciones de la TCC para reducir el TEPT en mujeres víctimas de violencia de género	El grupo de tratamiento experimentó mejoras significativas en todas las mediciones post-tratamiento, mientras que el grupo de control inactivo no mostró diferencias significativas entre los períodos previo y posterior al tratamiento	Este estudio reporta muy buenos resultados en cuanto a la reducción del TEPT mediante aplicaciones de la TCC, manteniéndose los resultados a los seis meses de seguimiento

Tabla 3.5

Descripción de los estudios seleccionados (continuación)

Autor y año	Título	Tipo de intervención	Tipo de estudio	Muestra	Evaluación	Objetivos	Resultados	Conclusiones
Meneses (2022)	Perfil clínico, Neuropsicológico y calidad de vida en mujeres afectadas por la violencia basada en el género, y efectividad de la Terapia EMDR	EMDR	Estudio aleatorizado controlado	120 mujeres adultas víctimas de violencia de género con TEPT	Encuesta sobre violencia de género, EGS, HADS, PCL-5, MCMI-IV, NART, Test D2, Test Strop, TFVF, y TFVS	Valorar el perfil cognitivo de las mujeres expuestas a violencia de género, y la eficacia de EMDR comparándola con la terapia narrativa	EMDR superó a la terapia narrativa en reducción de ansiedad, depresión y síntomas posttraumáticos, mejorando la calidad de vida, memoria y atención en mujeres víctimas de violencia	El tratamiento con EMDR muestra una gran efectividad para tratar a las víctimas de violencia de género, se consiguió disminuir el TEPT, la ansiedad y la depresión

Tabla 3.6

Descripción de los estudios seleccionados (continuación)

Autor y año	Título	Tipo de intervención	Tipo de estudio	Muestra	Evaluación	Objetivos	Resultados	Conclusiones
Montes-Berger et al. (2011)	EMDR para el tratamiento de estrés postraumático en casos de violencia de género	EMDR	Estudio de casos	5 mujeres víctimas de violencia de género con TEPT	EGS	Examinar la eficacia de EMDR en mujeres víctimas de violencia de género	La aplicación de EMDR fue efectiva reduciendo síntomas de TEPT y disminuyendo emociones negativas asociadas al episodio traumático	Se afirma la eficacia de EMDR en este contexto, aunque se recalca la necesidad de futuros estudios con análisis estadísticos más sólidos y una muestra mayor

Tabla 3.7

Descripción de los estudios seleccionados (continuación)

Autor y año	Título	Tipo de intervención	Tipo de estudio	Muestra	Evaluación	Objetivos	Resultados	Conclusiones
Phillips et al. (2009)	EMDR treatment of past domestic violence	EMDR	Estudio de caso	Víctima de violencia de género de 30 años con TEPT	BDI, PSTD, PTCI IES- y SUD	Evaluar la eficacia de EMDR en una mujer víctima de violencia de género	El tratamiento con EMDR ha resultado ser eficaz y rápido en abordar el TEPT y los síntomas comórbidos de la paciente	Se concluye que la intervención con EMDR es apta para tratar el TEPT y los síntomas comórbidos en víctimas de violencia de género, manteniendo las mejorías a largo plazo

Tabla 3.8

Descripción de los estudios seleccionados (continuación)

Autor y año	Título	Tipo de intervención	Tipo de estudio	Muestra	Evaluación	Objetivos	Resultados	Conclusiones
Santandreu y Ferrer-Pérez (2014)	Behavioural Activation for the treatment of PTSD: a pilot study	TCC	Estudio de casos	98 mujeres adultas víctimas de violencia de género con TEPT	Entrevista semiestructurada, EGS y BDI	Evaluar la eficacia de la TCC para tratar el TEPT en mujeres víctimas de violencia de género	Se obtiene una gran disminución tanto del TEPT como de la depresión en la mayoría de las participantes	La TCC es razonablemente eficaz para tratar el TEPT y la depresión que presentan las mujeres víctimas de violencia de género

Tabla 3.9

Descripción de los estudios seleccionados (continuación)

Autor y año	Título	Tipo de intervención	Tipo de estudio	Muestra	Evaluación	Objetivos	Resultados	Conclusiones
Tarquinio et al. (2012)	Terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) en el tratamiento de víctimas de violencia doméstica: estudio piloto	EMDR	Ensayo controlado aleatorizado	36 mujeres adultas víctimas de violencia de género con TEPT	IES, STAI, CES-D y SUD	Examinar la capacidad de EMDR en comparación con la terapia ecléctica para disminuir los signos del TEPT, así como los niveles de ansiedad y depresión en víctimas de violencia de género	Los resultados respaldan los beneficios de la terapia EMDR para abordar el TEPT y los síntomas comórbidos en víctimas de violencia de género	La terapia EMDR es eficaz en este contexto, puesto que muestra una disminución significativa del TEPT y ansiedad en comparación con las participantes que recibieron terapia ecléctica, manteniendo los resultados a largo plazo

3.3 Resumen de los estudios

3.3.1 Resultados del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) tras la intervención con la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR)

El estudio de Cáceres-Ortiz et al. (2011) señala que todas las participantes cumplían con los criterios diagnósticos del TEPT según el DSM-IV-TR antes de la intervención con la TCC. Sin embargo, los promedios de cada criterio y la escala global del TEPT disminuyeron significativamente después del tratamiento, situándose por debajo de los puntos de corte establecidos. La puntuación promedio de la escala global del TEPT pasó de 25.26 antes del tratamiento a 9.38 después del tratamiento, muy por debajo del punto de corte (15), lo que indica una reducción significativa del TEPT. En relación con la reexperimentación, se destacó que antes del tratamiento el 84.9% de las mujeres presentaban síntomas, mientras que después del tratamiento solo el 17.8% los experimentaron. En cuanto a la evitación, del 76.7% que la presentaban antes del tratamiento, solo el 20.5% la experimentaron después del tratamiento. En relación con la hiperactivación, se redujo la sintomatología del 74% antes del tratamiento al 13.7% después del tratamiento.

El estudio de Habigzang et al. (2019) sugiere que tras la intervención con la TCC se observó una notable reducción en los síntomas del TEPT en los casos de las pacientes 2, 3 y 4. Se confirmó que el diagnóstico de TEPT, que estaba presente en el pre-test en los casos 2, 3 y 4 no se identificó en el post-test. Sin embargo, en el caso 1, sí se observó un diagnóstico de TEPT después de la intervención, lo que sugiere una falta de mejoría en este aspecto para esta participante.

El estudio de Kubany et al. (2004) expone que tras la TCC el 91% de las mujeres diagnosticadas de TEPT en el grupo de tratamiento inmediato ya no cumplían los criterios de diagnóstico para el TEPT. Asimismo, en la condición de terapia retrasada, el 80% tampoco cumplía ya con los criterios de diagnóstico para el trastorno mencionado, con reducciones similares en los síntomas de reexperimentación, evitación e hiperactivación, según los criterios del DSM-IV.

En el estudio de Labrador et al. (2009) se ha de señalar que todas las mujeres que participaron en el estudio, tanto en el grupo experimental como en el grupo de control, padecían TEPT crónico al comienzo de la investigación. En el grupo de tratamiento, el 80% de las participantes lograron superar el TEPT, tras la TCC ya no cumplían con los criterios para su diagnóstico TEPT. Presentaron una reducción del 68.4% en la puntuación global del trastorno mencionado, del 79.3% en la escala de

reexperimentación, del 67.7% en la escala de evitación y del 58.1% en la escala de hiperactivación. Sin embargo, en el grupo de control, todas las participantes aún presentaban los mismos niveles del trastorno.

El estudio de Meneses (2022) señala que la reducción del TEPT en el grupo EMDR fue mayor que en la Terapia de Exposición Narrativa (NET) con una diferencia significativa ($d = 0.59$).

El estudio de Montes-Berger et al. (2011) determina que en la fase pre-tratamiento todas las participantes presentaban puntuaciones altas que indicaban TEPT severo, con puntuaciones por encima del punto de corte (15). Sin embargo, en la evaluación tras la intervención con EMDR, ninguna de las participantes mostraba puntuaciones por encima del punto de corte para el trastorno mencionado ni alcanzaba las puntuaciones mínimas en cada una de las subescalas (5 puntos en reexperimentación, 6 en evitación y 4 en aumento de activación) para ser considerado este trastorno.

En el estudio de Philips et al. (2009) al inicio del tratamiento, la participante presentaba un TEPT de gravedad moderada, con una puntuación de 21. Sin embargo, tras la intervención con EMDR, todas sus puntuaciones de TEPT, intrusión y evitación de pensamientos relacionados con el trauma (medidos por PTSD e IES-R respectivamente) fueron 0. Además, su puntuación en el Inventario de Cogniciones Post-Traumáticas (PTCI) disminuyó significativamente de 80 a 33.

En el estudio de Santandreu y Ferrer-Pérez (2014) inicialmente existía una alta prevalencia de síntomas de TEPT, con hasta un 76% de la muestra total. Sin embargo, tras la TCC este porcentaje disminuyó al 57% para aquellas que sufrieron maltrato psicológico, al 23.3% para aquellas que sufrieron maltrato sexual y al 40% para aquellas que experimentaron maltrato físico y psicológico combinados.

Finalmente, en el estudio de Tarquinio et al. (2012) las participantes tratadas con EMDR mostraron una disminución del 40% en las puntuaciones del TEPT total, del 35% en evitación y del 30% en intrusión. Asimismo, la terapia EMDR superó significativamente a la terapia ecléctica.

3.3.2 Síntomas comórbidos en las víctimas tras la aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR)

El estudio de Cáceres-Ortiz et al. (2011) indica que se obtuvo una mejora significativa en la sintomatología comórbida de las pacientes tras la intervención con

la TCC. Con respecto a la ansiedad, el porcentaje de mujeres con sintomatología diagnóstica disminuyó del 69.9% antes del tratamiento al 21.9% después del mismo. Respecto a la depresión, disminuyó en el conjunto de participantes del 46.6% antes del tratamiento al 12.3% después de este. La inadaptación también se redujo significativamente, pasando del 93.2% antes del tratamiento al 30% después. En cuanto a las cogniciones postraumáticas, el promedio se redujo de 10.91 antes del tratamiento a 7.45 después del mismo. Se observó una mejora en la autoestima, con una reducción del porcentaje de mujeres con autoestima baja del 53.4% antes del tratamiento al 4.1% después de este. Además, el 95.9% de las mujeres reportaron sentirse mejor consigo mismas después del tratamiento. En términos de adaptación, el porcentaje de las participantes que afirmaban estar adaptadas aumentó del 6.8% antes del tratamiento al 58.9% después de este.

Mediante el estudio de Gil-Iñiguez (2016) se obtiene que, tras la intervención mediante la TCC, se observa una reducción significativa en los síntomas de ansiedad y depresión de la paciente. La frecuencia y duración de estos síntomas disminuyeron progresivamente a lo largo del tratamiento. Las evaluaciones finales indicaron puntajes más bajos en ansiedad y depresión, demostrando una mejora en el estado emocional de la paciente. En la actualidad, la paciente ha sido dada de alta y ha retomado su vida con una actitud más positiva.

El estudio de Habigzang et al. (2019) indica que después de la intervención con la TCC, se observó una significativa reducción de los síntomas de ansiedad en las pacientes 1, 2 y 4, con cambios clínicamente significativos, reflejados en los índices de ansiedad: participante 1 (Índice de mejora clínica = -3.1), participante 2 (IMC = -3.9) y participante 4 (IMC = -3.7). La paciente 3 mantuvo niveles estables de ansiedad (IMC = -1.9). En cuanto a la depresión, la participante 2 mostró mejoras clínicamente significativas (IMC = -2.6), mientras que las participantes 1 (IMC = -0.9), 3 (IMC = 0.1) y 4 (IMC = -0.8) mantuvieron niveles estables.

El estudio de Kubany et al. (2004) determina que, en la condición de terapia inmediata, el 83% de las participantes no cumplieron con los criterios de depresión en la evaluación posterior a la TCC. Asimismo, en el grupo de tratamiento tardío, el 75% de las participantes obtuvieron puntuaciones dentro del intervalo estándar en la evaluación de la depresión tras el tratamiento.

En el estudio de Labrador et al. (2009) las participantes del grupo de tratamiento, tras la TCC experimentaron una reducción significativa en los niveles de depresión (57%), un aumento en la autoestima (25%) y una mejora en la adaptación global, especialmente en áreas como la vida social y las cogniciones negativas acerca de sí mismas (27% y 22% respectivamente). Sin embargo, en el grupo control no se registraron diferencias significativas entre el pre y el post tratamiento.

El estudio de Meneses (2022) indica que las pacientes tratadas con EMDR mostraron mayores cambios entre el pre y postratamiento en la reducción de la ansiedad (media = 9.71; desviación estándar= 4.59) en comparación con el grupo tratado con la terapia de exposición narrativa (NET) (M = 4.98; DS = 3.37), con un tamaño de efecto moderado (diferencia entre las terapias= 0.62). Además, las pacientes tratadas con EMDR experimentaron mayores cambios en la reducción de la depresión (M = 6.1; DS = 3.5) en comparación con el grupo tratado con NET (M = 4.9; DS = 3.3), (d = 0.51). En cuanto al índice de calidad de vida, el grupo de EMDR mostró mayores cambios entre el pre y postratamiento (M = -23.3; DS = 13.9) en comparación con el grupo de NET (M = -9.1; DS = 9.2), (d = 0.52). Igualmente, las pacientes tratadas con EMDR mostraron mejoras significativas en las pruebas de memoria de trabajo (M = -0.90; DS = 0.51) y capacidad atencional (M = 0.53; DS = 0.35) en comparación con el grupo de NET, (d = 0.23 y 0.27, respectivamente). En las pruebas de velocidad de procesamiento y funciones ejecutivas, el grupo e EMDR también mostró un mejor rendimiento en comparación con el grupo de NET, pero en menor diferencia (d = > 0.20 < 0.50).

En el estudio de Philips et al. (2009) la participante presentaba una puntuación en el BDI de 13, indicando depresión leve. Tras el tratamiento con EMDR su puntuación en el inventario mencionado disminuyó a 0, lo que representa una disminución del 100%.

En el estudio de Santandreu y Ferrer-Pérez (2014) se observa una reducción en los síntomas de depresión en las víctimas. Antes del tratamiento, el 84% de las mujeres mostraban algún grado de sintomatología depresiva. No obstante, tras la TCC los resultados muestran una reducción en los niveles de depresión en varios grupos. Los porcentajes de reducción en los síntomas de depresión varían según el tipo de maltrato sufrido por las participantes, con reducciones que van desde el 3% hasta el 65.7%.

Para terminar, en el estudio de Tarquinio et al. (2012) se aprecia una reducción significativa en el grupo sometido a EMDR en los síntomas de ansiedad con un tamaño de efecto entre 2.3 y 3.1 ($p < 0.001$), mientras que no se observaron diferencias significativas en el grupo de terapia ecléctica ($p = 0.11$). En cuanto a los síntomas depresivos, se registró una disminución estadísticamente significativa en el grupo tratado con EMDR ($p < 0.001$), sin embargo, no se observaron grandes cambios en el grupo de terapia ecléctica. Con respecto al SUD, se observó una reducción significativa en el grupo EMDR ($p < 0.001$), mientras que no se observaron diferencias relevantes en el grupo de terapia ecléctica ($p = 0.11$).

3.3.3 Sesiones requeridas para tratar a las víctimas con la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la Terapia de

Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR)

El estudio de Cáceres-Ortiz. et al (2011) consistió en la aplicación de la TCC mediante 8 sesiones grupales cada una con una duración de 100 minutos, excepto las dos últimas sesiones que duraron 120 minutos. Se dividió en cuatro etapas, abarcando relajación, participación en actividades placenteras, terapia cognitiva y de exposición, capacitación en asertividad y manejo de situaciones difíciles. Se utilizó la técnica de psicoeducación para explicar cada sesión y la importancia de intervenir en los procesos emocionales y de adaptación.

En el estudio de Gil-Iñiguez (2016) la duración total de la intervención mediante la TCC fue de 3 meses, con 9 sesiones presenciales. El tratamiento se estructuró en tres etapas: educativa, de intervención y prevención de recaídas. En la fase educativa se abordaron conceptos sobre relaciones de pareja y violencia de género. La fase de intervención incluyó reestructuración cognitiva, habilidades sociales y desensibilización sistemática. La fase de prevención de recaídas se centró en revisar los cambios y estrategias aprendidas. Posteriormente, se realizaron ensayos conductuales para enfrentar situaciones desafiantes relacionadas con la expareja y se prepararon estrategias para afrontarlas.

En el estudio de Habigzang et al. (2019) se necesitaron 13 semanas para tratar a las víctimas mediante la TCC impartiendo una sesión por semana, lo que es un total de 13 sesiones de tratamiento. La intervención se dividió de 4 etapas: psicoeducación y reestructuración cognitiva, exposición gradual a los hechos traumáticos, resolución de problemas, y prevención de caídas. Se comenzó con la explicación del modelo cognitivo y la dinámica de la violencia en las primeras sesiones, terminando con el desarrollo de estrategias para la prevención de recaídas en las últimas sesiones. Durante este proceso se abordaron diversos aspectos emocionales, cognitivos y sociales de las participantes, con el objetivo de mejorar su bienestar psicológico y retomar su vida.

En el estudio de Kubany et al. (2004) la TCC constó de 11 sesiones divididas en 6 semanas. Las sesiones de terapia eran individuales, de una hora y media, y se segmentaron en 3 etapas principales. En las sesiones 1-4, se estableció la relación terapéutica, se exploró la historia del trauma y se abordaron temas como la indefensión aprendida y el manejo del estrés. Las sesiones 5-7 se centraron en la terapia cognitiva para abordar la culpa relacionada con el trauma. Por último, en las sesiones 8-11, se enfocaron en la autodefensa y el empoderamiento, con entrenamiento en habilidades de asertividad y estrategias de autodefensa. El tratamiento siguió un manual de procedimiento detallado, con énfasis en la adherencia del terapeuta al protocolo.

En el estudio de Labrador et al. (2009) la TCC consistió en 8 sesiones semanales de 60 minutos cada una, durante un periodo de 2 meses. En la primera sesión se establecieron normas de trabajo, se explicó el problema y los objetivos del tratamiento junto con conceptos sobre el ciclo de la violencia, seguido de entrenamiento en control de la respiración. En las sesiones siguientes se realizaron revisiones de tareas anteriores, reevaluaciones cognitivas, solución de problemas y seguimiento en la práctica de control de la respiración. En la última etapa del tratamiento se trabajó la exposición gradual a situaciones temidas, se proporcionaron herramientas para manejar pensamientos negativos, mejorar la autoestima, resolver problemas y enfrentar el miedo a través de la exposición controlada.

El estudio de Meneses (2022) se llevó a cabo mediante 10 sesiones con una duración de 60 minutos cada una, con un mínimo de 1 sesión y un máximo de 2 al mes. En el grupo tratado con EMDR, se aplicó el protocolo estándar en 8 fases de tratamiento, entre las que se incluyen las fases de desensibilización, la instalación de cogniciones positivas y el chequeo corporal.

El estudio de Montes-Berger et al. (2011) se basó en la aplicación de la terapia EMDR mediante 8 sesiones, una cada semana. Se comenzó con la redacción de la historia traumática, seguida del entrenamiento en técnicas de respiración y relajación. Posteriormente, se desensibilizó el episodio traumático a través de movimientos bilaterales durante 5 sesiones de 10 minutos cada una. Para acabar, se pasó a la instalación de creencias positivas, cerrando la intervención con la comprobación de emociones negativas y una reevaluación del TEPT.

El estudio de Philips et al. (2009) consistió en la aplicación de EMDR mediante un total de 12 sesiones. En las primeras sesiones se trataron las reacciones normales al trauma, la práctica de la respiración se enseñó a calificar las unidades subjetivas de perturbación (SUD) y se abordaron recuerdos específicos relacionados con la violencia experimentada utilizando la estimulación bilateral. Por tanto, las sesiones intermedias se centraron en recuerdos específicos del maltrato, mientras que las últimas se enfocaron en trabajar su capacidad para confiar en su juicio y en las relaciones con los hombres.

En el estudio de Santandreu y Ferrer-Pérez (2014) la TCC tuvo una duración de 6 meses, con un total de 13 sesiones quincenales, cada una con una duración de 50 minutos. En la primera sesión se realizó una entrevista semiestructurada para acoger a la víctima, seguida de una evaluación psicológica. En la segunda sesión, se abordaron el TEPT y la depresión. En las sesiones 3 y 4 se llevó a cabo la devolución de resultados de la evaluación psicológica, así como tareas de activación conductual, psicoeducación sobre TEPT y depresión, y técnicas de respiración diafragmática. Las

sesiones 5 y 6 se centraron en la realización de la jerarquía de exposición, tanto en imaginación como en vivo. En las sesiones 7 y 8 se continuaron con las técnicas mencionadas. En las sesiones 9 y 10 se trataron las distorsiones cognitivas, la detección de culpa y vergüenza, y se asignaron tareas para casa con pruebas de realidad. Las sesiones 11 y 12 incluyeron repasos de detección de distorsiones y resolución de problemas. Finalmente, en la última sesión se llevó a cabo una evaluación psicológica centrada nuevamente en el TEPT y la depresión.

Por último, en el estudio de Tarquinio et al. (2012) la intervención con EMDR consistió en 5 sesiones con una duración de 60 minutos cada una. Las participantes tuvieron la opción de elegir entre EMDR o terapia ecléctica. Las participantes incluidas en el grupo de terapia EMDR recibieron únicamente el tratamiento del protocolo estándar, sin métodos adicionales.

3.3.4 Mantenimiento de las mejorías obtenidas tras el tratamiento con la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) durante el seguimiento

El estudio de Cáceres-Ortiz et al. (2011) señala que, tras un mes de seguimiento, aumentaron las mejorías en TEPT, ansiedad, depresión, autoestima, inadaptación y cogniciones postraumáticas tras la intervención con la TCC. En particular, la ansiedad disminuyó de una media de 11.90 en el post-test a 11.11 en el seguimiento; la depresión de 18.77 a 11.11; la autoestima aumentó de 29.01 a 35.93; la inadaptación pasó de 7.96 a 7.01. Sin embargo, en el primer mes las cogniciones postraumáticas aumentaron, pasando de 7.45 en el post-test a 7.84. En cuanto a la reexperimentación, la puntuación promedio disminuyó de 3.05 a 2.34; la evitación de 3.92 a 3.24; la hiperactivación de 2.51 a 2.23 y la escala global del TEPT de 9.38 a 7.81. Después de 3 meses de seguimiento estas mejorías se mantuvieron e incluso continuaron mejorando, con valores aún más bajos en todas las áreas evaluadas. Finalmente, después de 6 meses de seguimiento se evidenció una tendencia continua de reducción en los síntomas, con valores de ansiedad, depresión, inadaptación y cogniciones postraumáticas significativamente más bajas que en las mediciones anteriores. Además, la autoestima continuó aumentando progresivamente, mostrando una mejora constante a lo largo del tiempo, llevando a una puntuación de 37.02, lo que se traduce en una autoestima bastante por encima del punto de corte.

El estudio de Kubany et al. (2004) establece que las evaluaciones de seguimiento a los tres y seis meses demostraron que las mejorías obtenidas por las pacientes tras la TCC se mantuvieron de manera consistente. En ambas condiciones de tratamiento

(inmediato y tardío), las pruebas de medida repetida no mostraron diferencias significativas entre las puntuaciones post-tratamiento y las de seguimiento. Además, un alto porcentaje de las participantes, el 87% en el seguimiento de tres meses y el 81% en el seguimiento de seis meses, no cumplían con los criterios de diagnóstico de TEPT. Asimismo, se observó que el 69% de las participantes tuvieron un buen funcionamiento final en la evaluación postratamiento y que este porcentaje se mantuvo en el seguimiento a los tres y seis meses, con el 68% y el 70% respectivamente, lo que sugiere una persistencia de los beneficios obtenidos tras la terapia.

En el estudio de Labrador et al. (2009) se muestran diferencias estadísticamente significativas entre el pre-tratamiento y el seguimiento a los seis meses después de haber concluido la TCC en el grupo experimental. Con relación al TEPT, a los seis meses se registró una reducción significativa en la gravedad de los síntomas, con disminuciones notables en las subescalas de reexperimentación, evitación y aumento de hiperactivación, con porcentajes de cambio de -70%, -76% y -83% respectivamente. Igualmente, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables comórbidas evaluadas: depresión, autoestima, inadaptación y cogniciones postraumáticas, con porcentajes de cambio de -66%, 27%, -49% y -41% respectivamente.

En el estudio de Philips et al. (2009) se realizó un seguimiento a los tres meses donde se señaló que los avances obtenidos tras la terapia EMDR se habían mantenido. Sus puntuaciones a los tres meses en el BDI, PTSD e IES-R fueron todas 0, y su puntuación en el PTCI disminuyó significativamente de 80 a 33. Además, una evaluación realizada por un examinador ciego, utilizando la entrevista SCID para evaluar el TEPT, determinó que ya no cumplía con los criterios para el trastorno mencionado.

Finalmente, en el estudio de Tarquinio et al. (2012) se realizó un seguimiento a los seis meses donde se indicaba el mantenimiento de las mejorías tanto en la intervención con EMDR como con la terapia ecléctica. Se registró una reducción significativa en las puntuaciones de ansiedad, depresión y TEPT entre el pre-test y el seguimiento a los seis meses en ambos grupos de tratamiento. Sin embargo, el grupo de EMDR mostró una reducción más pronunciada en las medidas de ansiedad ($p < 0.03$), depresión ($p < 0.001$) y estrés ($p < 0.001$) en comparación con el grupo de terapia ecléctica y el grupo control.

3.4 Evaluación de la calidad metodológica

Se evaluó la calidad metodológica de los artículos usando la escala Mixed Methods

Appraisal Tool (MMAT) (Hong et al., 2018). La MMAT es una herramienta de evaluación crítica diseñada para revisiones sistemáticas que incluyen estudios empíricos cuantitativos, cualitativos y mixtos. Cuenta con cinco ítems que evalúan la estrategia de muestreo, la representatividad de la muestra, la adecuación de las mediciones, el riesgo de sesgo de no respuesta y la adecuación de los análisis estadísticos.

La evaluación de la calidad metodológica de cada estudio se resume en la Tabla 4. Todos los estudios cumplieron un mínimo del 80% de los criterios y el porcentaje medio de criterios cumplidos fue del 84%.

Tabla 4

Riesgo de sesgo en los estudios

Referencia	P1	P2	P3	P4	P5	% de cumplimiento
Cáceres-Ortiz et al. (2011)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	100
Gil-Iñiguez (2016)	Sí	No	Sí	Sí	Sí	80
Habigzang et al. (2019)	Sí	No	Sí	Sí	Sí	80
Kubany et al. (2004)	Sí	Sí	Sí	No	Sí	80
Labrador et al. (2009)	Sí	No	Sí	Sí	Sí	80
Meneses (2022)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	100
Montes-Berger et al. (2011)	Sí	No	Sí	Sí	Sí	80
Phillips et al. (2009)	Sí	No	Sí	Sí	Sí	80

Tabla 4.1*Riesgo de sesgo en los estudios (continuación)*

Referencia	P1	P2	P3	P4	P5	% de cumplimiento
Santandreu y Ferrer-Pérez (2014)	Sí	Sí	Sí	No	Sí	80
Tarquino et al. (2012)	Sí	No	Sí	Sí	Sí	80

Nota. P1: ¿La estrategia de muestreo es relevante para abordar la pregunta de investigación?; P2: ¿La muestra es representativa de la población objetivo?; P3: ¿Son adecuadas las mediciones? P4: ¿Es bajo el riesgo de sesgo de no respuesta?; P5: ¿Es adecuado el análisis estadístico para responder a la pregunta de investigación?

4. Discusión

El propósito de la presente revisión sistemática fue evaluar la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) para abordar el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en mujeres adultas víctimas de violencia de género, tratando tanto los síntomas centrales como los comórbidos frecuentes (depresión, ansiedad, estrés, culpa y desregulación emocional). Aunque los síntomas pueden variar según las circunstancias y la historia personal de las mujeres que experimentan violencia de género, los estudios presentados indican que con mayor frecuencia presentan TEPT, seguido de depresión y ansiedad (Ortega et al., 2004); siendo el TEPT la clasificación más adecuada para describir la sintomatología observada en esta población, y los síntomas de reexperimentación e hiperactivación los más prevalentes, mientras que los de evitación los menos frecuentes (Santandreu y Ferrer, 2014).

Para la elaboración de la presente investigación se revisaron diferentes estudios disponibles hasta la fecha, sintetizándolos cualitativa y cuantitativamente para identificar el impacto de cada intervención. Asimismo, siguiendo las

directrices del método PRISMA se incluyeron un total de 10 estudios que cumplieron finalmente con la totalidad de los criterios de inclusión establecidos.

Se analizó la eficacia de cada una de las intervenciones (TCC y EMDR) tanto en el post- tratamiento y tras un periodo de seguimiento, como en comparación con otras terapias, así como los objetivos específicos propuestos. Se debatieron los resultados del TEPT y los síntomas comórbidos tras cada una de las terapias mencionadas, las sesiones requeridas para tratar a las víctimas y, por último, el mantenimiento de las mejorías a largo plazo.

4.1 Interpretación de los resultados de la intervención con la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

Los hallazgos de la investigación realizada sobre la eficacia de la TCC para tratar el TEPT en víctimas de violencia de género manifiestan que tras el postratamiento de la terapia mencionada se produce una disminución significativa en los niveles del TEPT y los síntomas comórbidos (depresión, ansiedad, estrés, desregulación emocional y culpa) que previamente estaban presentes, mientras que el grupo de control mantiene los mismos niveles del trastorno (Cáceres-Ortiz et al., 2011; Gil-Iñiguez, 2016; Habigzang et al., 2019; Kubany et al., 2004; Labrador et al., 2009; Santandreu y Ferrer-Pérez, 2014). Estos resultados son coherentes con los encontrados previamente (Crespo y Arinero, 2010; Echeburúa et al., 2013; Johnson y Zlotnick, 2006; Lucânia et al., 2009; Petersen et al., 2019). De la misma manera, cabe destacar tanto la eficacia como la rapidez con la que se consiguen los cambios con esta terapia, puesto que solo se ha requerido de una media de 11 sesiones para tratar un asunto tan complejo, como es el TEPT tras sufrir violencia de género (Cáceres-Ortiz et al., 2011; Gil- Iñiguez, 2016; Habigzang et al., 2019; Kubany et al., 2004; Labrador et al., 2009; Santandreu y Ferrer-Pérez, 2014). Datos similares se encontraron en el estudio de Crespo y Arinero (2010), donde solo precisaron de 8 sesiones de tratamiento. No obstante, en los estudios de Echeburúa et al. (2013) y Lucânia et al. (2009) se necesitaron un total de 17 y 45 sesiones individuales, respectivamente.

Además, los estudios que han realizado un seguimiento y evaluado a mujeres que han sufrido maltrato, tanto durante su permanencia en una relación abusiva como después de salir de la misma, señalan que una proporción significativa de ellas aún experimenta dificultades de salud mental entre 6 meses y 3 años después (De Piñar-Prats, 2022). Por lo tanto, es recomendable realizar un seguimiento para evaluar si las mejorías alcanzadas durante la intervención se mantienen. Del mismo modo, los estudios seleccionados que han realizado una evaluación posterior a la TCC afirman que los avances se mantienen, por lo que se

confirma que esta terapia es eficaz a largo plazo (Cáceres-Ortiz et al., 2011; Gil-Iñiguez, 2016; Habigzang et al., 2019; Kubany et al., 2004; Labrador et al., 2009; Santandreu y Ferrer- Pérez, 2014). Esto va en línea con los estudios previos que realizaron seguimiento (Crespo y Arinero, 2010; Johnson y Zlotnick, 2006).

Por otra parte, en los estudios señalados se sugiere que la activación conductual, componente fundamental de la TCC, contribuye a la mejoría de los síntomas depresivos y a superar las cogniciones postraumáticas persistentes tras haber experimentado una relación de maltrato. Además, prepara el terreno para las tareas de exposición, reemplazando las conductas de evitación, que son responsables del mantenimiento de los síntomas, como se ha observado en casos de TEPT (Mairal, 2010).

Del mismo modo, gran parte de la intervención se centra en las tareas de exposición, tanto dirigidas por el terapeuta en sesión como actividades para realizar en casa. Así, se reconoce que la técnica de exposición ha sido destacada como el método principal para tratar el TEPT, debido a que ayuda al paciente a procesar la experiencia traumática de manera controlada, permitiendo que los recuerdos traumáticos pierdan su poder emocional y se integren de manera más funcional, modificando sus pensamientos y acciones (APA, 2006; Foa y Meadows, 1997; Vaca et al., 2021). La reestructuración cognitiva también es ampliamente empleada en el abordaje del TEPT, puesto que modifica los pensamientos perturbadores por otros más adaptados a la realidad (Vaca et al., 2021).

4.2 Interpretación de los resultados de la intervención con la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR)

Al contrario que en el estudio previo de Stapleton et al. (2007), en los estudios seleccionados se aprecia una reducción significativa tanto del TEPT como de los síntomas comórbidos a través de las puntuaciones en las escalas para medir el trastorno y los diferentes síntomas comórbidos, tanto en la comparación pre-test, post-test y seguimiento, como con el grupo de control, en el cual no se produce ninguna mejoría (Meneses, 2022; Montes-Berger et al., 2011; Phillips et al., 2009; Tarquinio et al., 2012). Así, el mero transcurso del tiempo no basta para mejorar la situación de las víctimas de violencia de género, quienes suelen encontrarse en circunstancias altamente perjudiciales. En ausencia de intervenciones psicológicas adecuadas, existe el peligro de que los eventos violentos se acumulen y aumenten significativamente junto con sus repercusiones psicológicas.

En cuanto a la comparación con grupos de control activos, en el estudio de

Meneses (2022) y en el de Tarquinio et al. (2012) la terapia EMDR se mostró más eficaz que la terapia de exposición narrativa y la terapia ecléctica respectivamente, tanto en la reducción del TEPT como de los síntomas comórbidos. No obstante, en el estudio previo de Stapleton et al. (2007) se obtuvieron mejores resultados con la terapia de exposición que con EMDR.

Además de la reducción del TEPT en los estudios analizados, las pacientes reportaron que el episodio traumático tratado ya no estaba vinculado con emociones negativas o dolorosas y expresaban afirmaciones positivas relacionadas con la superación de dicho episodio. Igualmente, tras la intervención con EMDR manifestaron un SUD=0, por lo tanto, se consiguió la regulación de sus emociones desadaptativas y la neutralización de su nivel de malestar. Asimismo, estas mejorías se mantuvieron durante el seguimiento a 3 y 6 meses (Phillips et al., 2009; Tarquinio et al., 2012). Sin embargo, Stapleton et al. (2007) evidencian que las mejorías no se mantuvieron durante el seguimiento, debido a las altas puntuaciones en el inventario de depresión de Beck y la gravedad inicial del TEPT. Por lo tanto, se sugiere que futuros estudios incluyan más datos para realizar análisis estadísticos adicionales y así fortalecer las conclusiones derivadas de esta investigación.

La rapidez en producir resultados, que permite obtener mejoras significativas en pocas sesiones, constituye una de sus principales ventajas; dado que solo se ha precisado de un promedio 8 sesiones para abordar una problemática tan compleja (Meneses, 2022; Montes- Berger et al., 2011; Phillips et al., 2009; Tarquinio et al., 2012). En esta línea, el estudio de Stapleton et al. (2007) también requirió de un total de 8 sesiones de tratamiento, aunque no se produjo una reducción significativa del TEPT.

Los estudios seleccionados respaldan la evidencia de que el método EMDR facilita un procesamiento más adaptativo de la información relacionada con el suceso traumático en víctimas de violencia de género, ayudándolas a reducir su malestar y superar el trauma (Meneses, 2022; Montes-Berger et al., 2011; Phillips et al., 2009; Tarquinio et al., 2012).

Tras la presente investigación se destaca la relevancia de sugerir la capacitación en el método terapéutico EMDR a los especialistas de la salud mental, con el propósito de que puedan evaluar su aplicación en los servicios de salud pública donde interactúan con mujeres que han sufrido violencia de género. No obstante, es crucial que se publique más literatura científica sobre estudios de casos y ensayos controlados aleatorizados para ver cómo las víctimas de violencia de género responden con la técnica EMDR, puesto que hay una carencia significativa de investigación en esta población concreta.

En contacto directo con la propia asociación de EMDR de España, no refieren más investigación realizada con esta terapia en víctimas de violencia de género que la propuesta en la presente revisión. Sin embargo, sí se han realizado gran cantidad de estudios sobre esta técnica para tratar el TEPT en víctimas de agresiones sexuales, siendo efectiva, pero esta población no entra dentro de los criterios de inclusión planteados. Adicionalmente a esta investigación, tanto la APA como la OMS la reconocen como una terapia eficaz para abordar el TEPT en víctimas de violencia de género (Asociación EMDR España, 2013; Puente, 2013). Del mismo modo, según el manual "Intervención en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja", la terapia EMDR se presenta como un enfoque de tratamiento fundamental para abordar los casos de mujeres que han sido víctimas de violencia de género y han vivido situaciones traumáticas (Garriga et al., 2010).

4.3 Limitaciones

Los resultados hallados deben ser interpretados teniendo en cuenta algunas limitaciones.

En los diferentes estudios se emplean distintos instrumentos de medición. Otra limitación es que uno de los estudios es de carácter cuasiexperimental, lo que indica que las participantes no han sido asignadas de forma aleatoria, por lo tanto, afecta a la validez de los resultados. Igualmente, se han incorporado cinco estudios de caso, los cuales presentan muestras muy reducidas, lo que restringe la aplicabilidad de los resultados a poblaciones más extensas debido al riesgo de sesgos causados por una representación insuficiente. La falta de representatividad y de un grupo control dificulta la validez externa y la atribución de causas y efectos. Aunque los estudios de caso ofrecen comprensión detallada de situaciones específicas, estas limitaciones destacan la importancia de interpretar los resultados con precaución y considerar su aplicabilidad en contextos más amplios.

Además, los estudios revisados han utilizado muestras heterogéneas en cuanto a la gravedad y la naturaleza del trauma experimentado por las participantes, lo que podría afectar la generalización de los resultados. Así, tanto la ausencia de control sobre variables externas como el apoyo social o el acceso a otros servicios de salud mental, podría haber influido en los resultados obtenidos. Por otra parte, la limitación del acceso al contenido de documentos de gran importancia para los objetivos del trabajo podría resultar en la omisión de información de calidad. Esta restricción se debe a que algunos documentos se encontraban protegidos por derechos de autor, otros requerían suscripciones de pago o solo estaban disponibles para ciertos usuarios autorizados.

Por último, otro motivo de sesgo es el número limitado de estudios, puesto que podría no ser suficiente estadísticamente para distinguir entre resultados casuales y

asimetría real. Se remarca la necesidad de aumentar la investigación en este campo, especialmente en la técnica EMDR.

4.4 Futuras líneas de investigación e implicaciones para la práctica clínica

Una futura línea de investigación interesante sería estudiar la posibilidad de combinar la TCC o EMDR con otras terapias complementarias, como podrían ser mindfulness o terapias expresivas, para evaluar si la integración de estas modalidades mejoraría los resultados de la intervención para tratar el TEPT en víctimas de violencia de género. De igual modo, sería de gran interés abordar si la participación del entorno social de las víctimas mejoraría los resultados terapéuticos, es decir, cómo la inclusión de familiares o redes de apoyo en el proceso terapéutico puede influir en los resultados de la TCC y EMDR en el tratamiento del TEPT en esta población.

Los resultados de los estudios sugieren unas determinadas implicaciones clínicas de gran relevancia para el tratamiento del TEPT en víctimas de violencia de género. Resulta vital considerar la adaptación de estas terapias a las necesidades individuales de cada paciente, así como a la gravedad y complejidad de su trauma. Esto se debe a que diferentes estudios señalan que las técnicas psicológicas pueden tener resultados diversos según la severidad del TEPT, indicando la necesidad de tratamientos más específicos (García-Martínez et al., 2012). También es crucial evaluar los síntomas del TEPT en relación con la naturaleza específica de la violencia experimentada por la mujer (física, psicológica, sexual o una combinación de estas).

Es importante reconocer que las mujeres que padecen TEPT tras sufrir violencia de género enfrentan situaciones muy variadas, lo que puede influir en su respuesta al tratamiento de manera diferenciada. Por consiguiente, es esencial que los estudios se realicen con muestras más homogéneas para identificar qué enfoque terapéutico puede ser más efectivo en las diversas situaciones. Igualmente, la duración del maltrato puede afectar a la eficacia del tratamiento, por lo que se resalta la importancia de adaptar el método terapéutico según la duración de la violencia sufrida. Además, el entorno familiar y social de la mujer debe ser considerado al determinar el tratamiento más apropiado, dado que el apoyo social puede ser crucial en su proceso de recuperación.

Finalmente, se requiere investigación adicional para desarrollar tratamientos adaptados específicamente a las diversas formas de violencia de género y así determinar la efectividad de dichos tratamientos según el tipo de violencia experimentada. De la misma manera, es de vital importancia evaluar y abordar los

síntomas comórbidos, como la ansiedad y la depresión, dado que estos pueden tener un impacto significativo en la respuesta al tratamiento y en la calidad de vida de la paciente, así como proporcionar un entorno terapéutico seguro y de apoyo, desarrollando una alianza terapéutica que promueva la participación y el compromiso con el tratamiento.

5. Conclusiones

Se concluye que los resultados de este análisis exhaustivo de la literatura científica proporcionan un respaldo empírico suplementario al examinar la eficacia de implementar un programa terapéutico fundamentado en la TCC o la terapia EMDR para abordar el TEPT y los diferentes síntomas comórbidos que presentan las víctimas de violencia de género.

Mediante la TCC se produce una reestructuración cognitiva donde los pensamientos disfuncionales se transforman en adaptativos, consiguiendo experimentar un bienestar que reflejará una perspectiva más saludable, manifestada en una percepción más positiva de su realidad, una autoestima mejorada, mejor calidad de vida y mayor satisfacción con esta. Con respecto a EMDR, se logra reducir el nivel de malestar y una adaptación más funcional de las emociones y pensamientos asociados al trauma mediante la desensibilización de las emociones y reprocesamiento del trauma. Además, la aportación de recursos positivos durante la terapia fortalece el procesamiento adaptativo e incrementa la posibilidad de establecer nuevos vínculos románticos.

Ambas intervenciones generan una disminución sustancial y rápida del TEPT y de los síntomas comórbidos, como las cogniciones postraumáticas, la ira, la culpa, la depresión y la ansiedad, tanto tras el tratamiento como a largo plazo. Es crucial la necesidad de llevar a cabo un seguimiento tras la terapia para la prevención de recaídas.

En cuanto a contrastar el tratamiento fundamentado en la terapia EMDR con otras formas de terapia para víctimas de violencia de género con TEPT (terapia ecléctica y terapia de exposición narrativa), esta investigación indica que la primera es más efectiva que las últimas.

A pesar de lo comentado anteriormente, existe una escasez significativa de estudios existentes relacionados con la eficacia de ambas técnicas para abordar el TEPT en esta población. Esto se puede deber a la victimización secundaria que supone someterse a terapia, ya que es muy probable revivir el maltrato durante el tratamiento, por ello muchas víctimas deciden no acudir ni compartir sus experiencias tras sufrir violencia de género. Igualmente, la complejidad de los casos también puede afectar la disponibilidad de las participantes para estos estudios. Para finalizar, se

evidencia la importancia de continuar explorando vías terapéuticas para apoyar a las víctimas de violencia de género, quienes experimentan situaciones tan complejas y traumáticas.

6. Sostenibilidad, objetivos y estrategias

La nueva agenda de desarrollo sostenible, que se implementará entre 2015 y 2030, es esencial para la consecución de los objetivos. Con ella se pretende avanzar en paz, una mayor cohesión, un crecimiento económico inclusivo y justicia social (Desarrollo Sostenible, 2017).

Un reciente informe que resume los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la ONU, titulado "El camino hacia la dignidad en 2030: erradicar la pobreza, mejorar la calidad de vida y preservar el medio ambiente" introduce un conjunto de "seis elementos fundamentales: dignidad, individuos, prosperidad, nuestro entorno, equidad y colaboración". Estos elementos no buscan agrupar ni reemplazar a los ODS, sino proporcionar orientación conceptual para el trabajo futuro (Desarrollo Sostenible, 2017).

Los 17 ODS, elaborados durante nueve meses de negociación, abordan una amplia gama de problemas socioeconómicos, incluyendo la pobreza, el hambre, la igualdad de género, la industrialización, el desarrollo sostenible, el pleno empleo, la educación de calidad, el cambio climático y la energía sostenible para todos. Los objetivos son (Desarrollo Sostenible, 2017).

1. Fin de la pobreza.
2. Hambre cero.
3. Salud y bienestar.
4. Educación de calidad.
5. Igualdad de género.
6. Agua limpia y saneamiento.
7. Energía asequible y no contaminante.
8. Trabajo decente y crecimiento económico.
9. Industria, innovación e infraestructura.
10. Reducción de las desigualdades.
11. Ciudades y comunidades sostenibles.
12. Producción y consumo responsables.
13. Acción por el clima.
14. Vida submarina.
15. Vida de ecosistemas terrestres.
16. Paz, justicia e instituciones sólidas.
17. Alianzas para lograr los objetivos.

Según Naciones Unidas (ONU, 2015) la sostenibilidad busca asegurar el bienestar actual sin comprometer el de las generaciones futuras, abordando las dimensiones ecológica, social y económica. Conceptualmente, implica equilibrio y armonía entre estas tres dimensiones.

La dimensión ecológica implica utilizar los recursos naturales para crear bienes y servicios ambientales junto con la responsabilidad de cuidar el medio ambiente. Avanzar en la idea de proteger el medio ambiente se convierte en el principal objetivo de esta dimensión. Esto implica asegurar que haya suficientes bienes y servicios ambientales disponibles cuando y donde se necesiten, una responsabilidad directa de la autoridad encargada de la política y gestión ambiental de cada país (Estrada y Mazorra, 2024). Igualmente, en la era del cambio climático es crucial comprender de manera integral los procesos que generan desequilibrios ambientales en el planeta. Además del impacto de los gases de efecto invernadero en el calentamiento global, es imprescindible considerar el uso excesivo de los recursos naturales para satisfacer necesidades de consumo que van más allá de lo necesario (Arias, 2016).

Basándonos en el aspecto social, encontramos las relaciones entre las personas, sus interacciones, la participación en la toma de decisiones y la redistribución de los beneficios del desarrollo. La dimensión social del desarrollo sostenible está intrínsecamente ligada a lo político-institucional. Se identifican tres aspectos fundamentales en la comprensión del concepto de sostenibilidad social (Puentes et al., 2021). Estos incluyen: 1) el desarrollo, que busca la satisfacción de necesidades básicas para fomentar la justicia y el capital social; 2) el puente hacia la sostenibilidad, que implica cambios de comportamiento necesarios para alcanzar objetivos; y 3) la preservación en el tiempo de lo que puede ser sostenido. Estos elementos se plantean con el fin de examinar cómo las discrepancias entre ellos impactan en el desarrollo sostenible (Puentes et al., 2021).

Con respecto a la sostenibilidad económica, se trata de mantener un sistema económico a largo plazo, equilibrando el uso de recursos, la generación de ingresos y la satisfacción de las necesidades presentes sin comprometer las posibilidades de las generaciones futuras para hacer lo mismo. Es decir, implica lograr un desarrollo económico que sea viable y no agote los recursos o cause daños al medio ambiente, permitiendo así un equilibrio entre el crecimiento económico, la equidad social y la preservación ambiental (Ortiz et al., 2020).

En la dimensión ambiental, las estrategias que se pueden incluir son la promoción de energías renovables, la gestión sostenible de recursos naturales y la reducción de residuos, así como la implementación de políticas de conservación y restauración de ecosistemas.

Desde una perspectiva social, es esencial fomentar la equidad, la inclusión y el

respeto a los derechos humanos. Las estrategias pueden abarcar programas educativos, acceso universal a servicios básicos y la promoción de la igualdad de género.

En el ámbito económico, la sostenibilidad implica un desarrollo que no agote los recursos ni genere desigualdades. Como estrategias se pueden proponer la implementación de modelos de negocios responsables, la inversión en tecnologías sostenibles y emprendimientos sociales que contribuyan al desarrollo sostenible.

La integración de estas tácticas promovería la sostenibilidad global al atender de manera conjunta los aspectos ambientales, sociales y económicos, impulsando así un futuro más equitativo y exitoso.

7. Referencias bibliográficas

- Aguirre, D., Pamela, Cova, S., Félix, Domarchi, G., Ma Paz, Garrido, C., Carol, Mundaca, LI., Ivania, Rincón, G., Paulina, Troncoso, V., Pamela, & Vidal, S., & Paulina. (2010). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 48(2), 114-122. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000300004>
- Ahmadi, K., Hazrati, M., Ahmadizadeh, M., & Noohi, S. (2015). REM desensitization as a new therapeutic method for post-traumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *Acta Médica Indonesia*, 47(2), 111-119. <https://www.researchgate.net/publication/280967784>
- Alou-Obrador, M. I., & Borrás-Sansaloni, C. (2022). *Revisión de tratamientos para el trastorno de estrés postraumático en casos de violencia de género*. <http://hdl.handle.net/11201/159335>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology: APA presidential task force on evidence-based practice. Washington, DC: APA. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2292502>
- Arias, B. N. (2016). El consumo responsable: educar para la sostenibilidad ambiental. *AIBI Revista de Investigación, Administración e Ingeniería*, 4(1), 29-34. <https://doi.org/10.15649/2346030x.385>
- Asociación EMDR España. (2013). <https://www.emdr-es.org/>
- Bailey, K. M. A., Trevillion, K., & Gilchrist, G. (2019). What works for whom and why: A narrative systematic review of interventions for reducing post-traumatic stress disorder and problematic substance use among women with experiences of interpersonal violence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 99, 88-103. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.12.007>
- Barnhill, J. W. (1 de febrero de 2013). Trastorno de estrés postraumático. Manual MSD Versión Para Profesionales. *New York-Presbyterian Hospital*. <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/trastorno-de-estr%C3%A9s-postraum%C3%A1tico-tept>
- Cáceres-Ortiz, E., Encinas, F. J. L., Ardila-Mantilla, P., & Parada-Ortiz, D. (2011).

- Tratamiento cognitivo conductual centrado en el trauma de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psychologia*, 5(2), 13-31.
<https://www.redalyc.org/pdf/2972/297224105002.pdf>
- Calvete, E., Corral, S., & Estévez, A. (2008). Coping as a mediator and moderator between intimate partner violence and symptoms of anxiety and depression. *Violence Against Women*, 14(8), 886-904.
<https://doi.org/10.1177/1077801208320907>
- Calvete, E., Estévez, A., & Corral, S. (2013). Trastorno por estrés postraumático y su relación con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres maltratadas. *Psicothema*, 19(3), 446-451.
<https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8553>
- Campbell, R., Sullivan, C. M., & Davidson, W. S. (1995). Women who use domestic violence shelters: Changes in depression over time. *Psychology of Women Quarterly*, 19(2), 237- 255. <https://doi.org/10.1111/1471-6402.1995.b00290.x>
- Canó, M. C. (2010). Reseña de violencia de género. Tratado psicológico y legal. *Intervención Psicosocial*, 19(2), 201-202.
<https://www.redalyc.org/pdf/1798/179815545011.pdf>
- Covers, M. L. V., De Jongh, A., Huntjens, R. J. C., De Roos, C., Van Den Hout, M., & Bicanic, I. (2021). Early intervention with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy to reduce the severity of post-traumatic stress symptoms in recent rape victims: A randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1).
<https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1943188>
- Crespo, M., & Arinero, M. (2010). Assessment of the efficacy of a psychological treatment for women victims of violence by their Intimate male partner. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 849-863.
<https://doi.org/10.1017/s113874160000250x>
- Da Costa-Santos, C. M., De Mattos Pimenta, C. A., & Nobre, M. R. C. (2007). The PICO strategy for research question construction and evidence search. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 508-511.
<https://doi.org/10.1590/s0104-11692007000300023>
- De Haan, K. L. B., Lee, C. W., Fassbinder, E., van Es, S. M., Menninga, S., Meewisse, M. L., Rikeboer, M., Kousemaker, M., & Artz, A. (2020). Imagery rescripting and eye movement desensitisation and reprocessing as treatment for adults

- with post-traumatic stress disorder from childhood trauma: Randomised clinical trial. *The British Journal of Psychiatry*, 217(5), 609-615. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.158>
- De la Peña-Leiva, A.A. (2015). Una perspectiva crítica de las prácticas psicosociales en violencia de género: caso Barranquilla. *Psicología desde el Caribe*, 32(2), 327– 342. <https://doi.org/10.14482/psdc.32.2.6500>
- De Piñar-Prats, A. (2022). *La violencia de género en la pareja, su manifestación y las consecuencias a largo plazo en mujeres y sus descendientes*. [Tesis de Maestría, Universidad de Granada]. <http://hdl.handle.net/10481/72864>
- Desarrollo Sostenible. (13 de noviembre de 2017). *La Asamblea General adopta la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>
- Dunlop, B. W., Kaye, J. L., Youngner, C., & Rothbaum, B. O. (2014). Assessing treatment-resistant posttraumatic stress disorder: The emory treatment resistance interview for PTSD (E- TRIP). *Behavioral Sciences*, 4(4), 511-527. <https://doi.org/10.3390/bs4040511>
- Duran, L. V. B., Martínez, M. M. B., & Álvarez, G. B. (2020). Trastorno por estrés postraumático. *Revista Médica Sinergia*, 5(9). <https://doi.org/10.31434/rms.v5i9.568>
- Dutton, M. A. (2009). Pathways linking intimate partner violence and posttraumatic disorder. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10(3), 211-224. <https://doi.org/10.1177/1524838009334451>
- Echeburúa, E., De Corral Gargallo, P., & Amor, P. J. (2003). Evaluation of psychological harm in the victims of violent crime. *Psychology in Spain*, 7(1), 10-18. <https://www.researchgate.net/publication/28068255>
- Echeburúa, E., Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (2013). Individual versus individual and group therapy regarding a cognitive-behavioral treatment for battered women in a community setting. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(10), 1783–1801. <https://doi.org/10.1177/0886260513511703>
- Ehlers, A., & Steil, R. (1995). Maintenance of intrusive memories in posttraumatic stress disorder: A cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 217-249. <https://doi.org/10.1017/135246580001585x>
- Estrada, E. M., & Mazorra, Á. P. (2024). Medio ambiente, desarrollo sostenible y escalas de sustentabilidad. *Revista Española De Investigaciones*

Sociológicas, 83, 151–175. <https://doi.org/10.5477/cis/reis.83.151>

Fernández-Alvarez, H., & Fernández-Álvarez, J. (2017). Terapia cognitivo conductual integrativa. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(2), 157. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.2.2017.18720>

Foa, E. B., & Meadows, E. A. (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annual Review of Psychology*, 48(1), 449-480. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.48.1.449>

Galovski, T. E., Werner, K., Iverson, K. M., Kaplan, S., Fortier, C. B., Fonda, J. R., Currao, A., Salat, D. H., & McGlinchey, R. E. (2021). A multi-method approach to a comprehensive examination of the psychiatric and neurological consequences of intimate partner violence in women: A methodology protocol. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.569335>

García-Martínez, J., Del Carmen Orellana-Ramírez, M., & Guerrero-Gómez, R. (2012). Relaciones entre la estructura cognitiva y la intensidad de la sintomatología en dos subgrupos de mujeres maltratadas: un esbozo de tipologías de las víctimas de la violencia contra la pareja. *Acción Psicológica*, 9(1), 47-60. <https://doi.org/10.5944/ap.9.1.436>

Garriga, A., Martín, J.C., Balanza, P., Bonilla, E., Cámara, J., Cánovas, S., Valero, E. (2010). Guía de práctica clínica de actuación en salud mental de mujeres maltratadas por su pareja. Murcia: Servicio Murciano de Salud. http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_470_maltratadas_compl.pdf

Gesteira, C., García-Vera, M. P., & Fernández, J. S. (2018). Porque el tiempo no lo cura todo: Eficacia de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma para el estrés postraumático a muy largo plazo en víctimas de terrorismo. *Clínica y Salud*, 29(1), 9-13. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a3>

Gil-Iñiguez, A. (2016). Intervención en un caso de trastorno de estrés postraumático por violencia sexual. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 75-80. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477152548010>

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>

González-Suárez, M., & Clíments, G. D. (2014). Terapia cognitivo-conductual y enfermería: a propósito de un caso. *ENE Revista de Enfermería*, 8(1), 10-43. <https://doi.org/10.4321/s1988-348x2014000100010>

- Guerrero-Vaca, D. J., García-Ramos, D. C., De Los Ángeles Peñafiel-Salazar, D., Del Carmen Villavicencio-Narváez, L., & Flores-Fernández, V. F. (2021). Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia. Una revisión. *Dominio De Las Ciencias*, 7(3), 667–688. <https://doi.org/10.23857/dc.v7i3.1960>
- Habigzang, L. F., Petersen, M. G. F., & Maciel, L. Z. (2019). Terapia cognitivo conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima: estudio de casos múltiples. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 249–264. <https://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1882>
- Hamblen, J. L., Jankowski, M. K., Rosenberg, S. D., & Mueser, K. T. (2004). Cognitive-behavioral treatment for PTSD in people with severe mental illness: Three case studies. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 7(2), 147-170. <https://doi.org/10.1080/15487760490476192>
- Hong, Q. N., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F. K., Cargo, M., Dagenais, P., Gagnon, M. P., Griffiths, F., Nicolau, B., O’Cathain, A., Rousseau, M., Vedel, I., & Pluye, P. (2018). The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Education for Information*, 34(4), 285–291. <https://doi.org/10.3233/efi-180221>
- Instituto Nacional de Estadística. (2022). INEbase / Sociedad/Seguridad y justicia / Estadística de violencia doméstica y violencia de género / Últimos datos. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica%20C&cid=1254736_176866&menu=ultiDatos&idp=1254735573206
- Johnson, D. M., & Zlotnick, C. (2006). A cognitive-behavioral treatment for battered women with PTSD in shelters: Findings from a pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 19(4), 559–564. <https://doi.org/10.1002/jts.20148>
- Jones, J. (1990). The etiology of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 10(3), 299-328. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(90\)90064-h](https://doi.org/10.1016/0272-7358(90)90064-h)
- Kaholokula, J. K., Godoy, A., O'Brien, W. H., Haynes, S. N., & Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 24(2), 117-127. <https://doi.org/10.5093/c12013a13>
- Kayrouz, R., & Vrkleviski, L. P. (2014). Fatal torment - From psychosis-driven index offence to trauma: A case study in forensic psychotherapy, trauma therapy and matricide. *Australasian Psychiatry*, 23(1), 54-58. <https://doi.org/10.1177/1039856214563850>
- Kevan, I. M., Gumley, A., & Coletta, V. (2007). Post-traumatic stress disorder in a

- person with a diagnosis of schizophrenia: Examining the efficacy of psychological intervention using single N methodology. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(3), 229-243. <https://doi.org/10.1002/cpp.534>
- Kubany, E. S., Hil, E. E., Owens, J. A., Lance-Spencer, C., McCaig, M. A., Tremayne, K. J., & Williams, P. L. (2004). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT- BW). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 3-18. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.72.1.3>
- Labrador, F. J., Velasco, R. F., & Rincón, P. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento individual para mujeres víctimas de violencia de pareja con trastorno de estrés postraumático. *Pensamiento psicológico*, 6(13), 49-68. <https://www.researchgate.net/publication/44130811>
- Lee, M. S., & De Prince, A. P. (2017). Impact of executive function on efficacy obtaining resources following intimate partner violence. *Journal of Community Psychology*, 45(6), 704-714. <https://doi.org/10.1002/icop.21887>
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760>
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Boletín Oficial del Estado. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-6115>
- Lucânia, E.R., Iguimar, N., & Zocal, S. (2009). Intervención cognitivo-comportamental en violencia sexual: estudio de caso. *Psicologia em Estudo*, 14(4), 817-826. <https://doi.org/73722009000400022>
- Lu, W., Fite, R., Kim, E., Hyer, L. A., Yanos, P. T., Mueser, K. T., & Rosenberg, S. D. (2009). Cognitive-behavioral treatment of PTSD in severe mental illness: Pilot study replication in an ethnically diverse population. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 12(1), 73-91. <https://doi.org/10.1080/15487760802615863>
- Mairal, J. B. (2010). Aplicación de la activación conductual en un paciente con sintomatología depresiva. *Clínica y Salud*, 21(2), 183-197. <https://doi.org/10.5093/cl2010v21n2a7>
- Martínez, L. E. R. (2018). El Síndrome de estocolmo: una revisión sistemática. *Clínica Y Salud*, 29(2), 81-88. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a12>
- Melguizo, M. (2010). Violencia de género. Hacer visible la vergüenza. *Atención Primaria*, 42(2), 77-78. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.10.010>

- Meneses, J. V. (2022). *Perfil clínico, neuropsicológico y calidad de vida en mujeres afectadas por la violencia basada en el género, y efectividad de la terapia EMDR* [Tesis Doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=323879>
- Montes-Berges, B., Aranda, M., & Del Rosario Castillo-Mayén, M. (2011). *EMDR para el tratamiento de estrés postraumático en casos de violencia de género*. <http://hdl.handle.net/10630/4646>
- Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Xie, H., Jankowski, M. K., Bolton, E. E., Lu, W., Hamblen, J. L., Rosenberg, H. J., McHugo, G. J., & Wolfe, R. (2008). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(2), 259-271. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.76.2.259>
- Naciones Unidas. (2015). La Asamblea General adopta la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>
- Nijdam, M. J., van der Meer, C. A. I., van Zuiden, M., Dashtgard, P., Medema, D., Qing, Y., Zhutovsky, P., Bakker, A., & Olf, M. (2018). Turning wounds into wisdom: Posttraumatic growth over the course of two types of trauma-focused psychotherapy in patients with PTSD. *Journal of Affective Disorders, 227*, 424-431. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.031>
- ONU. (1993). General Assembly Declaration on Elimination of Violence against Women (A/Res/48/104 of 20 December). https://www.un.org/en/genocideprevention/documents/atrocities-crimes/Doc.21_declaration%20elimination%20vaw.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Violencia contra las mujeres. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Ortega, L. R., Ruiz-Pérez, I., Castaño, J. P., López-Abisab, S. B., Lozano, D., De Vinuesa, L. G., Barranco, J. G., Ruiz, L. M., Barrera, M. A., Rallo, B. L., Hidalgo, M. A., & Molina, M. P. (2004). La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Atención Primaria, 34*(3), 117-124. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(04\)79480-9](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(04)79480-9)
- Ortiz, L. E. M., Sánchez, L. M. C., Ferrer, N. J. L., & Cartay, R. (2020). Desarrollo y crecimiento económico: análisis teórico desde un enfoque cuantitativo. *Revista de ciencias sociales, 26*(1), 233-253.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7384417>

Petersen, M. G. F., Zamora, J. C., Fermann, I. L., Crestani, P. L., & Habigzang, L. F. (2019). Psicoterapia cognitivo-comportamental para mulheres em situação de violência doméstica: Revisão sistemática. *Psicología Clínica*, 31(1), 145-165. <https://doi.org/10.33208/pc1980-5438v0031n01a07>

Phillips, K. M., Freund, B., Fordiani, J., Kuhn, R., & Ironson, G. (2009). EMDR treatment of past domestic violence: A clinical vignette. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(3), 192-197. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.3.3.192>

Puente, R. M. (2013). Tratamiento de la violencia de género con EMDR. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 3(2). <https://psiquiatria.com/tratamientos/tratamiento-de-la-violencia-de-genero-con-e-m-d-r>

Puentes, E., Hidalgo-Guerrero, A., Betancourt, C. P., & Ortiz-Bernal, Y. (2021). Indicadores de sostenibilidad social y su relación con el concepto de capital social. *Revista De Arquitectura*, 23(1), 97-104. <https://doi.org/10.14718/revarq.2021.3072>

Puerta-Polo, J.V, & Padilla-Díaz, D.E (2011). Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8 (2), 251-257. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156315016>

Rivas-Diez, R., Del Pilar Sánchez-López, M., & Brabete, A. C. (2012). Psychological health in chilean women based on the history of mistreatment. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 33, 153–157. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.01.102>

Rojo, G. P. (2013). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. *Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 71(138), 198-199. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4498842>

Rosenberg, S. D., Mueser, K. T., Jankowski, M. K., Salyers, M. P., & Acker, K. (2004). Cognitive- behavioral treatment of PTSD in severe mental illness: Results of a pilot study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 7(2), 171–186. <https://doi.org/10.1080/15487760490476200>

Sack, M., Zehl, S., Otti, A., Lahmann, C., Henningsen, P., Kruse, J., & Stingl, M. (2016). A comparison of dual attention, eye movements, and exposure only during eye movement desensitization and reprocessing for posttraumatic

- stress disorder: Results from a randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(6), 357-365. <https://doi.org/10.1159/000447671>
- Salomón, S., Gerrity, E., & Muff, A. M. (1992). Efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *JAMA*, 268(5), 633-638. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03490050081031>
- Santandreu, M., & Ferrer-Pérez, V. A. (2014). Eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para el trastorno del estrés postraumático en víctimas de violencia de género. *Psicología Conductual*, 22(2), 239-256. <https://www.researchgate.net/publication/268629431>
- Santarnecci, E., Bossini, L., Vatti, G., Fagiolini, A., La Porta, P., Di Lorenzo, G., Siracusano, A., Rossi, S., & Rossi, A. (2019). Psychological and brain connectivity changes following trauma-focused CBT and EMDR treatment in single-episode PTSD Patients. *Frontiers in psychology*, 10 (129). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00129>
- Sanz-Barbero, B., Rey, L., & Otero-García, L. (2014). Estado de salud y violencia contra la mujer en la pareja. *Gaceta Sanitaria*, 28(2), 102–108. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.08.004>
- Schubert, S. J., Lee, C. W., de Araujo, G., Butler, S. R., Taylor, G., & Drummond, P. D. (2016). The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing therapy to treat symptoms following trauma in timor leste. *Journal of Traumatic Stress*, 29(2), 141–148. <https://doi.org/10.1002/jts>.
- Shapiro, F., & Margot-Silk, F. (2008). *EMDR: Una terapia revolucionaria para superar la ansiedad, el estrés y los traumas*. Kairós Editorial.
- Shapiro, F. (2012). Asociación de EMDR. https://emdr-es.org/Content/Documentacion/ART%3%8DCULOS%20SOBRE%20EMDR/2012/Art%3%ADculo_de_Francine_Shapiro_en_castellano.doc
- Stapleton, J. A., Taylor, S., & Asmundson, G. J. G. (2007). Efficacy of various treatments for PTSD in battered women: case studies. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21(1), 91–102. <https://doi.org/10.1891/088983907780493287>
- Stewart, D. E., & Vigod, S. N. (2019). Update on mental health aspects of intimate partner violence. *Medical Clinics of North America*, 103(4), 735–749. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2019.02.010>

- Tarquino, C., Brennstuhl, M., Rydberg, J. A., Schmitt, A. P., Mouda, F., Lourel, M., & Tarquino, P. (2012). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in the treatment of victims of domestic violence: A pilot study. *Revue Européenne De Psychologie Appliquée*, 62(4), 205–212. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2012.08.006>
- Tuta, D. F. G., Porez, A. P. B., & Camargo, Y. S. (2017). Terapia Cognitiva: Antecedentes, teoría y metodología [Investigación documental]. *Revista Iberoamericana De Psicología*, 10(2), 99–107. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.10211>
- Vaca, D. J. G., Ramos, D. C. G., De Los Ángeles Peñafiel Salazar, D., Del Carmen Villavicencio Narváez, L., & Fernández, V. F. F. (2021). Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia. Una revisión. *Dominio de las ciencias* 7(3), 667-688. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8229667>
- Vaca-Ferrer, R., García, R. F., & Aguayo, L. V. (2022). Una revisión de los programas de intervención grupal con víctimas de violencia de género. *Apuntes De Psicología*, 39(3), 111–123. <https://doi.org/10.55414/ap.v39i3.915>
- Valverde, C. V. (2005). Ciencias cognitivas y psicoterapias cognitivas: una alianza problemática. *Revista De Psicoterapia*, 16(61), 43–63. <https://doi.org/10.33898/rdp.v16i61.936>
- Velasco, C., Manzano, M. C., & Rovira, D. P. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos traumáticos: un estudio longitudinal sobre el 11-M. *Ansiedad y estrés*, 10(2), 277-286. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1154666>
- Vidal, M. P. (2015). La Importancia de la Terminología en la Conceptualización de la Violencia de Género. Creative Commons Licence © 2010 International Institute for the Sociology of Law. <https://opo.iisj.net/index.php/osls/article/view/385>
- Walker, L. E. (1979). Battered women, psychology, and public policy. *American Psychologist*, 39(10), 1178–1182. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.39.10.1178>
- Yepes-Núñez, J. J., Urrúta, G., Romero-García, M., & Fernández, S. A. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española De Cardiología*, 74(9), 790–799.

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>

Zegarra-Valdivia, J., & Chino-Vilca, B. (2019). Neurobiología del trastorno de estrés postraumático. *Revista Mexicana De Neurociencia*, 20(1), 21-28. <https://doi.org/10.24875/rmn.m19000023>