



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Trabajo Final de Grado

Artículo científico de revisión bibliográfica

**Efectos de la terapia cognitivo conductual sobre la
depresión en mujeres que han sido víctimas de violencia
de género**

29/02/2020

Montevideo, Uruguay

Estudiante: Generali Cazabonnet, Victoria (C.I. 5.159.957-1)

Tutora: Asist. Mag. Gabriela Fernández Theoduloz

Revisor: Prof. Adj. Dr. Hugo Selma Sánchez

“Existe una verdad universal, aplicable a todos los países, culturas y comunidades: la violencia contra la mujer nunca es aceptable, nunca es perdonable, nunca es tolerable” Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki-Moon (2008)

Resumen

Introducción: La violencia contra la mujer se ha convertido hace ya algunos años en un problema de salud pública, confirmándose cada vez más las consecuencias negativas de la violencia de género para la salud. Diversos estudios que investigan la relación entre la violencia de género y la depresión, afirman que, estadísticamente, la depresión es la respuesta psicológica más frecuente, siendo casi el doble en las víctimas femeninas. Existen diferentes modelos que explican tal relación. Uno de los que permite entender la influencia de las cogniciones en relación a la violencia, es el modelo cognitivo conductual, con el cual se trabajará en este artículo. *Método:* Búsqueda en las bases de datos Timbó, Pubmed, Scielo, Redalyc y Google Académico. En su mayoría, los artículos incluidos en esta revisión son estudios cuasi experimentales, existiendo también revisiones sistemáticas, estudios de caso, estudios pre experimentales y experimentales. *Resultados:* A nivel general, los artículos seleccionados coinciden en una reducción significativa tanto a nivel estadístico como clínico de la sintomatología depresiva. Se destaca, por lo tanto, la eficacia de la TCC para reducir significativamente los síntomas de la depresión en la población objetivo. *Discusión:* En general, se destaca el uso de programas de intervención breves, que demostraron su eficacia no solo a nivel de los resultados, sino también en costo y tiempo, aplicadas en modalidades individuales o grupales.

Palabras clave: *violencia de genero, depresion, terapia cognitivo conductual.*

Introducción

La Organización de Naciones Unidas, en su declaración sobre la Eliminación de la violencia contra la mujer (1993), define la violencia contra la mujer como “todo acto de violencia que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la misma”. La violencia de género es una violación a los derechos humanos de la mujer que se ha convertido, desde hace ya algunos años, en un problema de salud pública debido a su alta incidencia y las consecuencias negativas. A nivel mundial, estimaciones de la violencia contra la mujer de la OMS (2013), indican que una de cada tres mujeres (35%) han sufrido violencia física y/o sexual en algún momento de su vida, donde en la mayoría de los casos, esas agresiones son infringidas por la pareja.

La violencia contra la mujer es un fenómeno generalizado, ocurre en todos los países, pero la prevalencia varía de un país a otro; asimismo, también varía dentro de cada país OMS (2013). Según datos de la División Políticas de Género del Ministerio del Interior (2019), en Uruguay, las denuncias por violencia de género han aumentado un 500% en los últimos 10 años. Esto demuestra que se trata de un problema social que ha estado presente desde siempre, y que cada vez se está haciendo más visible.

Las agresiones contra las mujeres pueden estar presentes en todos los ámbitos de la vida y se manifiestan en diferentes contextos, de los cuales se destacan el ambiente doméstico y familiar (Santi, Nakano y Lettiere, 2010). La violencia contra la mujer puede adoptar diferentes formas, estas son definidas por la ley 17.514 de Violencia Doméstica, aprobada en Uruguay en 2002, como:

- Violencia física: Toda acción, omisión o patrón de conducta que dañe la integridad corporal de una persona.
- Violencia psicológica o emocional: Toda acción u omisión dirigida a perturbar, degradar o controlar la conducta, el comportamiento, las creencias o decisiones de una persona mediante la humillación, intimidación, aislamiento o cualquier otro medio que afecte la estabilidad psicológica o emocional.
- Violencia sexual: Toda acción que imponga o introduzca comportamientos sexuales a una persona mediante el uso de fuerza, intimidación, coerción, manipulación, amenaza o cualquier otro medio que anule o limite la libertad sexual.
- Violencia patrimonial: Toda acción u omisión que con ilegitimidad manifiesta implique daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, distracción, ocultamiento o retención de bienes, instrumentos de trabajo, documentos o recursos económicos, destinada a coaccionar la autodeterminación de otra persona.

La violencia contra las mujeres afecta negativamente todas las áreas de la su vida, como por ejemplo: su autonomía, su productividad, su capacidad para cuidar de sí mismas y, por lo tanto, su calidad de vida. A su vez, el riesgo frente a diversos resultados sanitarios negativos, incluso la muerte, se ven aumentados. Gran parte de esta violencia se debe principalmente a que son mujeres, por eso recibe el nombre de violencia de género. (García C., 2000) En el año 2017, fue promulgada en Uruguay la Ley N° 19.580 que define la violencia basada en género como “una forma de discriminación que afecta, directa o indirectamente, la vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, así como la seguridad personal de las mujeres”. A través de esta Ley se pretende garantizar el goce del derecho de la mujer a un vida libre de violencia basada en género. Comprende a todas las mujeres, sin distinción de edad, cultura, creencia, condición socioeconómica y tiene como prioridad la erradicación de la violencia ejercida contra mujeres, niños, niñas y adolescentes.

Durante el 2013, se realizó en nuestro país la primera encuesta Basada en Género y Generaciones (EVBGG) para dar a conocer a nivel nacional la magnitud del problema. Los resultados muestran una incidencia significativa de la violencia contra las mujeres en las relaciones de pareja (45,4%), donde la más frecuente es la violencia psicológica, manifestada en simultáneo con otros tipos de violencia (económica, 19,9%; física, 14,8%; sexual, 6,7%). En el informe de esta encuesta se concluye que, en Uruguay, la violencia de género se presenta en todos los rangos de edad, educativo y socioeconómico. En cuanto a las edades, cabe resaltar que las mujeres que tienen una mayor prevalencia de violencia son entre los 19 y 29 años (53,0%).

Según Zancan y Habigzang (2018), la violencia se considera un factor de riesgo para desarrollar diversas enfermedades. Cada vez se confirman más las consecuencias negativas de la violencia de género para la salud mental (Gelaye et al., 2009). Por lo tanto, además de las lesiones físicas y el riesgo de homicidio que pueden provocar este tipo violencia, según la OMS en su informe mundial sobre violencia y salud (2002), también se encuentran asociados un mayor riesgo de sufrir diferentes problemas psicológicos y conductuales como, por ejemplo: trastorno por estrés postraumático, depresión, ansiedad, trastornos psicosomáticos, abuso de alcohol y drogas, trastornos alimentarios y del sueño, baja autoestima, etc.

Continuando en esta dirección, la EVBGG (2013) informa sobre la incidencia de las consecuencias psíquicas/emocionales en las mujeres que han vivido algún tipo de violencia por parte de su pareja o ex pareja a lo largo de toda la vida, donde queda reflejado que el 55,4% sufrieron depresión, angustia, tristeza o miedo. El 38,4% sufrió dificultades en el

sueño; el 33,2%, agresividad o mal humor; el 28,2% tuvo problemas alimenticios y una de cada 5 mujeres (21,6%) declaró haber tenido ideas o deseos de morir o suicidarse.

Al observarse diversos estudios que investigan la relación entre la violencia de género y la depresión, se concluye que, estadísticamente, la depresión es uno de los problemas psicológicos más frecuente, siendo casi el doble en las víctimas femeninas. Un porcentaje muy alto de mujeres (entre el 60% y 80%) que son agredidas física, psicológica o sexualmente presenta cuadros depresivos que, en su mayoría, se presentan de moderados a graves. Las secuelas psíquicas suelen ser más duraderas y provocan la prolongación del sufrimiento incluso al finalizar con la relación. En este sentido, la presencia de síntomas depresivos, así como también de ansiedad, pueden dificultar cortar el círculo de la violencia.

La depresión es un trastorno que se caracteriza principalmente por la presencia de un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o la capacidad de placer. Una persona debe experimentar también cuatro síntomas, que pueden ser: sentimientos de infravaloración o culpa, insomnio, alteraciones en el apetito o el peso, del sueño, falta de energía, dificultades para concentrarse o tomar decisiones, dificultad para pensar, pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. Estos síntomas deben estar presentes durante al menos dos semanas, durante casi todo el día. A su vez, es importante destacar que estos síntomas provocan malestar clínicamente significativo y/o un deterioro social o de otras áreas de la actividad que son importantes para el individuo. (American Psychiatric Association, 2002). Según la OMS/OPS (2017), en 2015 a nivel mundial, se estimó que la depresión afecta a casi 300 millones de personas, lo que equivale a un 4,4% de la población, siendo más común en mujeres (5,1%), que en hombres (3,6%).

Según la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto (2014), la depresión es un proceso multifactorial y complejo. La probabilidad de desarrollo depende de diversos de factores de riesgo, aunque aún no se conocen en su totalidad ni tampoco cual es la interacción entre ellos. Factores personales y sociales: ser mujer, adolescencia y edad adulta; enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales, el consumo de alcohol y tabaco; ataques de pánico; migraña; trastorno de ansiedad; contexto social; bajo nivel de recursos económicos; estado civil. Factores familiares y genéticos: descendientes de familiares con depresión (primer y segundo grado), en cuanto a investigaciones genéticas se observa una deficiencia en el gen que codifica el transportador de serotonina¹, produciendo una disminución del transporte de este neurotransmisor.

¹ Neurotransmisor encargado de regular el humor, el sueño, el apetito, el ritmo cardíaco, la temperatura corporal, la sensibilidad y las funciones intelectuales.

Aaron Beck propone un modelo teórico para explicar el funcionamiento psicológico de la depresión. Explica que en este trastorno existen errores en el procesamiento de la información.² Es decir se producen modos equivocados de pensar, que aparecen en forma de pensamientos automáticos ante determinadas situaciones. Estos pensamientos automáticos, negativos, alteran los estados emocionales, volviéndose negativos y provocando conductas inadecuadas (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2010). Entonces, según el modelo de la depresión de Beck, existe un mal funcionamiento en el procesamiento de la información debido a la activación de creencias, provocada por acontecimientos o situaciones importantes en la vida de un individuo, las cuales conducen a síntomas fisiológicos, emocionales o conductas disfuncionales. Por lo tanto, el “primer paso” en los síntomas depresivos, se debe a la activación de esquemas negativos y las distorsiones cognitivas consiguientes. Beck, en su modelo, propone tres esquemas o patrones cognitivos que llevan al individuo a percibirse a sí mismo, al mundo y al futuro de forma negativa (Triada Cognitiva). La visión negativa de sí mismo hace que el individuo se perciba como incompetente, reflejado en la visión de un mundo que le exige de forma excesiva. La visión negativa del futuro es de desesperanza, ya que considera que es una situación que no puede modificarse. Según el modelo, de estos tres esquemas se desprenden los demás síntomas que suelen aparecer en los cuadros depresivos (falta de motivación, deseos de suicidio, pasividad, dependencia, indecisión, falta de energía, etc.). En una depresión leve, una persona puede disminuir el peso de los esquemas negativos a través de la activación de esquemas más positivos o menos negativos. En casos de depresión más graves, los errores en el procesamiento de la información son mayores y se dificulta mayormente la activación de esquemas positivos adecuados. Estos esquemas negativos que se activan, además de sesgar la información, ayudan a mantener la validez de sus creencias (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

En mujeres que han sido víctimas de violencia de género, existen diversos factores que pueden contribuir a que la depresión sea el trastorno más frecuente, dentro de ellos se encuentran: la sensación de fracaso personal, abandono del hogar, deterioro de redes sociales y/o familiares, pérdida de poder adquisitivo y, fundamentalmente, una alteración de todas las áreas de la vida cotidiana (Labrador, Fernández y Rincón, 2010). Diversos autores han estudiado la gravedad de los síntomas de depresión en mujeres que han sufrido violencia, pudiendo concluir que la misma se encuentra asociada a una mayor frecuencia, severidad, duración y combinación de tipos de maltrato, con el tiempo transcurrido desde el

² Este concepto, al igual que el de pensamientos automáticos, creencias y esquemas serán detallados en la página 6.

fin de la violencia, así como con el apoyo social recibido por la mujer (Campbell, Kub y Rose, 1996; Campbell, Sullivan y Davidson, 1995; Cascardi y O'Leary, 1992; Michell y Hodson, 1983; Patró, Limiñana y Corbalán, 2004; Villavicencio, 1999 citado por Patró, Corbalán, Limiñana, 2007). Por lo tanto, se produce un aumento de los síntomas depresivos ante la presencia de una mayor intensidad de la violencia padecida, a mayor nivel de estresores adicionales a la situación de maltrato y menores niveles de apoyo social percibido por la víctima (Patró, Corbalán y Limiñana, 2007). Según este mismo estudio, determinados factores pueden agravar o minimizar la respuesta individual ante una experiencia traumática, tales como: características individuales de la víctima (nivel de desarrollo, características de su personalidad o historia psicopatológica) y características del contexto que la rodea (un apoyo social previo y posterior y eventos estresantes adicionales).

Zancan y Habigzang (2018) afirman en su estudio que según investigaciones, debido a los síntomas clínicos asociados con la violencia, muchas mujeres toman ansiolíticos o antidepresivos para soportar el sufrimiento, en lugar de buscar ayuda psicológica y como consecuencia puede generar un aumento en los síntomas. La falta de apoyo a las personas con trastornos mentales, junto con el miedo al estigma, impiden que muchos accedan al tratamiento que necesitan para vivir vidas saludables y productivas (OPS/OMS, 2017). A pesar del elevado número de mujeres que presentan depresión y a su vez fueron/ son víctimas de violencia de género (72%), según el estudio de (Gurgel, Dos Reis, Riquet, y Gomes de Matos e Souza, 2005), solamente el 8% buscan ayuda en centros de apoyo psicológico. Esto, muchas veces se debe a que los sentimientos depresivos de baja autoestima y apatía generados por la violencia se interponen, dificultando la búsqueda de soluciones para tal sufrimiento. Este dato es relevante ya que se debe tener en cuenta que trastornos psicológicos como la depresión se asocian con los intentos de autoeliminación y el suicidio. En Uruguay, las cifras de suicidio se han incrementado notablemente en los últimos años. Según datos de El observador (Umpierrez, 2019), en el año 2018, cada 100 mil personas hubo un promedio de 20,25 muertes por autoeliminación. A su vez, según Vásquez (2007), se ha demostrado que la violencia de pareja contra la mujer aumenta el riesgo de conductas suicidas por parte de la víctima.

El modelo cognitivo conductual es uno de los modelos explicativos que permite entender la influencia de las cogniciones en relación a la violencia y la depresión. Se basa en el supuesto teórico de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y comportamiento de las personas. A partir de este modelo, surge la Terapia Cognitivo Conductual, la cual se trata de un proceso activo, directivo y estructurado que se

fundamenta en principios y procedimientos que son validados empíricamente. El fin de la terapia cognitiva es aliviar las alteraciones emocionales a partir de la modificación del pensamiento disfuncional (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2010). Según Aaron Beck, las personas tenemos una forma específica de procesar la información. La información que nos llega, se percibe y interpreta provocando una respuesta (conductual/fisiológica), la cual se encuentra condicionada por la forma en que percibimos una determinada situación. El proceso de evaluación de esas situaciones recibe el nombre de pensamientos automáticos. Estos ocurren espontáneamente, sin razonamiento ni lógica. Las personas lo consideran como correctos aunque exista evidencia que demuestre lo contrario. Aumentan la intensidad de las emociones, generando cambios en el estado de ánimo. Por lo general, las personas son más conscientes de la emoción que provoca, que del pensamiento automático. Estos pensamientos pueden volverse exagerados, negativos perturbando al paciente. Los pensamientos automáticos surgen a partir de las creencias. Estas, son las ideas más dominantes que tiene una persona sobre sí, los demás y el mundo y se desarrollan en la infancia. En un sujeto sano, las creencias son flexibles, adaptativas y realistas. Por el contrario, en la patología, estas se vuelven rígidas, negativas, desadaptativas y extremas. Estas últimas, las patológicas, se activan frente a una situación de distrés psicológico, provocando distorsiones en el procesamiento de la información. Por lo tanto, un terapeuta cognitivo conductual, se interesa en ese nivel de pensamiento disfuncional. Cuando los pensamientos disfuncionales, pueden ser razonados, evaluando su validez, esas emociones se modifican.

Teniendo en cuenta que la depresión es uno de los problemas psicológicos que aparece con mayor frecuencia en mujeres que han sido víctimas de violencia de género, el enfoque de una terapia cognitivo conductual en los tratamientos de depresión y violencia de género se vuelve interesante. Principalmente, porque busca evaluar la eficacia de las intervenciones (enfoque empírico), verificando por lo tanto la validez de sus tratamientos. Y también, teniendo en cuenta el planteamiento de Beck, de que son las distorsiones cognitivas las que tienen un efecto en cómo procesamos el mundo, produciendo así, respuestas (conductuales/ emocionales). De esta manera, las distorsiones inflexibles y poco funcionales, que permiten permanecer o no en una relación violenta se vuelven el principal objeto de trabajo, para así poder modificar los pensamientos que mantienen la vulnerabilidad cognitiva (provocando respuestas cognitivas y conductas desadaptativas) y lograr disminuir las consecuencias que trae consigo el ejercicio de la violencia de género. Esto puede ser posible a través del desarrollo de habilidades que permitan que se generen nuevos conocimientos, nuevas experiencias y nuevos comportamientos que posibiliten

enfrentar la violencia y que le permitan tener a la persona una mayor adaptabilidad (Álvarez, 2013).

Tanto en el origen como en el desarrollo de la violencia, las emociones son fundamentales en la experiencia de quienes la sufren. Según diversos estudios (Delgado et al, 2003-2006; Escudero et al, 2005 citado en Álvarez, 2013), las emociones que se generan por la exposición a la violencia de género, y que pueden considerarse como limitantes para salir de la violencia, son múltiples, dentro de las más relevantes se encuentran:

Miedo: cuya función adaptativa es la protección, focalizando la atención en la fuente de peligro, se convierte en una emoción paralizante cuando aparece el pánico. El efecto del estado de terror psicológico que provoca la violencia de género es la inhibición de la respuesta de huida y el entorpecimiento de la acción, así como numerosas alteraciones psicológicas.

Culpa: La vivencia de la culpa puede darse de diferentes formas: (a) secundaria: inducida por el maltratador, haciéndose responsable de la conducta de él; (b) reactiva: culpándose por responder a la violencia de él; (c) deficitaria: culpa por haber “elegido” a la pareja no adecuada, o no haber identificado antes el maltrato, o no haber abandonado antes la relación, etc; (d) social: introyección del reproche social por involucrarse en la relación, o por provocar el maltrato de él, o por su incompetencia como mujer, etc.

Fracaso: En el desempeño del rol femenino de gestión y sostenimiento familiar. Toman la violencia como un fracaso en su desempeño del rol de género interiorizado en el proceso de socialización, que incluye la responsabilización por el otro.

Soledad: El maltrato es una experiencia muy difícil de comunicar. El aislamiento provocado por el maltratador lleva a la mujer a un estado de soledad profunda.

Existe una gran variedad de técnicas que sirven como herramientas en la aplicación de una TCC. A continuación, se detallan de forma sintetizada las más utilizadas o recomendadas, según artículos encontrados relacionados a mujeres víctimas de violencia de género y depresión (De Alencar-Rodrigues y Cantera, 2017; Lucânia, Valério, Barison y Miyazaki, 2009; Miracco, 2008; Matud, Gutiérrez y Padilla, 2004; Rao, Horton y Raguram, 2012; Garay et. al, 2015; Rico y Méndez, 2015; Cort et. al, 2014; Manzanal, Javato y Ordi 2017; Crespo y Arinero, 2010; Chertok, 2009; Sarasua, Zubizarreta, De Corral y Echeburúa, 2013; Briere y Jordán, 2004; Tarquinio et. al., 2012; Calvete, Estévez y Corral, 2007), además de aquellos utilizados para esta revisión. La *Psicoeducación* es un proceso que permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo. El profesional de la salud

que aplique la psicoeducación tiene como objetivo orientar y ayudar a identificar, con mayor entendimiento y claridad, el problema o la patología para enfocar adecuadamente, en forma conjunta, su resolución o tratamiento y favorecer, por ende una mejora en la calidad de vida. La misma se realiza a nivel individual, familiar o grupal (Bulacio, s/f). *Reestructuración cognitiva*: pretende modificar la forma y/o el contenido de las cogniciones (Rodebaugh y Chambless, 2004 citado en Antona et al., 2006). Es decir, el objetivo es que el paciente identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos y los sustituya por otros más adecuados y se reduzca o elimine, de esa manera, la perturbación emocional y/o conductual causada por dichos pensamientos. De esta manera, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos (Bados y García, 2010). Por último, se encuentra la *Técnica de Solución de Problemas*: está dirigida a corregir el modo en que la persona afronta los problemas, incrementando su habilidad para afrontar las experiencias estresantes cotidianas y promover una mayor competencia cognitiva y conductual en el manejo de dichas situaciones (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Método

Se realizó una revisión bibliográfica en dos fases. En primer lugar, mediante una búsqueda en las bases de datos Timbó, Pubmed, Scielo, Redalyc y Google Académico. La búsqueda fue realizada en inglés, español y portugués. Los términos que se utilizaron para la misma fueron: "Gender Violence" AND "Cognitive"; "Violencia de género" AND "terapia cognitiva"; "cognitive behavioural therapy" AND "gender violence"; "Violencia doméstica" AND "terapia cognitivo conductual"; "violência de gênero" AND "terapia cognitivo-comportamental". El siguiente paso fue la búsqueda a través de las referencias bibliográficas de los artículos encontrados con el método anterior. La búsqueda fue realizada hasta el mes de diciembre de 2019. Los criterios utilizados para la inclusión fueron: artículos publicados entre los años 2004 y 2019, metaanálisis, estudios de caso y revisiones bibliográficas que den cuenta de tratamientos cognitivos conductuales (TCC) a mujeres entre los 18 y 70 años de edad, que han sufrido violencia de género. Luego del proceso de selección de los artículos, los elegidos para esta revisión fueron 17, que se presentan en la sección resultados.

Se excluyeron artículos que no fueran tratamientos cognitivos conductuales y que no abarcaran específicamente una relación entre TCC y violencia de género. También

aquellos que se basaran en un tratamiento a nivel familiar y sobre abusos sexuales en la infancia. Otros de los artículos excluidos fueron aquellos que no midieron la depresión entre sus variables de resultado.

Resultados

Los hallazgos que se presentan en este trabajo coinciden con la literatura citada en la Introducción, respecto a la relación entre violencia de género y depresión. Principalmente, plantean que la violencia de género produce alteraciones negativas a nivel psicológico en la mujer. Dentro de estas, la depresión es uno de los trastornos más frecuentes. A continuación se desarrollan los resultados.

Los resultados se muestran en la Tabla 1 (Anexos). Para una mejor comprensión de los mismos, tales datos aportados por las investigaciones seleccionadas, fueron agrupados en diferentes categorías: 1.a) Revisiones sistemáticas 1.b) Estudios de caso 1.c) Estudios experimentales³ que evalúan el efecto de la TCC sobre la depresión, pero se encuentran enfocados en el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) 1.d) Estudios experimentales⁴ que evalúan el efecto de la terapia cognitivo- conductual (TCC) centrados en secuelas del trauma que miden la depresión.

Las revisiones sistemáticas (Punto 1.a) se basan en la eficacia de la TCC y los protocolos de la misma para el tratamiento psicológico a mujeres que han experimentado violencia de género. De los resultados se desprende que la TCC es un método eficaz para reducir significativamente los principales síntomas que suelen ser foco de intervención, como la depresión. A su vez, se destaca que las intervenciones de mayor duración, son más efectivas. En cuanto a los protocolos de TCC, se observó que todos utilizan la psicoeducación como una de sus técnicas, destacando la importancia de esta. Así mismo, destacan para futuras revisiones que se puedan considerar la inclusión de otros diseños de estudios, como los estudios cuasiexperimentales para aumentar el poder estadístico.

En cuanto al punto 1.b, hace referencia a estudios de caso, las mujeres que participaron de los mismos tienen un promedio de edad de 43,2 años. Se utilizaron como base, tres técnicas: psicoeducación, reestructuración cognitiva y solución de problemas, pudiendo estas no ser las únicas administradas. En general, las técnicas aplicadas ofrecen buenos resultados, observándose por consiguiente, un descenso de los niveles de

³ También se incluyen estudios cuasi experimentales.

⁴ También se incluyen estudios cuasi experimentales y pre experimentales.

depresión, así como también en la ansiedad y el trastorno por estrés postraumático. A su vez, queda plasmado un incremento del bienestar psicológico, aumento del autoestima y un óptimo aprendizaje de la experiencia. Se observa que las participantes lograron aprender a utilizar las técnicas para reconocer pensamientos disfuncionales y cuestionar creencias distorsionadas. Los tratamientos colaboraron a la mejora de la visión de sí mismas.

El punto 1.c abarca estudios que hacen hincapié en la reducción de síntomas de TEPT. En su mayoría utilizaron un diseño cuasi experimental, con medidas repetidas. En los mismos, a pesar de que el foco inicial no ha sido la depresión, se han tenido resultados positivos en relación a esta variable. Es decir, en el total de los casos se ha logrado una mejora y reducción significativa de TEPT, así como también de la sintomatología depresiva, la cual concierne a esta revisión, tanto desde el punto de vista estadístico como clínico⁵.

Por último, se encuentran aquellos artículos que no cumplen con los criterios anteriormente mencionados, pero tienen como objetivo la reducción de las secuelas del trauma (1.d); entendiéndose estas por: depresión, ansiedad, autoestima, TEPT, entre otras. Se trata de diseños experimentales y cuasi experimentales. A través de los resultados generales, se observa la eficacia de la TCC y de sus programas de intervención, desarrollados específicamente para reducir las consecuencias psicológicas negativas. A su vez, uno de los artículos propone la terapia dialéctica como una forma de TCC para su intervención, demostrando su efectividad en lo sintomatológico para mejorar el bienestar psicológico y social en mujeres víctimas de violencia de género.

A modo descriptivo, se sintetiza información sobre el instrumento utilizado por todos los artículos relevados para evaluar la severidad de la depresión en mujeres que han sufrido violencia de género. Este ha sido el Inventario de Depresión de Beck en sus dos versiones BDI y BDI-II. El mismo, es un test que consta de 21 preguntas de múltiple opción, en el cual el sujeto que lo realiza deberá valorar en una escala del 0 al 3, el grado en que se encuentra identificado personalmente con la respuesta que ha dado.

De la totalidad de los artículos, es relevante destacar que han sido psicoterapias aplicadas en formato individual y grupal. Otro de los aspectos importantes a nivel general es el mantenimiento a nivel clínico y estadístico de los efectos resultantes, en aquellos artículos que cuentan con una evaluación de seguimiento post tratamiento, los cuales oscilan de uno a seis meses. Resulta interesante mencionar como algunos estudios

⁵Significancia clínica: Es la importancia práctica del efecto del tratamiento. Es decir, si un tratamiento produce un efecto positivo y una mejora evidente al paciente, podemos llamarle "clínicamente significativo". Significancia estadística: Refiere a la confiabilidad del estudio. Si un estudio hay una diferencia estadísticamente significativa, quiere decir que es poco probable que hubiera sido por casualidad. Es importante tener en cuenta que la estadística no nos dice lo significativo que es para un paciente.

seleccionados afirman que se requiere otro tipo de investigación, más exhaustiva, para comprender mejor cómo ayudar de la manera más eficiente y efectiva a esta población vulnerable y en los casos de mujeres que no se han beneficiado tan profundamente del tratamiento, así como también, mujeres que requieren un tratamiento adicional (Johnson y Zlotnick, 2006; Encinas y Alonso, 2007; Hansen, Eriksen y Elklit, 2014; Echeburúa, Sarasua y Zubizarreta, 2013; Iverson et. al., 2011; Labrador y Alonso, 2007). Por el contrario, hay estudios en los que puede aplicarse perfectamente con mujeres de cualquier nivel socioeducativo, en cualquier situación respecto a la relación con el agresor, no restringiéndose a las que tienen un determinado síndrome. Esto se debe a que se atienden a las demandas psicológicas específicas de cada participantes, teniendo en cuenta características, cualidades y recursos de la misma. Esto por lo tanto permitió colaborar con la selección de las estrategias a utilizar durante la terapia (Habigzang, Schneider, Petroli y Freitas, 2018; Riojas y Cisneros, 2013; Matud, Fortes y Medina, 2014). De estas dos posiciones se desprende la importancia de planificar cada tratamiento, teniendo en cuenta además, de que cada tratamiento debe ser diferente para cada paciente.

Discusión

La violencia de género es un problema que afecta de manera transversal a mujeres de todos los sectores sociales (Labrador, Velasco, y González, 2010). Esta revisión tuvo como objetivo indagar sobre los efectos de la TCC en mujeres que han sufrido depresión como consecuencia de violencia de género. En este sentido, se analizó la producción académica existente en los últimos quince años. A grandes rasgos, los resultados de esta revisión demuestran que la TCC resulta efectiva para reducir significativamente los síntomas de la depresión en la población objetivo. En general, se destaca el uso de programas de intervención breves, que demostraron su eficacia no solo a nivel de los resultados, sino también en costo y tiempo, aplicadas en modalidades individuales o grupales.

Como es sabido, existen diversas modalidades de psicoterapia, pero la seleccionada para esta revisión ha sido la terapia cognitivo conductual. Es relevante tener en cuenta, en primer lugar, la importancia de desarrollar una terapia psicológica eficaz para la depresión. En este sentido, no es posible enfocarse 100% en un tratamiento farmacológico, en primer lugar, debido a que existen pacientes que no responden a la medicación o pueden presentar efectos secundarios. Además, la dependencia puede impedir indirectamente, el uso de los propios métodos psicológicos que tiene una persona para hacer frente a la depresión (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2010). De esta manera, la terapia psicológica se vuelve más beneficiosa a largo plazo y previene el riesgo de recaídas. Esto se puede

observar en los artículos de esta revisión que cuentan con un plan de seguimiento en sus tratamientos, ya que se comprueba que el paciente aprende de su propia experiencia, pudiendo así lograr un mejor manejo de las circunstancias futuras. (Tirado et. al., 2014; Labrador y Fernández, 2009; Iverson, 2011; Cáceres et. al., 2011; Matud, Fortes y Medina, 2014; Matud, Padilla, Medina y Fortes, 2016; Echeburúa, Sarasua y Zubizarreta, 2014).

En respuesta a situaciones traumatizantes, como ser víctima de violencia de género, el pensamiento de una persona se encuentra limitado, desarrollando ideas negativas sobre todos los aspectos de su vida. Esto se debe a que las experiencias tempranas de un individuo sirven para formar conceptos, que pueden ser negativos, sobre uno mismo, el futuro y el mundo (triada cognitiva). Los esquemas, pueden permanecer latentes y activarse ante determinadas circunstancias (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2010), como las planteadas en esta revisión, donde mujeres sufren diferentes formas de violencia de género resultando un disparador de tales esquemas, provocando baja autoestima, desesperanza, etc. A través de una intervención cognitiva conductual, es posible transformar esa forma inadecuada de procesar la información, que genera los síntomas depresivos. Esto se pudo observar, por ejemplo, en los resultados del apartado 1.b donde a lo largo del proceso terapéutico, las participantes aprendieron a utilizar las técnicas para reconocer pensamientos disfuncionales y cuestionar creencias distorsionadas, disminuyendo la sintomatología depresiva.

La terapia cognitivo conductual se encuentra dentro de las terapias basadas en evidencia. Esto quiere decir que son tratamientos que han sido capaces de demostrar empíricamente su eficacia a través de diseños experimentales. La importancia de que las terapias psicológicas sean evaluadas a través de diseños experimentales radica en que estos cuentan con un grado de control que permite identificar y confirmar si el efecto observado se debe, o no, a la intervención que se está realizando. Esto lo confirman los estudios de revisión sistemática, punto 1.a (Tirado et. al., 2014; Gómez et. al., 2019), que afirman la necesidad de contar en ese tipo de investigaciones, con la inclusión de otros diseños de estudios, como los utilizados en el resto de los artículos seleccionados: diseños experimentales y cuasi experimentales. En este sentido, se afirma que al basarse en la evidencia empírica que genera un diseño experimental es posible lograr una mejor atención a los pacientes en una psicoterapia, ya que los datos obtenidos permiten diferenciar qué intervención es más eficaz para un determinado problema; evaluando y ofreciendo mejores alternativas, tanto a nivel de resultados como en condiciones de aplicación. Cabe destacar que la existencia de tratamientos empíricamente validados no niega que se requieran determinados ajustes en los procedimientos de acuerdo a las características de cada paciente. Por el contrario, actualmente se busca asignar tratamientos distintos a tipos de

pacientes específicos, dentro de un mismo trastorno (Moriana y Martínez, 2011). Se profundizará en este último aspecto más adelante.

Cómo se puede observar, existe un uso general del inventario de depresión de Beck para medir la depresión. Este inventario se trata de un test de fácil aplicación y comprensión. Es importante destacar que, en la práctica clínica, ante casos como los analizados en esta revisión, donde existen mujeres con una gran afección a nivel emocional, este inventario es uno de los más utilizados ya que cuenta con la ventaja de una aplicación sencilla que permite detectar y evaluar la presencia y severidad de la depresión en una persona.

TCC grupal

Dentro de las investigaciones seleccionadas también se observó la eficacia de la TCC a nivel grupal. Según Beck, Rush, Shaw y Emery, (2010), una de las ventajas es a nivel práctico, donde en un determinado tiempo se puede tratar a un número mayor de pacientes. Esto se ve reflejado en la implementación del Plan Nacional de Salud Mental (2011), donde las intervenciones se dividen en diferentes modalidades de abordaje, por ejemplo grupales. Esta modalidad, asegura la atención de una determinada población, dentro de la que se encuentran personas en situación de violencia doméstica. Se ha comprobado que trabajar con grupos similares de pacientes deprimidos favorece a la disminución de la intensidad del problema. Además, ayuda a que surjan inferencias negativas que no necesariamente aparecen en sesiones individuales. Estas inferencias pueden ser perjudiciales o beneficiosas, de ello depende el manejo que tenga el terapeuta sobre las situaciones. Estas pueden aparecer mediante las comparaciones negativas del paciente con otros miembros del grupo, por los efectos potencialmente negativos de la interacción entre un conjunto de individuos con el mismo diagnóstico y las limitaciones en la capacidad del individuo para relacionar los ejemplos de procesos cognitivos negativos del grupo con su propio caso. Compararse con el grupo puede ser beneficioso ya que permite reducir pensamientos automáticos que no son posibles de descifrar en una sesión individual, donde el foco se centra en eventos y las cogniciones sobre estos eventos, que se dan fuera de la terapia. En el caso de la terapia grupal, mediante las comparaciones que surgen en el contexto, se pueden examinar y corregir sistemáticamente las inferencias negativas. Si bien, la presencia de un grupo de individuos depresivos puede aumentar la disforia, el centrarse en las interpretaciones negativas y distorsiones en el procesamiento de la información con la ayuda de otros miembros del grupo puede prevenir el hecho de creer que las situaciones problemáticas parecen no tener solución. Exponer entre todos los miembros del grupo sus

supuestos, se vuelve una “prueba de realidad” y de esa manera mejoran su habilidad para corregir los pensamientos desadaptativos propios de cada uno. A pesar de la eficacia comprobada, pueden existir ciertas dificultades con la aplicación grupal. Además, uno de los artículos de la revisión (Echeburúa, Sarasua y Zubizarreta, 2014) demuestra, tal como lo planteaba en uno de sus objetivos, que la terapia individual mejora al combinarse con terapia grupal, pudiendo ser esta un complemento de la primera.

Psicoeducación, Reestructuración cognitiva, Solución de Problemas

Cabe destacar el uso reiterado de determinadas técnicas en los artículos seleccionados, tales como la psicoeducación, reestructuración cognitiva y solución de problemas que, según los resultados, colaboran en la efectividad de la TCC. Es importante tener en cuenta intervenciones de prevención y tratamientos breves, que sean metodológicamente probados para lograr responder de una forma eficaz y eficiente a determinados problemas, como es, en este caso, la depresión o la sintomatología depresiva (Lara, Navarro, Navarrete, Mondragón, y Rubí, 2003).

En cuanto a la *psicoeducación*, se puede inferir que logra un mejor entendimiento de la problemática y de esta manera, una mejor adherencia al tratamiento para afrontar el diagnóstico. El estar más informadas sobre su padecimiento, provoca una reacción positiva en el aumento del estado de ánimo de las víctimas, impactando en sus vidas cotidianas. Otro aspecto relevante es que permite eliminar los prejuicios existentes sobre el padecimiento de depresión y, ahondando un poco más en el origen del problema, eliminar el prejuicio de ser una víctima de violencia de género. Es decir, permite conocer el ciclo de la violencia, las características de los agresores, además de los pensamientos y sentimientos que surgen tras haber pasado por una experiencia de violencia (Riojas y Cisneros, 2013). De esta manera, disminuyen las emociones que se generan, según Delgado et al. (2003,2006); Escudero et al. (2005) (citado en Álvarez, 2013), al estar expuestas a este tipo de violencia como, por ejemplo: el miedo, el fracaso, la soledad y la culpa, asociadas con síntomas de la depresión.

Se debe tener en cuenta que las reacciones de una persona ante un determinado acontecimiento dependen, principalmente, de cómo lo percibimos, valoramos, interpretamos y de las expectativas que tenemos. Además, es posible modificar las cogniciones de las personas para lograr un cambio terapéutico (Bados y García, 2010). Por lo tanto, la aplicación de técnicas de *reestructuración cognitiva* en los casos observados pretende que la víctima sea capaz de modificar su manera de pensar e interpretar las cosas, a causa de

su diagnóstico, para volcarse a favor del objetivo o uno de los objetivos que se establece en cada tratamiento: disminuir la sintomatología depresiva.

Además, es considerable la opción de la técnica de *Solución de Problemas* ya que permite afrontar experiencias estresantes y/o traumáticas, tales como las situaciones de violencia de género. De esta manera, se pretende crear estrategias de afrontamiento más adaptativas y eficientes, mejorando la capacidad de toma de decisiones de las víctimas. Se debe mencionar que la aplicación de la técnica de Solución de Problemas, al igual que con las demás técnicas conductuales, ante las dificultades que presente un individuo para resolver determinados problemas como, por ejemplo, el abordaje de sucesos vitales, que no se lleva a cabo hasta que el paciente logre cuestionar sus creencias irracionales fundamentales (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Terapia Dialéctica Conductual (TDC)

Es necesario mencionar el único artículo seleccionado para la revisión que se basa específicamente en un modo de TCC, la TDC (Iverson, Shenk y Fruzzetti, 2009). Se puede observar que se trata de un estudio adaptado a mujeres víctimas de violencia de género, ya que, originalmente, la TDC fue creada para trastornos tales como el trastorno límite de la personalidad. En este sentido, se destaca el resultado, apreciándose una reducción significativa de los síntomas depresivos, así como también de la desesperanza y la angustia psíquica en general.

Teniendo en cuenta que la población con la que se trabajó en esta revisión se encuentra en un estado de vulnerabilidad emocional, es relevante mencionar que la Terapia Dialéctica Conductual, modificada a mujeres que han sufrido violencia de género, resulta útil ya que ayuda a modificar la desregulación emocional, es decir, la capacidad para controlar emociones intensas, que como resultado, conducen a comportamientos impulsivos, autodestructivos o autolesionantes. El alto nivel de satisfacción por parte de las pacientes, demostrado en los resultados refleja, además, que la aplicación en formato grupal resulta práctica para la administración del tratamiento.

Planificación de tratamientos

Se ha observado en los resultados, que ciertos artículos mencionan la necesidad de ser más específicos al momento de realizar un tratamiento. A su vez, otros demuestran la importancia de observar las características personales de cada persona. Por ello, es relevante destacar que una evaluación psicológica además de validar, medir y comparar, requiere que el terapeuta conozca las características del evaluado.

Los sujetos son diferentes y ello significa que, aunque atraviesen una misma situación, esta puede no ser sentida y vivida de la misma manera. En este sentido, es necesario evaluar para conocer cuál es la terapia más adecuada para cada sujeto. Una situación en la que esto se puede aplicar, es observando los estudios seleccionados para esta revisión. Donde se realiza una misma intervención a un grupo que si bien es homogéneo en tanto todas las participantes han sido víctimas de violencia de género, pueden existir otras características personales y del contexto de la persona que influyan en los resultados, como por ejemplo: estar conviviendo o no con el agresor, tener hijos o no, etc. Es así que las acciones no deben estar establecidas a priori, por el contrario, se deben planificar en la medida que las circunstancias requieran nuevas opciones de actuar. El terapeuta, por lo tanto, debe contar con diversas técnicas para explorar la personalidad de quien consulta, que permitan conocer sus capacidades, fortalezas y debilidades y tener el suficiente criterio clínico para seleccionar las mejores y más oportunas herramientas para esa situación (Muniz, 2018).

Al ser diferentes, es importante conocer de cada individuo qué aspectos positivos y qué recursos tiene que puedan ser útiles para resolver el problema, como pueden ser la constancia y compromiso con el tratamiento, observados en los resultados de esta revisión. Tampoco se pueden perder de vista las limitaciones que podrían actuar en contra de una solución, presentes también en la población seleccionada como: falta de apoyo social, falta de recursos económicos, entre otras.

Retomando el abordaje de Beck, Rush, Shaw y Emery (2010), se observa que el modo de aplicar las técnicas de tratamiento específicas, siendo éstas lógicas, planificadas y adaptadas al paciente, se dan dentro de un contexto con un tipo de relación interpersonal concreta. Si bien en los casos utilizados, se tratan de investigaciones con un determinado propósito, para futuros casos, fuera de una investigación se debe tener en cuenta que la forma de aplicar dichas técnicas influye en la relación terapeuta-paciente. El uso adecuado de la aceptación, empatía y autenticidad influyen en la efectividad del tratamiento, aunque se debe destacar que esto no es suficiente. Es fundamental que exista confianza en la relación entre paciente-terapeuta. Esto colabora con el progreso de un vínculo positivo. También, la presencia de un buen rapport hace que ambos se sientan seguros y cómodos, estimulando al paciente la expresión de ideas y de sentimientos.

Otro aspecto importante es que, una vez analizado el caso, el terapeuta debe ser capaz de saber si puede responder a las demandas del paciente. De no ser así, es fundamental que sea derivado a otro centro o terapeuta que si se encuentre capacitado al respecto (Bados y García, 2009). Esto se encuentra relacionado con las limitaciones del

terapeuta, por eso hay que ser conscientes de hasta dónde podemos llegar como terapeutas y qué tipo de patologías o problemas están fuera de nuestro alcance.

Limitaciones de los estudios y recomendaciones

Dentro de los artículos seleccionados para esta revisión existen ciertas limitaciones que deben ser tomadas en cuenta para pensar los resultados y, también, para plantear posibles soluciones ante futuras investigaciones. Las mismas se detallan a continuación.

En general, dentro de las limitaciones más frecuentes se encuentran, como es habitual debido, en parte, a la dificultad para acceder a este tipo de población y a la dificultad de formar los grupos, los pequeños tamaños de las muestras, así como también las ausencias de grupos de control (en algunos casos, para reducir costos). Esto significa que no es posible realizar comparaciones de resultados entre intervención/ no intervención, es decir, sin la presencia de un grupo control no es posible saber qué sucede si, en este caso, no hubiesen recibido tratamiento (Hernandez, Fernandez y Baptista, 2010). De esta manera, no se puede distinguir si la disminución sintomatología depresiva se debe efectivamente a un reflejo de los componentes específicos del tratamiento, si se debe a factores inespecíficos (así como una alianza terapéutica positiva) o simplemente al paso del tiempo. Existen, además, intervenciones que no cuentan con un plan de seguimiento, o las participantes abandonan al momento del seguimiento. Esto no permite obtener una evaluación posterior de si realmente la intervención ha sido efectiva y los resultados se mantienen a largo plazo.

También, algunas investigaciones no han realizado la asignación aleatoria de los grupos, lo cual priva a los investigadores de saber si los grupos son exactamente iguales en todos los aspectos a evaluar. La asignación aleatoria permite mantener un control sobre las variables, para que no afecten los resultados obtenidos (Hernandez, Fernandez y Baptista, 2010). Cuanto más grande sea el número de personas en un estudio, el azar permite distribuir de mejor manera a los sujetos para que los grupos logren una mayor equivalencia. A su vez, aunque para algunos autores como Davis y Auchter (2010), la asignación aleatoria a los grupos es una buena forma de asegurar la validez interna del experimento, se ha reconocido que los experimentos aleatorios no son adecuados en todas las circunstancias, en las cuales se encuentra en mayor riesgo el bienestar y la vida de una persona, como es el caso de la población seleccionada para esta revisión. Con respecto a este último punto, nos encontramos frente a un dilema entre lo metodológicamente correcto y lo éticamente correcto, en una investigación. Existen normas éticas y jurídicas específicas

y universales que pretenden controlar y proteger los derechos fundamentales de las personas (Código de Nuremberg, Declaración de Helsinki). Según la declaración de Helsinki, investigaciones médicas en grupos de personas vulnerables “sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable”. No es menor mencionar, la existencia del consentimiento informado, que permite a la persona participar voluntariamente de ciertas investigaciones, aceptando los riesgos y/o beneficios. Otra de las exigencias dentro de estas normas, que cabe mencionar en este apartado es sobre que, en caso de comprobarse los beneficios y/o efectividad en los resultados de una investigación, todas las personas que se encontraban dentro del grupo control deben tener acceso a una intervención. En Uruguay existe el decreto N° 379/008, que regula la investigación en seres humanos. El mismo tiene como finalidad la protección integral de los seres humanos que participan de investigaciones, considerando la dignidad e integridad de las personas.

En uno de los estudios de caso, las sesiones han sido relatadas y no transcritas; implica que el relato de las mismas queda sujeto a la subjetividad de las observaciones realizadas por el terapeuta. En este sentido se debe mencionar que transcribir los relatos garantiza una mayor precisión y fiabilidad de las intervenciones realizadas.

Otra de las limitaciones que aparece en una de las investigaciones, fue la dificultad que presentan algunas mujeres para asistir al tratamiento debido a asuntos como el trabajo, cuidar a sus hijos, entre otros. En este sentido es posible plantear para futuras intervenciones, que este aspecto sea tomado en cuenta, proporcionando sesiones en horarios flexibles para lograr una mayor participación de mujeres.

Teniendo en cuenta que la muestra seleccionada se compone, en su mayoría, de mujeres de diferentes centros de salud y refugios, esta no resulta representativa, presentando entonces, otra limitación. Para que una muestra sea representativa de la población, y por lo tanto pueda ocurrir una generalización de los resultados, esta debe ser elegida con un procedimiento de muestreo probabilístico, lo cual permite que todos los posibles candidatos a un estudio determinado tengan la misma probabilidad de ser elegidos. Este tipo de muestreo resulta difícil de aplicar en investigaciones de este tipo, debido a que implica un gasto económico muy grande y requiere de un tiempo más prolongado. De igual manera, el hecho de se haya probado el mismo método en varios países, con mujeres de distintas edades, etc., obteniéndose resultados iguales o similares, permite que se pueda inferir su efectividad para la población seleccionada.

Para futuras investigaciones, en primera instancia destacar que, a pesar de haber tenido resultados positivos en la disminución de la depresión, mayoritariamente no se

trataban de estudios enfocados solamente a tratar dicho trastorno. Por lo tanto, se podrían plantear específicamente intervenciones que tengan como objetivo principal el tratamiento de la depresión. Asimismo, resulta pertinente la presencia de grupos control y tamaños de muestras más amplias y heterogéneas para poder realizar comparaciones en cuanto a resultados y así reforzarlos. Se deben evaluar y comparar, también, programas cortos y más largos para determinar cuál sería la duración óptima de un tratamiento. Otro de los aspectos importantes, teniendo en cuenta la rápida efectividad de los tratamientos, sería aplicar seguimientos en periodos de tiempo mayores para evaluar completamente el impacto del tratamiento a largo plazo. En relación a los tratamientos grupales, se vuelve interesante la aplicación de un grupo adicional, es decir, un grupo placebo que permita saber si la interacción positiva depende del tratamiento grupal, o del grupo mismo.

Consideraciones finales

Como ya ha sido mencionado, la violencia de género es un fenómeno muy relevante debido a su gran incidencia y a la magnitud de las consecuencias que tiene en la mujer en diferentes niveles: físico, económico y psicológico. Cabe destacar la importancia de tener presente al momento tratar con la paciente y de planificar/ realizar un tratamiento, que nos encontramos frente a una población vulnerable por el hecho de ser víctimas de violencia de género y que, a su vez sufren depresión. Esto nos permite mantener el foco en el hecho de que la depresión es uno de los principales y tantos problemas psicológicos a los que se encuentran expuestas esta población, siendo uno de los más frecuentes, ante un problema principal y de magnitud social y cultural, como lo es la violencia de género, el cual se debe combatir desde diferentes ámbitos.

Como sociedad es importante que seamos conscientes de su gravedad y afectaciones para fomentar nuevas formas de relacionamiento y mejores condiciones: sociales, políticas, culturales y económicas, que permitan hacerle frente a la violencia. Se vuelve fundamental que cada vez sean más frecuentes los estudios e investigaciones sobre la frecuencia o prevalencia de las consecuencias en la salud que provoca la violencia de género, ya que sirve como una de las tantas formas de visibilización del problema. A su vez, como profesionales de la salud, la existencia cada vez más usual de investigaciones sobre la temática, que abarque diferentes aspectos tales como la efectividad terapéutica nos permite tener conocimientos sobre los tratamientos y formas más efectivas de ayudar y mejorar la calidad de vida de las víctimas, desarrollando enfoques de intervención más flexibles, pensados en cada paciente. Así como también, permite seguir avanzando y mejorando la práctica clínica en lo referente a traumas psicológicos.

Tabla 1: Datos extraídos de los estudios seleccionados (Elaboración propia, 2020)

Titulo - Año - Autorxs - Idioma - Revista - Palabras clave		
1.a) Revisiones sistemáticas		
Objetivos/hipótesis	Metodología	Resultados/ Conclusiones
<p>1. "The efficacy of cognitive behavioural therapy and advocacy interventions for women who have experienced intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis" (2014); Tirado-Muñoz J., Gilchrist G., Farré M., Hegarty K. & Torrens M.; Inglés; Annals of Medicine, Early Online: 1–20. Palabras clave: Abogacía, terapia cognitiva conductual, violencia de pareja, metaanálisis, revisión sistemática, mujeres</p>		
<p>Determinar la eficacia de las intervenciones de terapia cognitiva conductual (TCC) para reducir la violencia física, psicológica y sexual producida por la pareja.</p>	<p>Búsquedas en bases de datos: MEDLINE, PsycINFO y Scopus. Criterios de inclusión 1) ensayos controlados aleatorios o ensayos aleatorios grupales, 2) resultado: frecuencia u ocurrencia de IPV y 3) compararon las intervenciones de defensa o TCC con la atención habitual.</p>	<p>Las intervenciones de TCC pueden ser significativamente más eficaces para reducir la IPV física y psicológica que una atención habitual. A su vez, intervenciones de mayor duración resultan más efectivas</p>
<p>2. "Psicoterapia cognitivo-comportamental para mulheres em situação de violência doméstica: revisão sistemática" (2019); Gomez M., Carvalho J., Ferman L.L., Crestani P.L., Habigzang L.F; Portugues; Psic. Clin., Rio de Janeiro, vol. 31, n.1, p. 145 – 165.</p>		
<p>Realizar una revisión sistemática de la literatura sobre protocolos de terapia cognitivo-comportamental (TCC) para el tratamiento psicológico de mujeres en situación de violencia doméstica</p>	<p>Búsquedas en bases: Scielo, Pepsic, PubMed, PsycINFO, Scopus e Web of Science. Descriptores: "clinical trial" o "therapy" o "psychotherapy" o "psychological treatment" y "violence" o "mistreatment" o "domestic violence" o "conjugal violence" y "women". 11 artículos fueron los seleccionados, los cuales se analizaron a partir de aspectos metodológicos, elementos de intervención y resultados alcanzados.</p>	<p>Todos los estudios apuntan a una mejora significativa de los principales síntomas del foco de intervención: ansiedad, depresión, TEPT y revictimización. No hubo diferencia significativa entre los resultados del impacto de la psicoterapia grupal con la psicoterapia individual.</p>
1.b) Estudios de caso		
Objetivos/hipótesis	Metodología	Resultados/ Conclusiones

<p>1. "Terapia Cognitivo Conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima: Estudio de casos múltiples" (2019); Luisa Fernanda Habigzang, Mariana Gomes Ferreira Petersen y Luisa Zamagna Maciel. Español. Ciencias Psicológicas, 13(2), 149 – 264. Palabras clave: violencia de pareja, estudio de caso, proceso terapéutico, terapia cognitivo conductual</p>		
<p>Describir el proceso y el resultado de un protocolo de intervención cognitivo conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja, a través de estudios de caso.</p>	<p>Población: Cuatro mujeres con historia de violencia conyugal y síntomas de depresión, ansiedad, estrés y trastorno de estrés postraumático (TEPT). Diseño: Estudio de caso descriptivo de intervención psicoterapéutica. El proceso terapéutico fue descrito usando las técnicas y recortes clínicos provenientes de los registros de las sesiones, siendo que los síntomas fueron evaluados antes y después de la intervención.</p>	<p>Las técnicas utilizadas se mostraron adecuadas para disminución de los síntomas. Como conclusión: Este estudio corrobora la literatura, presentando evidencias iniciales de efectividad de un protocolo de TCC para el tratamiento de mujeres en situación de violencia conyugal.</p>
<p>2. "Evaluación e intervención psicológica en un caso de violencia de género desde el centro de Salud Mental" (2014); Quesada, M.; Everts, F; Hidalgo, A. y Muñoz, J.J. Español. Psicopatología Clínica, Legal y Forense, Vol. 14, 2014, pp.97-110. Palabras claves: Violencia de género, centro de salud mental, estudio de caso, terapia cognitivo-conductual.</p>		
<p>Garantizar la adherencia al tratamiento en el centro de salud mental y potenciar la motivación para utilizar otros recursos de ayuda a la violencia de género. Proporcionar información sobre la violencia de género y las consecuencias psicológicas de la misma. Recuperar hábitos perdidos y adquirir otros nuevos con el fin de aumentar su red social y mejorar el estado de ánimo. Modificar pensamientos distorsionados y sustituirlos por otros más adaptativos en lo referido al autoconcepto, la culpa y el futuro. Disminuir sentimientos de tristeza e indefensión. Recuperar competencias en la resolución de problemas potenciando la responsabilidad propia en la toma de decisiones. Fomentar la realización de acciones encaminadas a conseguir una mayor independencia económica. Disminuir ansiedad y estrés en relación a eventos traumáticos</p>	<p>Población: mujer de 45 años que sufre episodios de violencia física y psicológica de parte de su pareja. Formato individual.</p>	<p>Existe una disminución en prácticamente todas las dimensiones sintomáticas. Se aprecia una clara disminución en las puntuaciones de las escalas de depresión.</p>

<p>3. "Intervención centrada en soluciones cognitivo-conductual en un caso de violencia en el noviazgo" (2013); Guajardo Riojas N. y Cavazos Cisneros. B.E. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 16, (2). Palabras clave: abuso sexual, violencia en el noviazgo, terapia centrada en soluciones, Terapia cognitivo conductual.</p>		
<p>Dado que la paciente reportó que la experiencia de su relación de pareja le dejó secuelas a nivel emocional y psicológico (pobre valoración de sí misma, inseguridad para tomar decisiones, falta de motivación y esperanza en el futuro, dificultad para confiar y relacionarse con los hombres incluso en el trabajo y disminución de la comunicación con su padre); Los objetivo fueron: superar y aprender de su relación de pareja anterior, aumentar su seguridad y autoestima, mejorar la comunicación con su padre.</p>	<p>Poblacion: Mujer de 21 años de edad que recibió abuso sexual y violencia por parte de su ex pareja. Se aplica el modelo de terapia centrada en soluciones cognitivo conductual. Se utilizó el esquema de intervención de la Maestría en Psicología con orientación en Terapia Breve.</p>	<p>El modelo de terapia breve orientado en soluciones cognitivo conductual resulta eficaz en la intervención con mujeres que han recibido algún tipo de violencia en su noviazgo.</p>
<p>1.c) Estudios que miden la depresión, pero se encuentran enfocados en el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT)</p>		
<p>Objetivos/hipótesis</p>	<p>Metodología</p>	<p>Resultados/ Conclusiones</p>
<p>1. "Evaluación de la eficacia de un tratamiento individual para mujeres víctimas de violencia de pareja con trastorno de estrés postraumático" (2009); Labrador F.J Y Fernández Velasco R. Pensamiento Psicológico, Vol. 6, N°13, 2009, pp. 49-68. Palabras clave: trastorno de estrés postraumático, mujeres maltratadas, terapia cognitiva, terapia de exposición.</p>		
<p>Evaluar la eficacia de un tratamiento breve e individual del trastorno por estrés post traumático (TEPT) en mujeres víctimas de violencia de pareja</p>	<p>Población: 20 mujeres víctimas de violencia ejercida por su pareja, todas con diagnóstico de TEPT. Diseño cuasi experimental de medidas repetidas.</p>	<p>Mejora significativa en la sintomatología postraumática (en más del 80% de las participantes) y en los problemas asociados: depresión, autoestima, inadaptación social y cogniciones postraumáticas. Las mejoras se mantienen, e incluso, se incrementan en el seguimiento.</p>
<p>2. "Eficacia de un Programa de Intervención para el Trastorno de Estrés Postraumático en Mujeres Inmigrantes Víctimas de Violencia de Pareja: Un Estudio Piloto" (2010); Alonso E. y Labrador F. Interamerican Journal of Psychology, vol. 44, núm. 3, 2010, pp. 547-559. Palabras Clave: Trastorno de estrés postraumático; Mujeres maltratadas; Terapia cognitiva; Terapia de exposición.</p>		
<p>Evaluar empíricamente la eficacia de un programa de intervención breve y específico para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático</p>	<p>Población: 23 mujeres inmigrantes que demandan tratamiento psicológico por ser o haber sido víctima de violencia de</p>	<p>Mejora significativa tanto en la sintomatología postraumática (superación del TEPT en el 70% de las</p>

<p>(TEPT) en mujeres víctimas de violencia de pareja.</p>	<p>pareja con diagnóstico de TEPT. Formato grupal. Diseño cuasi experimental de dos grupos independientes (grupo control y grupo de tratamiento) con medidas repetidas.</p>	<p>participantes) como en los problemas asociados: depresión, autoestima, inadaptación social y cogniciones postraumáticas. Buena aceptación del tratamiento.</p>
<p>3. "A Cognitive–Behavioral Treatment for Battered Women With PTSD in Shelters: Findings From a Pilot Study" (2006); Dawn M. Johnson & Caron Zlotnick. Journal of Traumatic Stress, Vol. 19, No. 4, August 2006, pp. 559–564</p>		
<p>Evaluar la viabilidad y la eficacia de un tratamiento individual cognitivo-conductual para mujeres maltratadas con TEPT en refugios.</p>	<p>Población: 18 mujeres que sufrieron violencia doméstica antes de entrar al refugio. Se aplicó Empowerment (HOPE), tratamiento cognitivo conductual individual.</p>	<p>Disminuciones significativas en los síntomas de TEPT, síntomas depresivos, en la pérdida de recursos y el grado de discapacidad social. Alta satisfacción con el tratamiento por parte de las participantes.</p>
<p>4. "Eficacia a corto plazo de un programa de intervención para el trastorno de estrés postraumático en mujeres mexicanas víctimas de violencia doméstica" (2007); Labrador F.J y Alonso E.; Revista de Psicopatología y Psicología Clínica Vol. 12, N.º 2, pp. 117-130; Palabras clave: Trastorno de estrés postraumático, mujeres maltratadas, terapia cognitiva, terapia de exposición.</p>		
<p>Evaluar empíricamente la eficacia de un programa de intervención breve y específico para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en mujeres víctimas de violencia doméstica</p>	<p>Población: 34 mujeres mexicanas víctimas de violencia de pareja, todas con diagnóstico de TEPT. Formato grupal. Diseño cuasi experimental de medidas repetidas.</p>	<p>Se consigue una mejora significativa tanto en la sintomatología postraumática (en más del 85% de las participantes) como en los problemas asociados: Depresión(de 58,8% a un 2%), autoestima, inadaptación social y cogniciones postraumáticas</p>
<p>5. "Cognitive–Behavioral therapy for PTSD and depression symptoms reduces risk for future intimate partner violence among interpersonal trauma survivors" (2011); Iverson K.M., GradusJ.L.,Resick P.A., Suvak M.K., Smith K.F. y Monson C.M.; Journal of Consulting and Clinical Psychology Vol. 79, No. 2, 193–202; Palabras clave: terapia cognitivo-conductual, victimización interpersonal, violencia de pareja, trastorno de estrés postraumático, depresión.</p>		

<p>Examinar el efecto de la TCC para el TEPT y los síntomas depresivos sobre el riesgo de una futura victimización por violencia de pareja en mujeres sobrevivientes de violencia de pareja.</p>	<p>Población: 150 mujeres diagnosticadas con TEPT (edad promedio 35.4). Completaron el tratamiento 86.</p>	<p>Reducción de los síntomas de TEPT y depresión. Esto se asocia a una menor probabilidad de victimización por violencia de pareja en un seguimiento de 6 meses. Se destaca la importancia de identificar y tratar el TEPT y los síntomas depresivos entre los sobrevivientes de trauma interpersonal como un método para reducir el riesgo de una futura IPV.</p>
<p>1.d) Programas de intervención cognitivo- conductual (TCC) centrados en secuelas del trauma que miden la depresión.</p>		
<p>Objetivos/Hipótesis</p>	<p>Metodología</p>	<p>Resultados/Conclusiones</p>
<p>1. "Tratamiento cognitivo conductual centrado en el trauma de mujeres víctimas de violencia de pareja" (2011); Cáceres E., Labrador F., Ardila P y Parada D.; Psychol. av. discip. vol. 5, N.º 2, pp 13-31</p>		
<p>Se evaluó la efectividad de un tratamiento psicológico centrado en el trauma de mujeres víctimas de violencia de pareja.</p>	<p>Población: 73 mujeres con diagnóstico de TEPT. Formato grupal. Diseño pre-experimental.</p>	<p>Mejora sintomática de forma rápida en la mayoría de las mujeres en reexperimentación, ansiedad, depresión, autoestima e inadaptación y demorada en evitación, hiperactivación y las cogniciones postraumáticas. Los resultados del tratamiento se mantienen durante los seguimientos a nivel clínico y estadístico.</p>
<p>2. "Eficacia de un programa de tratamiento psicológico individual para mujeres maltratadas por su pareja" (2014); Matud M.P, Fortes D. y Medina L.; Psychosocial Intervention 23, 199-207; Palabras clave: Tratamiento psicológico, eficacia, maltrato de la pareja, estrés postraumático, depresión.</p>		
<p>Evaluar la eficacia de un programa de intervención psicológica individual para mujeres maltratadas por su pareja</p>	<p>Población: 128 mujeres maltratadas por su pareja, usuarias de servicios públicos especializados (entre 18 y 67 años de edad). Formato individual. Diseño cuasi experimental.</p>	<p>Reducción clínica y estadísticamente significativa de la sintomatología depresiva, ansiosa y de tipo postraumático, así como de la inseguridad en sí mismas. Aumentó su autoestima y confianza en</p>

		sí mismas. Esos cambios se mantuvieron en el seguimiento. Se concluye la eficacia del programa puesto a prueba.
3. "Evaluation of the Impact of a Cognitive- Behavioral Intervention for Women in Domestic Violence Situations in Brazil" (2017); Habigzang, L. F., Aimée Schneider, J., Petroli Frizzo, R., & Freitas, C. P.; Universitas Psychologica V. 17 No. 3		
Desarrollar y evaluar la efectividad de un protocolo de intervención basado en la terapia cognitivo-conductual para mujeres en situación de violencia de pareja.	Población: 11 mujeres que experimentaron situaciones de violencia psicológica, física y/o sexual perpetradas por sus parejas (promedio 42.73 años). Formato individual. Diseño cuasi experimental.	Reducción significativa de síntomas de depresión, ansiedad y estrés. Los resultados demuestran evidencias iniciales de la efectividad de la intervención.
4. "Eficacia de un programa de intervención para mujeres maltratadas por su pareja" (2016); Matud M.P, Padilla M.V, Medina L. y Fortes D.; Revista Psicológica Vol. 34, No 3, 199-208. Palabras clave: mujeres maltratadas, violencia de género, intervención psicológica.		
Estudio en el que se analiza la eficacia de un tratamiento psicológico para mujeres maltratadas por su pareja.	Población: 107 mujeres maltratadas por su pareja (promedio de edad 39.64). Formato grupal. Diseño cuasi experimental con dos grupos independientes y medidas repetidas.	Disminuciones significativas, estadística y clínicamente, en la sintomatología de estrés postraumático y sintomatología depresiva y de ansiedad y aumentó su autoestima y apoyo social. Los resultados se mantienen en los seguimientos.
5. "Dialectical Behavior Therapy for Women Victims of Domestic Abuse: A Pilot Study" (2009); Iverson K. M., Shenk Ch. y Fruzzetti A.E; Professional Psychology: Research and Practice Vol. 40, No. 3, 242-248; Palabras clave: abuso doméstico, mujeres víctimas, terapia dialéctica conductual, terapia grupal, regulación emocional.		
Examinar la viabilidad y la efectividad de la terapia dialéctica conductual adaptada a mujeres víctimas de violencia doméstica.	Población: 31 mujeres que sufrieron violencia doméstica por parte de una pareja íntima en cualquier momento de su vida (promedio de edad 40,7). Proviene de refugios para mujeres, centros de crisis y agencias municipales. Formato grupal.	Mejoras significativas clínica y estadísticamente de síntomas depresivos reducidos, desesperanza y angustia psiquiátrica e informaron un aumento en el ajuste social. Los resultados respaldan la viabilidad y la posible efectividad de este enfoque. El formato grupal resulta práctico para la administración del tratamiento.

		Alta satisfacción con el tratamiento.
6. "Individual therapy versus individual and group therapy regarding cognitive behavioral treatment for battered women in a community setting" (2014); Echeburúa E, Sarasua e Zubizarreta I.; Journal of Interpersonal Violence 2014, Vol. 29(10) 1783–1801; Palabras clave: violencia de pareja, mujeres maltratadas, tratamiento cognitivo-conductual, terapia individual, terapia grupal.		
<p>Evaluar la efectividad clínica de un programa de terapia cognitivo-conductual (TCC) para mujeres maltratadas en un entorno comunitario. Determinar si la efectividad de la terapia individual puede mejorarse junto con la terapia grupal.</p>	<p>Población: 116 mujeres maltratadas en búsqueda de tratamiento. Formato individual o individual y grupal. Diseño experimental.</p>	<p>Mejoras en todas las variables (TEPT, síntomas depresivos, ansiedad y funcionamiento deteriorado). En todas las evaluaciones, la terapia combinada individual y grupal funcionó mejor que la terapia individual con respecto a los síntomas del TEPT y el funcionamiento deteriorado en las evaluaciones de seguimiento. Estos hallazgos apoyan parcialmente los efectos beneficiosos de la TCC grupal como terapia complementaria a la TCC individual.</p>
7. "Effects of an intervention program for female victims of intimate partner violence on psychological symptoms and perceived social support" (2014); Hansen N.B, Eriksen S.B y Elklit A.; European Journal of Psychotraumatology, 5:1, 24797		
<p>Examinar los efectos de un programa de intervención trifásico específico para mujeres víctimas de violencia de pareja sobre los síntomas psicológicos (TEPT, ansiedad y depresión) y el apoyo social percibido.</p>	<p>Población: 212 mujeres víctimas de violencia de pareja. (70 completaron el tratamiento)</p>	<p>Efecto significativo del programa de intervención sobre la reducción de los síntomas psicológicos y el aumento de los niveles de apoyo social percibido. Los programas de intervención específicamente desarrollados para mujeres víctimas de violencia de pareja son efectivos para reducir las consecuencias personales nocivas de tal violencia.</p>

Referencias Bibliográficas

- *Alonso E. y Labrador F. (2010). Eficacia de un Programa de Intervención para el Trastorno de Estrés Postraumático en Mujeres Inmigrantes Víctimas de Violencia de Pareja: Un Estudio Piloto. *Revista Interamericana de Psicología*, 44 (3), 547-559. [Fecha de consulta 5 de febrero de 2020]. ISSN: 0034-9690. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=284/28420658018>
- Álvarez, C. D. (2013). Aspectos cognitivos y emocionales de la violencia de género. In *Violencia de género e igualdad: una cuestión de derechos humanos* (pp. 65-79). Comares. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4482369>
- American Psychiatric Association, (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: Trastornos depresivos* (4ª Ed. T.R.). Barcelona: Masson S.A
- Antona, C. J., García-López, L. J., Yela, J. R., Gómez, M. A., Salgado, A., Delgado, C., & Urchaga, J. D. (2006). Eficacia de la exposición y la reestructuración cognitiva en jóvenes adultos con trastorno de ansiedad social. *Psicología conductual*, 14(2), 183-200. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Luisjoaquin_Garcia-Lopez/publication/317511872_REPERCUSION_DE_LA_EXPOSICION_Y_REESTRUCTURACION_COGNITIVA_SOBRE_LA_FOBIA_SOCIAL_EFFECTS_OF_EXPOSURE_AND_COGNITIVE_RESTRUCTURING_IN_SOCIAL_PHOBIA/links/55980eca08ae793d137e0f26/REPERCUSION-DE-LA-EXPOSICION-Y-REESTRUCTURACION-COGNITIVA-SOBRE-LA-FOBIA-SOCIAL-EFFECTS-OF-EXPOSURE-AND-COGNITIVE-RESTRUCTURING-IN-SOCIAL-PHOBIA.pdf
- Arnold D., Berhane Y., Gelaye B., Goshu M. y Williams M.A. (2009). Depressive Symptoms Among Female College Students Experiencing Gender-Based Violence in Awassa, Ethiopia. *Journal of Interpersonal Violence*. 24(3), 464-481. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0886260508317173>
- Aznar, M. P. M., Gutiérrez, A. B., & Padilla, V. (2004). Intervención psicológica con mujeres maltratadas por su pareja. *Papeles del psicólogo*, 25(88), 1-9.
- Bados López, A., & García Grau, E. (2009). El Proceso de evaluación y tratamiento. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/9893/1/Proceso%20de%20intervenci%C3%B3n.pdf>

- Bados López, A., & García Grau, E. (2010). La Técnica de la reestructuración cognitiva. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (19.ª ed., pp. 12-13; 24; 42; 51-55; 115-117; 311). Editorial Desclée de Brower, S.A., 2005. Editorial Desclée de Brower, S.A., 2005.
- Briere, J., & Jordan, C. E. (2004). *Violence against women: Outcome complexity and implications for assessment and treatment. Journal of interpersonal violence, 19(11), 1252-1276.*
- Bulacio J.M. (s/f). Uso de la Psicoeducación como estrategia terapéutica. Fundación Iccap. Recuperado de: http://fundacioniccap.org.ar/downloads/investigaciones/Poster_4_Uso_de_la_psicoeducacion_como_estrategia_terapeutica.pdf
- Briere, J., & Jordan, C. E. (2004). Violence against women: Outcome complexity and implications for assessment and treatment. *Journal of interpersonal violence, 19(11), 1252-1276.*
- *Cáceres-Ortiz, E., Labrador-Encinas, F., Ardila-Mantilla, P., & Parada-Ortiz, D. (2011). Tratamiento cognitivo conductual centrado en el trauma de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psychologia. Avances de la disciplina, 5(2), 13-31.* Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297224105002.pdf>
- Calvete, E., Estévez, A., & Corral, S. (2007). Intimate partner violence and depressive symptoms in women: Cognitive schemas as moderators and mediators. *Behaviour research and therapy, 45(4), 791-804.*
- Chertok, A. (2009). Desarrollo y Tratamiento de los Comportamientos Agresivos Enfoque cognitivo–conductual. Trabajo presentado en la Sociedad de Psiquiatría de Uruguay, Uruguay. Resumen recuperado de: <http://www.google.com.uy/url>.
- Cort, N. A., Cerulli, C., Poleshuck, E. L., Bellenger, K. M., Xia, Y., T & Talbot, N. L. (2014). Interpersonal psychotherapy for depressed women with histories of intimate partner violence. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy, 6(6), 700.*
- 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.*
- División Políticas de Género del Ministerio del Interior. (13 de marzo, 2019). Aumento de 500 % de las denuncias por violencia de género demuestra visibilidad del problema en Uruguay. *Presidencia.* Recuperado de: <https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/ministerio-interior-july-zabaleta-federico-laca-politicas-genero>

Díaz, M., Ruiz, M. A., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales* (pp. 370-372; 435; 449; 535). Editorial Desclée de Brower, S.A., 2012. Editorial Desclée de Brower, S.A., 2012.

de Alencar-Rodrigues, R., & Cantera, L. M. (2013). Del laberinto hasta el camino hacia la recuperación de la violencia. *Interamerican Journal of Psychology*, 47(1), 61-69.

Decreto N° 379/008. Investigación en seres humanos. Comisión de Bioética y Calidad de Atención. Montevideo, 14 de agosto, 2008. Recuperado de: <http://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/379-2008>

*Echeburúa E., Sarasua B y Zubizarreta I. (2014). Individual versus individual and group therapy regarding a cognitive-behavioral treatment for battered women in a community setting. *Journal of Interpersonal Violence*, Vol. 29(10), 1783–1801. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24368675>

*Encinas, F. J. L., & Alonso, E. (2007). Eficacia a corto plazo de un programa de intervención para el trastorno de estrés postraumático en mujeres mexicanas víctimas de violencia doméstica. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 12(2), 117-130. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2378091>

García-Moreno, Claudia (2000). Violencia contra la mujer. Género y equidad en la salud.

Recuperado de:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/811/9789275327166.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Gómez, E. (2007). Terapia dialéctica conductual. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 70(1-4), 63-69. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3720/372039390006.pdf>

Álvarez Ariza, M., Atienza Merino, G., Avila González, M. J., González García, A., Guitián Rodríguez, D., Louro González, A., & Triñares Pego, Y. (2014). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t*.

Gurgel Adeodato, Vanessa, y dos Reis Carvalho, Racquel, y Riquet de Siqueira, Verônica, y Gomes de Matos e Souza, Fábio (2005). Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Revista de Saúde Pública*, 39 (1), 108-113. [Fecha de consulta 8 de febrero de 2020]. ISSN: 0034-8910. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n1/14.pdf>

*Habigzang, L. F., Aimée Schneider, J., Petrolí Frizzo, R., y Freitas, C. P. (2018). Evaluation of the Impact of Cognitive-Behavioral Intervention for Women in Domestic Violence Situations in Brazil. *Universitas Psychologica*, 17(3), 1-11. doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-3.eicb>

*Habigzang, L.F., Gomes F.P.M., y Maciel, Z.L. (2019). Terapia Cognitivo Conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima: Estudio de casos múltiples. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 149 – 264. Recuperado de:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-42212019000200249&lng=es&nrm=iso

Habigzang L.F, Zancan N. (2018). Regulação Emocional, Sintomas de Ansiedade e Depressão em Mulheres com Histórico de Violência Conjugal. *Psico-USF*, 23(2), 253-265. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-82712018230206> Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712018000200253

*Hansen, N. B., Eriksen, S. B., & Elklit, A. (2014). Effects of an intervention program for female victims of intimate partner violence on psychological symptoms and perceived social support. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 24797. Recuperado de: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/ejpt.v5.24797%40zept20.2014.5.issue-s3>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). Metodología de la investigación.

*Iverson, K. M., Gradus, J. L., Resick, P. A., Suvak, M. K., Smith, K. F., & Monson, C. M. (2011). Cognitive-behavioral therapy for PTSD and depression symptoms reduces risk for future intimate partner violence among interpersonal trauma survivors. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(2), 193. Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037/a0022512>

*Iverson, K. M., Shenk, C., & Fruzzetti, A. E. (2009). Dialectical behavior therapy for women victims of domestic abuse: A pilot study. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(3), 242. Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/record/2009-08599-005>

*Johnson, DM y Zlotnick, C. (2006). A Cognitive-Behavioral Treatment for Battered Women With PTSD in Shelters: Findings From a Pilot Study. *Journal of Traumatic Stress: publicación oficial de la Sociedad Internacional de Estudios de Estrés Traumático*, 19 (4), 559-564. Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jts.20148>

La resolución 48/104 de la Asamblea General "Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer" A/RES/48/104 (23 de febrero de 1994), disponible en: https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/48/104&Lang=S

*Laborda, M. Q., Everts, F., Holgado, A. H., & García, J. J. M. (2014). Evaluación e intervención psicológica en un caso de violencia de género desde el centro de salud mental. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 14(1), 97-110. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6379125>

Labrador Encinas, Francisco Javier, & Fernández-Velasco, M^a Rocío, & Rincón, Paulina (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema*, 22(1),99-105.[fecha de Consulta 8 de Febrero de 2020]. ISSN: 0214-9915. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72712699016>

*Labrador, F. J., Velasco, R. F., & González, P. P. R. (2010). Evaluación de la eficacia de un tratamiento individual para mujeres víctimas de violencia de pareja con trastorno de estrés postraumático. *Pensamiento Psicológico*, 6(13).Recuperado de:

<https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/117>

Lara, M. A., Navarro, C., Navarrete, L., Mondragón, L., & Rubí, N. A. (2003). Seguimiento a dos años de una intervención psicoeducativa para mujeres con síntomas de depresión, en servicios de salud para población abierta. *Salud Mental*, 26(3), 27-36. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2003/sam033d.pdf>

Ley N° 17.514. Violencia Doméstica. Montevideo, Uruguay. Poder Legislativo, 9 de julio de 2002. Recuperado de: https://www.oas.org/dil/esp/Ley_contra_Violencia_Domestica_Uruguay.pdf

Ley N° 19.580. Ley de violencia hacia las mujeres basada en género. Modificación a disposiciones del código civil y código penal. Derogación de los Arts. 24 a 29 de la Ley 17.514. Montevideo, Uruguay. Normativa y avisos legales del Uruguay, 27 de agosto de 2018. Recuperado de: <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>

Lucânia, E. R., Valério, N. I., Barison, S. Z. P., & Miyazaki, M. C. D. O. S. (2009). Intervenção cognitivo-comportamental em violência sexual: estudo de caso. *Psicologia em Estudo*, 14(4), 817-826.

Manzanal, S. E., Javato, L. M., & Ordi, H. G. (2017). *Intervención cognitivo-conductual en un caso clínico de estrés postraumático debido a abusos sexuales en la infancia. Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 5(1), 43-64.

*Matud, P., Fortes, D., & Medina, L. (2014). Eficacia de un programa de tratamiento psicológico individual para mujeres maltratadas por su pareja. *Psychosocial Intervention*, 23(3), 199-207. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592014000300005

*Matud, M. P., Padilla, V., Medina, L., & Fortes, D. (2016). Eficacia de un programa de intervención para mujeres maltratadas por su pareja. *Terapia psicológica*, 34(3), 199-208. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48082016000300004&script=sci_arttext

Ministerio de Salud Pública. (2011) Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Recuperado de https://www.bps.gub.uy/bps/file/8117/1/salud_mental_plan_nacional_junio.pdf

Miracco, M. C., Vetere, G., Zarankin, A., Vallejos, M., & Biglieri, R. R. (2008). Tratamientos psicoterapéuticos eficaces para mujeres golpeadas con trastorno por estrés postraumático. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17(1), 57-64.

Morales R., Valdés K. y Cazares I. (2018). Análisis desde el enfoque Cognitiva-Conductual de la Violencia de género en mujeres de Saltillo, Coahuila. *Políticas sociales sectoriales* 5(5), 239-259. Recuperado de: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/99122>

- Moriana, J. A., & Martínez, V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 16(2), 81-100. Recuperado de: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/10353>
- Muniz A. (2018). De la evaluación a la intervención, una mirada compleja sobre la práctica clínica. En Alicia Muniz (comp.) (Ed.), *Intervenciones en psicología clínica. Herramientas para la evaluación y el diagnóstico* (pp. 117-119). Montevideo Uruguay. Recuperado de: <https://www.cse.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2018/12/Intervenciones-en-psicologi%CC%81a-cli%CC%81nica-Alicia-Mun%CC%83iz-Guias.pdf>
- Nascimento de Santi, L., Spanó Nakano, A. M., & Lettiere, A. (2010, 30 junio). Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a02v19n3.pdf>
- OMS. (2002). Informe mundial sobre violencia y salud: resumen. Recuperado de: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
- OMS. (2013). Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85243/WHO_RHR_HRP_13.06_spa.pdf?3Bjsessionid=7570A43C795CAEABBA09C248E8846698?sequence=1
- OMS. (2013). Violencia contra la mujer: respuesta del sector de la salud. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87060/WHO_NMH_VIP_PVL_13.1_spa.pdf?sequence=1
- OPS/OMS. (30 de marzo, 2017). "Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. Recuperado de: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1152:depression-hablemos-dice-la-oms-mientras-la-depresion-encabeza-la-lista-de-causas-de-enfermedad&Itemid=451
- OMS/OPS. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Recuperado de: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Patró Hernández, Rosa, & Corbalán Berná, Francisco Javier, & Limiñana Gras, Rosa Ma. (2007). Depresión en mujeres maltratadas: Relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia. *Anales de Psicología*, 23(1),118-124.[fecha de Consulta 8 de Febrero de 2020]. ISSN: 0212-9728. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16723115>
- *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. *Psicologia Clínica*, 31(1), 145-165.

Recuperado

de:

<https://www.redalyc.org/jatsRepo/2910/291059507008/291059507008.pdf>

- Rao, D., Horton, R. y Raguram, R. (2012). Desigualdad de género y violencia estructural entre las mujeres deprimidas en el sur de la India. *Psiquiatría social y epidemiología psiquiátrica* , 47 (12), 1967-1975.
- Rico, J. E. M., & Méndez, J. H. M. (2015). Percepción de la experiencia de violencia doméstica en mujeres víctimas de maltrato de pareja. *Universitas Psychologica*, 14(3)
- *Riojas, N. G., & Cisneros, B. E. C. (2013). Intervención centrada en soluciones-cognitivo conductual en un caso de violencia en el noviazgo. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(2), 476. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/2f8f/fb0eb41b9b2a8d2e6c9449462a88c02e7f9b.pdf>
- Robert C. Davis & Bernard Auchter (2010). National Institute of Justice funding of experimental studies of violence against women: a critical look at implementation issues and policy implications. *Journal of Experimental Criminology* 6 (4): 377-395. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/225426149_National_Institute_of_Justice_funding_of_experimental_studies_of_violence_against_women_A_critical_look_at_implementation_issues_and_policy_implications
- Rubio-Garay, F., Carrasco, M. Á., Amor, P. J., & López-González, M. A. (2015). Factores asociados a la violencia en el noviazgo entre adolescentes: una revisión crítica. *Anuario de psicología jurídica*, 25(1), 47-56. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=315040291007>
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., De Corral, P., & Echeburúa, E. (2013). *Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia: resultados a largo plazo. Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 29(1), 29-37. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16725574004>
- Soler, J., Eliges, M., & Carmona, C. (2016). Terapia Dialéctica Conductual: aplicaciones clínicas y evidencia empírica. *Análisis y modificación de conducta*, 42(165-6). Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/60674377.pdf>
- Tarquino, C., Brennstuhl, MJ, Rydberg, JA, Schmitt, A., Mouda, F., Lourel, M. y Tarquino, P. (2012). Terapia de desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular (EMDR) en el tratamiento de víctimas de violencia doméstica: un estudio piloto. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée / European Review of Applied Psychology* , 62 (4), 205-212.
- *Tirado-Muñoz, J., Gilchrist, G., Farré, M., Hegarty, K., & Torrens, M. (2014). The efficacy of cognitive behavioural therapy and advocacy interventions for women who have experienced intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis. *Annals of medicine*, 46(8), 567-586. Recuperado de: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/07853890.2014.941918>

Umpierrez, M. (17 de julio, 2019). La tasa de suicidios aumentó en el 2018 en Uruguay. *El observador*. Recuperado de: <https://www.observador.com.uy/nota/la-tasa-de-suicidios-aumento-en-2018-en-uruguay-201971792449>

Vasquez Machado, A. (2007). Relación entre violencia y depresión en mujeres. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 70(14), 88-95. [Fecha de consulta 8 de febrero de 2020]. ISSN: 0034-8597. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372039390004>

Violencia basada en género y generaciones. (2013). Encuesta nacional de violencia. Recuperado de: http://repositorio.mides.gub.uy:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/981/ENCCU_ESTA%20NACIONAL%20DE%20VIOLENCIA%20BASADA%20EN%20GENERO%20Y%20GENERACIONES.pdf?sequence=1&isAllowed=y