

## *Una revisión de los programas de intervención grupal con víctimas de violencia de género*

**Rosario VACA-FERRER**

*Centro de Psicología, Puerto de Santa María, Cádiz (España)*

**Rafael FERRO-GARCÍA**

*Centro de Psicología Clínica C.E.D.I., Granada (España)*

**Luis VALERO-AGUAYO**

*Universidad de Málaga (España)*

### *Resumen*

La violencia de género es un problema personal y social grave, con múltiples consecuencias para las mujeres maltratadas. Los estudios de intervención para ayudar a estas personas son escasos y desde aproximaciones diversas. Se ha realizado aquí una revisión sistemática de los tratamientos aplicados en grupo a mujeres que han sido objeto de violencia de género. Se han revisado las bases de datos de *Scopus*, *Web of Science*, *Google Scholar*, *ResearchGate*, además de literatura gris. Del total de trabajos se han seleccionado 34 de ellos que sí eran estudios con datos de eficacia, agrupados por el tipo de intervención: terapias cognitivo-conductuales (22), terapias contextuales (4) y programas diversos (8). Los resultados muestran que las terapias cognitivo-conductuales son eficaces para reducir las conductas de ansiedad, estrés y trastorno de estrés postraumático, con distintos tamaños del efecto y seguimientos hasta 12 meses. Las terapias contextuales son prometedoras en este campo y permiten una aplicación adaptada a la persona. Las demás terapias muestran eficacia en algunos casos, aunque partan de teorías diferentes utilizan también técnicas de la terapia cognitivo-conductual. Se concluye sobre la necesidad de investigar los componentes específicos de las terapias, y realizar estudios con diseños de grupos aleatorizados.

*Palabras clave:* revisión, violencia doméstica, mujeres maltratadas, terapias de grupo.

### *Abstract*

Gender violence is a serious personal and social problem, with multiple consequences for abused women. Intervention studies to help these people, are scarce and from different approaches. We have carried out a systematic review of the treatments applied in groups to women who have been in gender violence. The data bases of *Scopus*, *Web of Science*, *Google Scholar*, *Dialnet* and grey literature were reviewed. From the papers found, 34 of them have been select because they were studies with data about efficacy, grouped by the type of intervention: cognitive-behavioural therapies (22), contextual therapies (4), and diverse programmes (8). The results showed that cognitive-behavioural therapies are effective in reducing anxiety, stress, and PTSD behaviours, with varying effect sized and follow-ups to 12 months. Contextual therapies are promising in this field and can be addressed in an individualized way. The other therapies showed efficacy in some cases, although each is based on different theories, they also use techniques from cognitive-behavioural therapies. We concluded that there is a need for research on the specific components of the therapies, and more studies with randomized group designs.

*Keywords:* review, gender violence, battered women, group therapy.

*Dirección de la primera autora:* Centro de Psicología Rosario Vaca Ferrer. c/ Manantial, 13, Edificio CEEI Bahía de Cádiz, 1ª planta, despacho 141. 11500 El Puerto de Santa María (Cádiz). *Correo electrónico:* [psicologa@rosariovaca.com](mailto:psicologa@rosariovaca.com)

*Agradecimiento:* a Claudia Romero Vaca por su ayuda en la búsqueda y selección de los trabajos objeto de esta revisión.

*Recibido:* noviembre de 2021. *Aceptado:* noviembre de 2021.

La violencia de género (VG) es un grave problema de salud física y psicológica que afecta al 30 % de las mujeres en todo el mundo (OMS, 2013) y está presente en todas las culturas, clases sociales, etnias, religiones y edades (de Alencar-Rodrigues y Cantera, 2012). Este tipo de violencia ha de entenderse desde punto de vista multicausal, teniendo en cuenta factores culturales, condiciones históricas, políticas y socioeconómicas que proporcionan un contexto de superioridad del hombre, y hace que sea tan difícil de erradicar. El Convenio de Estambul ratificado por España (18 de marzo de 2014) es el tratado internacional de mayor alcance en materia de violencia contra la mujer, reconociéndola como una violación de los derechos humanos y una manifestación del desequilibrio histórico entre mujeres y hombres. El Convenio de Estambul reconoce como delitos la violencia física, sexual, psicológica o económica y, como formas de dicha violencia, la infringida por la pareja o ex-pareja, el acoso sexual, la violación, el matrimonio forzoso, los crímenes cometidos en nombre del “honor” y las mutilaciones genitales. Esto se ha incluido en el ordenamiento jurídico español, junto con la trata de mujeres y niñas, la ciberviolencia y la violencia vicaria entre otras.

Las consecuencias y los efectos de este tipo de violencia sobre la mujer son devastadores, ocasionando problemas psicológicos como la ansiedad y la depresión, y aumentando la probabilidad un posterior trastorno de estrés posttraumático (TEPT). También, se han descrito otros efectos psicológicos secundarios como la pérdida de autoestima, sentimientos de culpa, aislamiento social, dependencia hacia el maltratador, problemas con los hijos/as, dificultad para hacer planes futuros, la creencia de no poder vivir sin el maltratador, disminución de conductas de autocuidado y del sentido de la competencia, disociación, relaciones interpersonales conflictivas y problemas sexuales, abuso de sustancias e intentos de suicidio; y, en general, graves implicaciones en la vida cotidiana (Bermúdez, Matud y Navarro Mantas, 2009; Dutton, 1993; Echeburúa, de Corral Gargallo, Amor *et al.*, 1997; Echeburúa y de Corral, 1998; Iverson, Dick, McLaughlin *et al.*, 2013; Jacobson y Gotman, 2001; Matud, Gutiérrez y Padilla, 2004; Walker, 2012). Pero, además, las víctimas muestran una justificación de la violencia, exculpan al agresor e incluso lo protegen (Arce y Fariñas, 2009).

La intervención para disminuir las consecuencias entre las mujeres que han sufrido VG suele realizarse en grupos. La revisión de Eckhardt, Whitaker, Sprunguer *et al.* (2013) sobre aplicaciones cognitivo-conductuales en TEPT y depresión, señala que la intervención grupal es más eficaz debido al apoyo social, que sirve para disminuir el malestar emocional. La revisión sistemática de Warshaw, Sullivan y Rivera (2013) de la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para reducir ansiedad, depresión y/o TEPT, concluyen que muchos de estos programas no abordan los problemas específicos de estas mujeres y no serían apropiados cuando las mujeres continúan con el

agresor, o siguen bajo amenaza de abusos, y están sometidas a una gran presión por aspectos legales, para lograr una estabilidad económica, por lograr la custodia de los hijos/as, etc. Proponen que los tratamientos aborden la VG con un enfoque sensible al género, teniendo en cuenta el contexto en que ocurre, y aborden objetivos de forma idiográfica: su seguridad, sus problemas, preocupaciones, facilitar la mejora de habilidades, trabajar con sus creencias, sus valores culturales, espirituales y sus objetivos en la vida.

Keynejad, Hanlon y Howard (2020) han realizado una revisión sistemática y un meta-análisis para valorar la efectividad de intervenciones psicológicas llevadas a cabo en diversos países, con la población general de mujeres de ingresos bajos y medios, incluyendo también mujeres que habían sufrido VG. Los tratamientos eran en su mayoría cognitivo-conductuales, pero también otros centrados en solución de problemas, activación conductual, o una mezcla de procedimientos. Esas intervenciones tenían mayores beneficios en las mujeres que revelaban en la terapia de grupo la violencia de sus parejas, disminuyendo grandemente la ansiedad y angustia psicológica.

Las revisiones consultadas no son exhaustivas y no son específicas de las intervenciones para mujeres objeto de VG. Por eso, el presente trabajo pretende hacer una revisión más sistemática y actualizada de los estudios experimentales de las intervenciones en VG desde 2000 hasta la actualidad, analizando los tipos de intervención y sus componentes y relacionándolos con la eficacia de esos programas a la hora de mejorar la situación de las mujeres víctimas de VG.

## Método

Se han revisado investigaciones en inglés y español, publicados desde el año 2000 hasta 2021, en las siguientes bases de datos: *Scopus*, *Web of Science*, *Google Scholar*, *ResearchGate*, *Sci-Hub*, y *Dialnet*. Se utilizaron palabras clave de búsqueda en inglés: “*battered women*” OR “*partner violence*” AND “*intervention*” OR “*program*” OR “*treatment*”, y los términos correspondientes también en español. Los criterios de inclusión fueron que: (1) la problemática tratada fuese la VG y tuviese muestras de mujeres con esta problemática; (2) los estudios presentasen datos y medidas específicas sobre la efectividad o eficacia de las intervenciones; y (3) fuesen intervenciones grupales. Se eliminaron de la revisión los estudios de caso único, y todos aquellos que fuera teóricos o sin datos.

Tras una primera selección se revisaron 56 estudios, de los que se eliminaron 17 por ser teóricos o revisiones, y se descartaron otros cinco porque no presentaban resultados cuantitativos. Quedando finalmente para la revisión 34 trabajos empíricos. La figura 1 muestra el esquema PRISMA de ese proceso de selección (Stovold, Beecher, Foxlee y Noel-Storr, 2014). Los diversos estudios se han organizado según el tipo de intervención: terapias cognitivo-conduc-

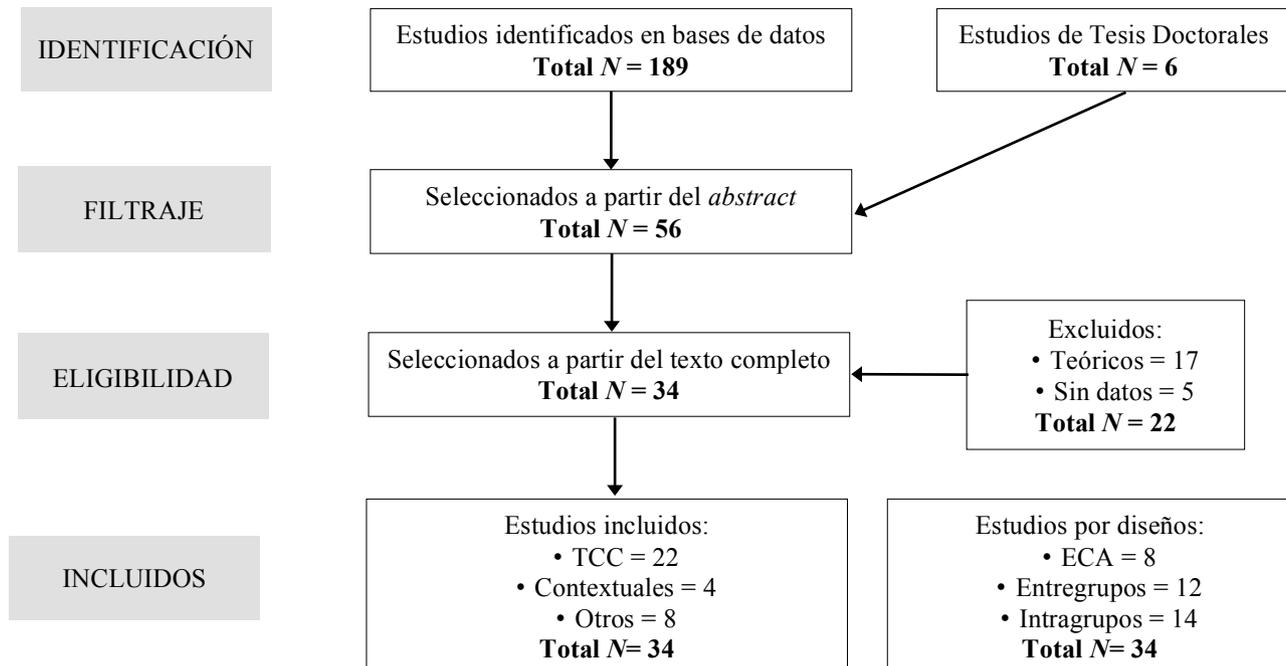


Figura 1. Esquema PRISMA del proceso de selección de las investigaciones objeto de revisión (Stovold, Beecher, Foxlee y Noel-Storr, 2014).

tuales (22), terapias contextuales (4) y otros tipos de intervención (8). También, se han clasificado según su diseño en estudios aleatorizados (8), entregrupos no-aleatorizados (12) e intragrupos (14), atendiendo al grado de calidad en esas investigaciones.

## Resultados

La tabla 1 presenta los estudios revisados, clasificados en función del diseño empleado, detallando el procedimiento y los resultados.

### *Intervenciones cognitivo-conductuales en grupos aleatorizados*

Las intervenciones basadas en los tratamientos cognitivo-conductual (TCC) son los más frecuentes en la literatura revisada. Sin embargo, suelen ser programas que incluyen una gran cantidad de elementos, y no solo una técnica específica. Este tipo de intervenciones ha mostrado su eficacia en la reducción del TEPT, de la ansiedad y la depresión. De un total de 34 estudios recogidos, 22 de ellos son intervenciones grupales con TCC, es decir más de un 64% de los estudios. Los componentes más utilizados son: la reestructuración cognitiva (78% de los estudios), la exposición (69%), y las técnicas de afrontamiento y exposición (21%).

El programa de Kubany *et al.* (Kubany, Hill y Owens, 2003; Kubany, Hill, Owens *et al.*, 2004) denominado *Terapia Cognitiva para Trauma para Mujeres Maltrata-*

*das*, incluyó psicoeducación en TEPT, control del estrés, exposición en vivo e imaginación, manejo de la culpa, modificación de pensamientos disfuncionales, técnicas de comunicación asertiva y un módulo dirigido a manejar contactos no deseados con la expareja y a la identificación de posibles agresores. Utilizaron un diseño entregrupos (tratamiento frente a lista de espera) aleatorizado con medidas pre/post. En ambos estudios encontraron una superioridad del grupo de intervención TCC frente al control en todas las medidas, con tamaños del efecto grandes entre 1'7 y 3'3.

Arinero García (2006) realiza dos estudios, en el primero aplicó psicoeducación, manejo de la respiración, terapia cognitiva y exposición; utilizó un diseño cuasi-experimental con 23 participantes (grupo experimental frente a lista de espera) y medidas pre-post y el grupo de tratamiento tuvo los mejores resultados, aunque tuvo muchos abandonos; en un segundo estudio, los efectos fueron superiores a los del control, manteniéndose a los 12 meses. Estos mismos autores, Crespo y Arinero (2010), compararon dos grupos con componentes comunes (psicoeducación, manejo de respiración y terapia cognitiva), pero en uno de ellos incluyeron exposición y, en el otro, técnicas de comunicación. Ambos grupos mejoraron en todas las medidas, pero había una superioridad en las conductas del TEPT en el segundo grupo, manteniéndose los resultados hasta los 12 meses.

Johnson y Zlotnick (2006) utilizaron un programa denominado HOPE (*Helping to Overcome PTSD with Empowerment*), con varios componentes de la terapia cognitivo-conductual para el TEPT, desarrollo de habilidades

Tabla 1. Procedimiento y resultados de los estudios sobre la intervención en violencia de género incluidos en esta revisión, clasificados en función del diseño.

<i>Estudios</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Resultados</i>
<b>TCC con grupos aleatorizados</b>		
Kubany <i>et al.</i> (2003, 2004)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación en TEPT</li> <li>• Control del estrés</li> <li>• Exposición en vivo e imaginación</li> <li>• Manejo de la culpa</li> <li>• Modificación de pensamientos disfuncionales</li> <li>• Técnicas de comunicación asertiva</li> <li>• Módulo dirigido a manejar contactos no deseados con la ex-pareja, y a la identificación de posibles agresores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento superior en todas las variables</li> <li>• Se mantiene en seguimiento</li> </ul>
Arinero García (2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación,</li> <li>• Manejo de la respiración</li> <li>• Terapia cognitiva</li> <li>• Exposición</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento experimental mejor que el control.</li> <li>• Muchos abandonos.</li> <li>• Se mantiene en seguimiento</li> </ul>
Johnson y Zlotnick (2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HOPE (TCC centrada en TEPT, afrontamiento, empoderamiento, psicoeducación)</li> <li>• Desarrollo de habilidades</li> <li>• Reestructuración cognitiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción significativa en: TEPT, depresión y mayores recursos.</li> <li>• Tamaño del efecto grande</li> </ul>
Johnson <i>et al.</i> (2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HOPE ídem</li> <li>• Grupos de apoyo en la comunidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de los síntomas de depresión</li> <li>• Un aumento del empoderamiento</li> <li>• Mayor grado de apoyo social frente al control</li> </ul>
Crespo y Arinero (2010)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación</li> <li>• Manejo de la respiración</li> <li>• Terapia cognitiva</li> <li>• Exposición</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambos grupos mejoran en TEPT.</li> <li>• G2 superior en TEPT, depresión y ansiedad</li> <li>• G1 superior en autoestima y control de la ira</li> </ul>
<b>TCC con entregrupos</b>		
Labrador y Rincón (2002)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TCC</li> <li>• Psicoeducación</li> <li>• Control de activación</li> <li>• Exposición</li> <li>• Terapia cognitiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tamaño del efecto grande en: TEPT, ansiedad y depresión</li> <li>• Se mantiene en seguimientos</li> </ul>
Rincón (2003)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ídem anterior</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ídem anterior</li> </ul>
Labrador <i>et al.</i> (2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposición</li> <li>• Terapia cognitiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay diferencias entre grupos.</li> <li>• Ambos grupos reducen en: TEPT, ansiedad y depresión</li> </ul>
Alonso (2007)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ídem anterior</li> <li>• Solución de problemas</li> <li>• Autoestima</li> <li>• Asertividad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento superior a lista de espera</li> <li>• Reducción de TEPT, ansiedad y depresión</li> <li>• Se mantiene a los 12 meses, con un tamaño del efecto alto</li> </ul>
Labrador y Alonso (2007) (Programa de Labrador y Rincón, 2002)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación</li> <li>• Control de activación</li> <li>• Exposición</li> <li>• Terapia cognitiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tamaño del efecto grande</li> <li>• Reducción en TEPT, ansiedad y depresión</li> </ul>
Alonso y Labrador (2010)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ídem anterior</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultados equivalentes en: TEPT, ansiedad y depresión</li> <li>• Un tamaño del efecto alto</li> </ul>
Cáceres Ortiz (2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación</li> <li>• Control activación</li> <li>• Exposición,</li> <li>• Reestructuración cognitiva</li> <li>• Asertividad</li> <li>• Afrontamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupo TTC focalizado en trauma superior a los otros grupos en: TEPT, depresión, autoestima, inadaptación y cogniciones post-traumáticas</li> <li>• Los resultados se mantienen en los seguimientos</li> <li>• Un tamaño del efecto alto</li> </ul>
Cáceres Ortiz <i>et al.</i> (2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ídem anterior</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultados equivalentes con las mismas variables</li> <li>• Un efecto alto</li> </ul>

Fernández Velasco (2014)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ídem anterior</li> <li>• Con/sin exposición</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efecto alto del tratamiento en todas las comparaciones.</li> <li>• El efecto es bajo en comparaciones según el orden de la exposición.</li> <li>• Efecto moderado según los formatos de aplicación</li> </ul>
Echeburúa <i>et al.</i> (2014)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reestructuración cognitiva</li> <li>• Afrontamiento</li> <li>• Relajación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejoran en todas las variables: TEPT, depresión, ansiedad, auto-estima)</li> <li>• Mejores resultados en G2</li> <li>• Se mantienen a largo plazo</li> </ul>

**TCC con intragrupos**

Matud <i>et al.</i> (2004, 2005)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de la ansiedad</li> <li>• Re-estructuración cognitiva</li> <li>• Parada de pensamiento</li> <li>• Habilidades sociales</li> <li>• Inoculación al estrés</li> <li>• Solución problemas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción de síntomas TEPT, ansiedad, depresión</li> <li>• Aumento auto-estima y apoyo social.</li> <li>• Se mantiene al año</li> </ul>
Matud <i>et al.</i> (2016)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ídem anterior</li> <li>• Psicoeducación</li> <li>• Psicología positiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ídem anterior</li> </ul>
Santandreu <i>et al.</i> (2014)	Intervención socioeducativa grupal: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoevaluación y autoconcepto</li> <li>• Distorsiones cognitivas</li> <li>• Críticas patológicas</li> <li>• Pensamiento positivo</li> <li>• Establecimiento de metas</li> <li>• Identificación de la manipulación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incremento en autoestima</li> <li>• Tamaño del efecto moderado</li> </ul>
Santacreu y Ferrer (2014)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoevaluación y autoconcepto</li> <li>• Distorsiones cognitivas</li> <li>• Críticas patológicas</li> <li>• Pensamiento positivo</li> <li>• Establecimiento de metas</li> <li>• Identificación de la manipulación</li> <li>• Exposición</li> <li>• Reestructuración cognitiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejoras en las medidas de depresión y TEPT</li> <li>• Tamaño del efecto moderado</li> </ul>
Estada (2009)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposición en imaginación prolongada</li> <li>• Reestructuración cognitiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menor re-experimentación y activación</li> <li>• No hay cambio en el grado de activación</li> </ul>
Galovski <i>et al.</i> (2021)	Comparan una TCC estándar con una masiva (reestructuración cognitiva)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay diferencias significativas entre ambas</li> <li>• Tamaño del efecto alto en ambas intervenciones</li> </ul>

**Intervenciones contextuales**

Iverson <i>et al.</i> (2009)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia Dialéctica Comportamental</li> <li>• Validación</li> <li>• Aceptación</li> <li>• Regulación emocional</li> <li>• Tolerancia al estrés</li> <li>• Mindfulness</li> <li>• Añaden también:</li> <li>• Autovalidación</li> <li>• Elaborar planes de seguridad</li> <li>• Reconocer validación e invalidación de los demás</li> <li>• Activación Conductual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorías en todas las medidas</li> <li>• Tamaño del efecto alto</li> </ul>
Fiorillo <i>et al.</i> (2017)	Terapia de Aceptación y Compromiso: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación trauma interpersonal</li> <li>• Voluntad y aceptación</li> <li>• Mindfulness</li> <li>• Defusión y autoconcepto</li> <li>• Clarificación de valores</li> <li>• Acciones comprometidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejoras clínica y estadísticamente significativas en TEPT, depresión y ansiedad</li> <li>• Mejora en flexibilidad psicológica</li> </ul>

Patel <i>et al.</i> (2019)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Activación Conductual</li> <li>• Psicoeducación de actividad y estado de animo</li> <li>• Monitoreo del comportamiento</li> <li>• Programación de actividades</li> <li>• Activación en redes sociales</li> <li>• Resolución de problemas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción de conductas depresivas</li> <li>• Incremento en activación</li> </ul>
Vaca-Ferrer <i>et al.</i> (2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mezcla de terapias contextuales (ACT, FAP, Activación)</li> <li>• Validación</li> <li>• Contextualización de violencia</li> <li>• Evocación de conductas clínicamente relevantes</li> <li>• Psicoeducación de depresión y activación</li> <li>• Acciones comprometidas</li> <li>• Resolución de problemas</li> <li>• Identificación de indicadores de abuso</li> <li>• Aceptación de su historia, sentimientos y pensamientos con las vivencias traumáticas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución significativa en: severidad del mal-estar, riesgo de suicidio, conductas problemáticas dentro y fuera del programa</li> <li>• Incremento apertura a los demás</li> </ul>

### Otras formas de intervención

Kim y Kim (2001)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación del trauma</li> <li>• Identificación de problema y características del agresor</li> <li>• Afrontamiento emocional</li> <li>• Manejo del estrés</li> <li>• Desarrollo del plan de acción</li> <li>• Promoción del empoderamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento superior al control en ansiedad y depresión</li> <li>• Alta tasa de abandonos</li> </ul>
Reed y Enright (2006)	Terapia del olvido (Enright): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir: perdón, reconciliación</li> <li>• Emociones de defensa</li> <li>• Ensayo cognitivo,</li> <li>• Compromiso de perdonar</li> <li>• Duelo y pérdida como consecuencia de abusos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La terapia del olvido es superior al tratamiento alternativo en todas las variables</li> <li>• Resultados se mantienen en seguimiento</li> </ul>
Gilbert <i>et al.</i> (2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción de consumo de tóxicos</li> <li>• Promoción de la seguridad</li> <li>• Fomento de fortalecimiento personal</li> <li>• Técnicas de negociación y comunicación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Superior al control en todas las variables</li> <li>• Se mantiene en seguimiento</li> </ul>
Kaslow <i>et al.</i> (2010)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resiliencia</li> <li>• Solución de problemas</li> <li>• Autoeficacia,</li> <li>• Conectores sociales</li> <li>• Afrontamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Superior al estándar en TEPT y depresión</li> <li>• Se mantiene en seguimiento</li> </ul>
Cort <i>et al.</i> (2014)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación sobre: depresión, TEPT, violencia de género.</li> <li>• Exploración del contexto interpersonal de depresión.</li> <li>• Plan de seguridad integral</li> <li>• Análisis de las relaciones personales abusivas,</li> <li>• Técnicas de resolución de problemas</li> <li>• Comunicación de necesidades interpersonales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción de problemas de depresión y TEPT</li> <li>• Disminución de disfunción interpersonal</li> </ul>
Jungersen, Walker, Kennedy <i>et al.</i> (2019)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parte educacional</li> <li>• Hablar de lo sucedido</li> <li>• Aprendizaje cognitivo-conductual para reducir síntomas del trauma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción significativa en ansiedad</li> <li>• Aumento en bienestar</li> <li>• Mayor efecto en función de las sesiones asistidas</li> </ul>
Naismith <i>et al.</i> (2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación</li> <li>• Ejemplos de identificación de valores y acciones comprometidas</li> <li>• Asertividad compasiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejoras en algunas variables (depresión, ansiedad, TEPT y culpa)</li> <li>• Resultados no concluyentes</li> </ul>
Miller <i>et al.</i> (2014)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación sobre violencia y efectos</li> <li>• Procesamiento de eventos traumáticos,</li> <li>• Relajación</li> <li>• Comunicación asertiva</li> <li>• Manejo del estrés</li> <li>• Regulación de emociones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de la victimización</li> <li>• Reducción de la violencia más que el grupo control</li> </ul>

y reestructuración cognitiva; los resultados mostraron una reducción del TEPT, depresión y mayores recursos psicológicos y ajuste social. En otro estudio posterior (Johnson, Zlotnick y Perez, 2011) ya realizaron un estudio experimental aleatorizado comparando HOPE con el servicio estándar de acogida (grupos de apoyo, educación y orientación hacia la comunidad). El grupo HOPE obtuvo una disminución de las conductas depresivas, un aumento del empoderamiento y mayor grado de apoyo social, frente al grupo control, aunque no se redujo la gravedad general del TEPT. Los tamaños del efecto iban desde 0'12 a 1'05.

### **Intervenciones cognitivo-conductuales entregrupos**

Labrador, Fernández-Velasco y Rincón (2006) compararon en un diseño entregrupos contrabalanceando dos grupos de tratamientos (exposición y terapia cognitiva); los resultados no mostraron diferencias estadísticas entre ambos grupos, se redujeron en ambos los problemas TEPT, ansiedad y depresión. Alonso Grijalba (2007) realizaría un estudio similar con un diseño entregrupos (tratamiento frente a lista de espera), con las mismas TCC (psicoeducación, control de activación, exposición, reestructuración cognitiva, solución de problemas, mejora de la autoestima y entrenamiento en asertividad); sus resultados mostraron que el tratamiento era superior al control, reduciendo las conductas TEPT, depresión y ansiedad, con un seguimiento a los 12 meses con los mismos beneficios del programa, y tamaños del efecto entre 0'21 y 0'94. Otros dos estudios de este mismo grupo han mostrado esa eficacia de este programa combinado, además de poder aplicarse a mujeres de diferentes países (Labrador y Alonso, 2007; Alonso y Labrador Encinas, 2010).

Cáceres Ortiz (2011) realizó un estudio comparando tres grupos (TCC focalizado en el trauma, grupo control y muestra de mujeres sin VG); los componentes eran psicoeducación, control de activación, exposición, reestructuración cognitiva, entrenamiento asertivo y afrontamiento; los resultados indicaron que el grupo experimental era superior a los otros grupos, reduciendo todas las conductas de TEPT, depresión, inadaptación, cogniciones postraumáticas, y mejoraron la autoestima con seguimiento hasta los 12 meses. En otro estudio posterior, obtuvieron los mismos beneficios (Cáceres-Ortiz, Labrador-Encinas, Ardila-Mantilla y Parada-Ortiz, 2011) con tamaños del efecto entre 1'07 y 2'07.

En esta misma línea de investigación, Fernández-Velasco (2014) comparó en un diseño entregrupos este TCC aplicado de forma individual o bien en grupo, y además se comparó el orden de exposición; sus resultados mostraron un efecto alto del tratamiento en todas las comparaciones realizadas, además el tamaño del efecto fue alto frente al grupo control, pero moderado en TEPT al comparar la aplicación individual frente a la de grupo (entre 0'09 y 1'05), tampoco hubo un efecto diferencial según el orden de aplicación de las técnicas.

También, Echeburúa, Sarasua y Zubizarreta (2014) compararon la aplicación individual con la aplicación en terapia grupal, y un seguimiento a 12 meses; el programa incluía expresión emocional, re-evaluación cognitiva, habilidades de afrontamiento y resolución de problemas; los resultados informan que la terapia grupal combinada con la terapia individual fue moderadamente más eficaz que la terapia individual sola.

Labrador y Rincón (2002), aplicaron un programa de tratamiento de ocho sesiones en formato grupal, con TCC (psicoeducación, control de la activación, exposición y terapia cognitiva); los resultados mostraron mejoras en TEPT, ansiedad y depresión de las medidas post y en los seguimientos, con un tamaño del efecto grande entre ambas medidas. Resultados similares encontró Rincón González (2003) comparando el orden de intervención de terapia cognitiva frente a exposición, y grupo en lista de espera; los resultados fueron similares en ambos tipos de intervención.

### **Intervenciones cognitivo-conductuales intragrupos**

Matud *et al.* (2004) aplicaron un programa de intervención grupal de TCC (control de la ansiedad, reestructuración cognitiva, parada de pensamiento, habilidades sociales, inoculación al estrés y entrenamiento en solución de problemas), también con un diseño intragrupo (pre-post) con 12 mujeres; los resultados mostraron una reducción importante de TEPT, ansiedad, depresión, aumento de autoestima y de apoyo social, unas mejoras que se mantenían un año después. Siguiendo esta línea, Matud, Padilla, Medina y Fortes (2016) realizaron otro estudio con el mismo protocolo de intervención y estrategias de psicología positiva, comparando las mujeres que abandonaron frente a las que se mantuvieron en la intervención; estas últimas mostraron disminuciones significativas en las conductas TEPT, evitación y aumento de la activación, depresión, ansiedad y aumentó su autoestima y apoyo social.

Santandreu, Torrents, Roquero e Iborra (2014) realizaron un estudio intragrupo con medidas pre/post de una intervención socio-educativa grupal en una muestra de 30 mujeres víctimas de VG; el programa de intervención incluyó autoevaluación y auto-concepto, distorsiones cognitivas, crítica patológica, pensamiento positivo, establecimiento de metas e identificación de la manipulación; los resultados indicaron un tamaño del efecto moderado en los grupos (entre 0'14 y 0'23), aunque un incremento en los niveles de autoestima. Santandreu y Ferrer (2014) en otro estudio con 129 mujeres víctimas de VG, con medidas pre-post de depresión y TEPT, mostraron diferencias estadísticamente significativas tanto en TEPT ( $d = 0'41$ ) como en depresión ( $d = 0'43$ ). La intervención de TCC incluía reestructuración cognitiva y exposición.

Estrada (2009) ha intervenido con un diseño intragrupo con medidas pre-post en 12 adolescentes víctimas de abuso

sexual y TEPT con un programa TCC. El programa incluyó: exposición en imaginación prolongada y reestructuración cognitiva. Los resultados indican una menor reexperimentación y activación, aunque no cambió el grado de evitación de las participantes.

Galovski, Werner, Weaver *et al.* (2021) han realizado un estudio con diseño intragrupo en 12 mujeres supervivientes de VG. Compararon una intervención TCC estándar frente a otra masiva aplicada en 5 días, con medidas para TEPT. Aunque no se describe con precisión la intervención, ambas intervenciones se centran en la reestructuración cognitiva. Los resultados no muestran diferencias entre ambas intervenciones, pero sí que hay una mejora estadísticamente significativa en ambos pre-post ( $d = 1'32$  y  $2'38$ ).

### **Intervenciones basadas en terapias contextuales**

Las intervenciones basadas en terapias contextuales (TC) en grupo en el campo de la VG son todavía muy escasas, pero constituyen una forma de intervención prometedora para su aplicación en grupo y en este tipo de problemática. Este grupo de estudios constituye el 11 % del total de revisados. De estas terapias, las más frecuentes en los programas son: la Terapia Dialéctica Comportamental (DBT), la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), la Activación Conductual (AC), o bien una combinación de varias de ellas. En cuanto a los componentes, se repiten en varios estudios: la aceptación y la validación, y la propia activación conductual, también la clarificación de valores y la acción comprometida con ellos.

Iverson, Shenk y Fruzzetti (2009) aplicaron una adaptación de la *Terapia Dialéctica Comportamental* (DBT); el programa incluye objetivos del programa original validación, aceptación, regulación emocional, tolerancia al estrés y el *mindfulness*. Además, añaden otros elementos como: autovalidación, elaboración de planes de seguridad, reconocimiento de la validación y la invalidación de los demás, y la activación conductual; el estudio se realizó con un diseño intragrupo con medidas pre-post. Los resultados mostraron mejoras en todas las variables y con un tamaño del efecto alto (entre  $0'42$  y  $0'78$ ).

Fiorillo, Mcean, Pistorello *et al.* (2017) realizaron una intervención mediante la *Terapia de Aceptación y Compromiso* (ACT) a través de la web con mujeres supervivientes de trauma interpersonal, incluyendo la VG. El material de intervención se extrajo del programa *Finding Life Beyond Trauma* (Follette y Pistorello, 2007), realizando algunas modificaciones para adaptarlo a estas mujeres. El programa incluye los siguientes componentes: psicoeducación sobre trauma interpersonal y ACT, voluntad y aceptación, atención plena, defusión y auto-contexto, clarificación de valores y acciones comprometidas; los resultados indicaron una mejora estadística y clínicamente significativa en las conductas de TEPT, depresión y ansiedad y una mejora de la flexibilidad psicológica.

Patel, Weobong, Patel y Singla (2019) realizaron un ensayo clínico con un programa de *Activación Conductual* (AC) adaptado culturalmente con 232 participantes, utilizaron un diseño entregrupos (control y tratamiento), y seguimiento hasta los 12 meses; realizaron entre seis u ocho sesiones de 30 a 45 minutos; el tratamiento incluyó los siguientes componentes: psicoeducación sobre la actividad y el estado de ánimo, monitoreo del comportamiento, estructuración y programación de actividades, activación de redes sociales y resolución de problemas; los resultados mostraron la reducción de las conductas depresivas y el aumento de la activación, frente al grupo control ( $d$  entre  $0'32$  y  $0'48$ ).

Vaca-Ferrer, Ferro-García y Valero-Aguayo (2020) aplicaron un programa combinando elementos de varias de estas terapias (FAP, ACT y AC); el programa tenía los siguientes componentes: validación, contextualización de la violencia y de la experiencia personal en el entorno socio-cultural, evocación de conductas clínicamente relevantes, psicoeducación desde el modelo contextual de depresión, activación conductual, emprendiendo acciones comprometidas con los valores dirigidas a protegerse y a resolver los asuntos de su vida, (problemas legales, económicos), clarificación de valores personales (pareja, familia), identificación de indicadores de abuso en una relación, aceptación de la historia personal, y de los sentimientos y pensamientos relacionados con las vivencias traumáticas; los resultados mostraron una disminución significativa pre-post en todas las mediciones (la severidad del malestar, los indicadores de riesgo de suicidio, las conductas problemáticas dentro y fuera de las sesiones, e incremento de la apertura hacia los demás), con un tamaño del efecto de  $0'68$ .

### **Otras formas de intervención**

En este epígrafe se han agrupado otras formas de intervención que pueden considerarse independientes, puesto que cada una de ellas es diferente y utiliza modelos y técnicas de intervención diferentes, que no tienen que ver con las agrupadas en los apartados anteriores. Este grupo de intervenciones representan un 22 % de los estudios revisados, en cada uno de ellos se valora un tratamiento distinto, pero al ser “paquetes” suelen incluir también componentes cognitivo-conductuales.

Así, Kim y Kim (2001) basan su intervención en el análisis feminista de la VG en mujeres de Corea, con el *Modelo de Intervención en Crisis* y un enfoque centrado en el problema; el programa tenía los siguientes componentes: evaluación del trauma, identificación de problemas y características del agresor, afrontamiento emocional, manejo del estrés, desarrollo del plan de acción y promoción del empoderamiento; utilizaron un diseño entregrupos, pero no hubo diferencias significativas entre el grupo experimental y control, y además hubo una alta tasa de abandonos (45 %).

Reed y Enright (2006) utilizaron la denominada *Terapia del olvido* basada en el modelo de proceso del perdón de estos mismos autores; compararon en un diseño entregrupos este tratamiento frente a otro alternativo; esta terapia consistía en definir perdón y reconciliación, emociones psicológicas de defensa, ensayo cognitivo; compromiso de perdonar, duelo y pérdida como consecuencia de los abusos, etc., el tratamiento alternativo consistía en discusión sobre abuso y entrenamiento en habilidades interpersonales; los resultados indicaron que la terapia del olvido era superior al otro, con cambios en todas las variables, manteniéndose los resultados a los ocho meses.

Gilbert, El-Bassel, Manuel *et al.* (2006) aplicaron la *Teoría Socio-Cognitiva*, en un estudio con un diseño experimental aleatorizado con dos grupos (tratamiento y control informativo) en mujeres con adicciones y también víctimas de VG; este programa incluía reducción de consumo de tóxicos, promoción de la seguridad, fomento del fortalecimiento personal, técnicas de negociación y comunicación, además de prevención de recaídas, y mejora y seguridad en las relaciones; los resultados mostraron una superioridad del grupo de tratamiento frente al control en todas las variables psicológicas y de adicción.

Kaslow, Leiner, Reviere *et al.* (2010) realizaron una intervención psicoeducativa enfocada en el *empoderamiento con mujeres afroamericanas* víctimas de VG, aunque no centrada en la reducción de síntomas; tienen en cuenta el contexto cultural y los valores de la población a la que va dirigida; lo aplicaron con un diseño experimental aleatorizado con dos grupos (experimental y terapia estándar); el tratamiento incluyó resiliencia, solución de problemas, auto-eficacia, conectores sociales y afrontamiento, mientras que la terapia habitual incluía atención médica y psiquiátrica ambulatoria y apoyo grupal para el suicidio y violencia; los resultados fueron superiores en el grupo experimental frente a la terapia habitual, además con un seguimiento de 12 meses, con tamaños del efecto entre 0'03 y 0'80.

Cort, Cerulli, Poleshuck *et al.* (2014) realizan una intervención con *Terapia Interpersonal* cuyos componentes eran: psicoeducación sobre depresión, TEPT y violencia de género, exploración del contexto interpersonal de la depresión, plan de seguridad integral, análisis de relaciones personales no abusivas y abusivas, técnicas de resolución de problemas y comunicación de necesidades interpersonales; los resultados pre-post mostraron una reducción en las conductas depresivas, del TEPT y disminución de la disfunción interpersonal, con tamaños del efecto entre 0'2 y 2'5.

Jungersen, Walker, Kennedy *et al.* (2019) han puesto a prueba un programa denominado STEP (*Survivor Therapy Empowerment Program*) (Walker, 1994, 2012) siguiendo la teoría feminista y del trauma; las sesiones combinaban una parte educacional, otra parte dedicada a hablar sobre

lo que les ha sucedido, y una tercera parte al aprendizaje de destrezas dirigidas a disminuir los síntomas del trauma donde se utilizan TCC; el estudio se realizó con una población de hombres y mujeres víctimas de VG, explotación sexual y abusos infantiles, en una instalación carcelaria en un periodo de corta duración; los resultados mostraron una reducción significativa de la ansiedad y un aumento de la sensación de bienestar, en función del número de sesiones asistidas del programa.

Naismith, Ripoll y Pardo (2020) realizaron un estudio de intervención adaptado desde la *Terapia Centrada en la Compasión* (Gilbert, 2014); los componentes eran los siguientes: psicoeducación adaptada culturalmente, y ejercicios de identificación de valores y acciones comprometidas y asertividad compasiva; los resultados finales apuntan a cierta mejoría en algunas variables, aunque no eran concluyentes por su pequeña muestra.

Miller, Howell y Graham-Bermann (2014) realizaron un estudio con el denominado *Mother Empowerment Program* que consta de psicoeducación sobre la violencia y sus efectos, y la enseñanza de habilidades para promover una buena salud mental que contenía también elementos de TCC; compararon este programa frente a otro estandarizado y, aunque no hubo diferencias significativas entre ellos, sí hubo una disminución de la victimización y una mayor reducción de la violencia con este tipo de intervención.

## Discusión

Las TCC son las intervenciones que más han demostrado su efectividad y eficacia en VG, y son los que utilizan diseños con mayor calidad comparativa, mostrando esa eficacia frente a grupos control o grupos estandarizados con otros tratamientos. Pero muchos de esos estudios no describen, o no lo hacen con precisión, sus componentes, lo que no permite determinar cuáles son los procesos que están en la base del éxito terapéutico. Como se ha visto, la mayoría de ellos han usado la reestructuración cognitiva, aunque hay opiniones contrarias para su uso. Becker y Zayfert (2001) han puesto de manifiesto la naturaleza potencialmente invalidante de la reestructuración cognitiva en la intervención con personas víctimas de VG y que han experimentado invalidaciones frecuentes en el pasado, pues reciben el mensaje de que sus cogniciones son irracionales, distorsionadas y que su forma de pensar “está mal”.

Otro componente utilizado frecuentemente en las intervenciones TCC es la exposición. Aunque los tratamientos basados en la exposición se recomiendan como tratamiento de primera elección para el TEPT, la terapia de exposición estaría contraindicada para las mujeres que actualmente estén experimentando VG o que la han experimentado recientemente, pudiendo no solo ser ineficaz, sino contraproducente (Johnson y Zlotnick, 2009; Warshaw *et al.*, 2013), ya que pueden producir la habituación a los

estímulos temidos y aumentar el riesgo de mayor violencia contra ellas. Los mismos autores refieren que las continuas preocupaciones que tienen las mujeres pueden conducir a un incremento de la ansiedad y esta ansiedad puede impedir la eficacia de las técnicas de exposición (Jaycox y Foa 1996). En opinión de Johnson y Zlotnick (2009) algunos tratamientos respaldados empíricamente para mujeres con TEPT y que incorporan exposición, como Kubany *et al.* (2004), solo han sido validados en mujeres que han abandonado de manera permanente a su agresor y que no tienen amenazas para su seguridad. Según estos autores estarían contraindicados en mujeres maltratadas que tienen múltiples factores estresantes, tales como preocupaciones de seguridad inmediatas, duelo por la pérdida de su relación, falta de apoyo social, la necesidad de mejorar su capacidad para enfrentarse al abuso, o que tienen un riesgo alto de retomar la relación abusiva; de ahí que haya una crítica a las TCC ya que no siempre contemplan la variedad y la complejidad de los efectos de haber sufrido VG, ni abordan todas las áreas de la vida que se ven afectadas en estos traumas de larga duración (Warshaw *et al.*, 2013), o requieren para su aplicación algunas condiciones “ideales”, como por ejemplo haber abandonado al agresor.

Los nuevos programas, incluyendo entre estos las terapias contextuales y los incluidos en el epígrafe de otras intervenciones, abordan las dificultades a las que se enfrentan estas mujeres, incidiendo en diferentes aspectos que no han sido tenidos tradicionalmente en cuenta. Muchos de ellos son terapias nuevas (terapia del olvido, de la superviviente, centrada en la compasión, etc.) de las que no pueden extraerse procesos comunes generales, y en algunos casos utilizan también técnicas de la TCC y de psicoeducación. Entre ellas, las que suponen cierta novedad son las que están basadas en teorías feministas y del empoderamiento.

Las intervenciones desde el modelo contextual son todavía muy escasas, pero suponen una forma novedosa de abordar la terapia, compatible con los principios y recomendaciones de organismos internacionales, teniendo en cuenta el contexto social y personal en que se producen. Además, el modelo contextual de terapia encaja mejor con los principios terapéuticos de las terapias feministas (Rabin, Tsai y Kohlenberg, 1996; Terry, Bolling, Ruiz y Brown, 2010). En las terapias contextuales estos problemas ponen a la mujer en contacto con sus emociones y pensamientos difíciles, reconociéndolos como parte de la existencia humana (Hayes, Strosahl, y Wilson, 1999) y ayudando a “aceptarlos” en lugar de eliminarlos. La propuesta es encontrar una dirección vital y basar la vida en un horizonte valioso, que sirva de amortiguador aun en las circunstancias más adversas (Vaca-Ferrer *et al.*, 2020), por ello es imprescindible un trabajo con los valores de la persona desde una perspectiva de género. El componente de *activación conductual* es fundamental también en estas terapias, puesto que es necesario abordar con la mujer el riesgo que está dispuesta a asumir para poder

llevar una vida acorde con sus valores, e incluir acciones dirigidas a su protección y la de sus hijos/as, donde cierta evitación puede que sea necesaria.

Desde nuestra perspectiva, y siguiendo a Hembree y Foa (2003), la relación terapéutica es fundamental y es la base para tener éxito. Las víctimas de VG son especialmente vulnerables, ya que son frecuentemente cuestionadas, juzgadas, y revictimizadas por personas cercanas, por la opinión pública o por las instituciones. Cuando la violencia ocurre en el ámbito de la pareja, o adopta formas especialmente dramáticas, tales como la explotación sexual o la trata de mujeres y niñas, se añade además de la violencia, la traición, la humillación, por parte de la persona en la que confiaban, por lo que las relaciones de intimidad se verán severamente afectadas y con ello las habilidades necesarias para establecer y mantener relaciones íntimas en el futuro.

Para Johnson y Zlotnick (2009) muchos de los tratamientos que existen para personas con TEPT o que han sufrido trauma agudo, no abordan la amenaza continua de revictimización. De hecho, en muchas ocasiones estas mujeres no cumplen los criterios del TEPT y aun así tienen síntomas seriamente incapacitantes (Crespo y Arinero, 2010). La experiencia de compartir el dolor y el recuerdo del trauma con una persona compasiva, comprensiva y sin prejuicios, es una experiencia poderosamente curativa y puede por sí misma comenzar a reducir el miedo y la vergüenza de la mujer (Hembree y Foa, 2003) y tiene ya en sí mismo un efecto terapéutico (Valero y Ferro, 2015). Mostrarse como terapeuta siendo genuina, cercana, afectuosa y cálida, válida a la mujer, promueve la expresión emocional y la confianza, y contribuye a crear un contexto terapéutico donde la persona pueda hablar de sus desgracias y de sus recuerdos más traumáticos, y donde puedan surgir nuevos repertorios y nuevas formas de afrontar las situaciones problemáticas por las que atraviesa (Valero y Ferro, 2018).

Después de haber revisado estos estudios, es evidente que los programas multi-componentes de las TCC son eficaces, pero parece necesario realizar estudios de eficiencia donde se valoren por separado algunos componentes frente a programas completos, e incluso comparar estos nuevos programas entre sí, con otras variables sociales como calidad de vida, satisfacción, autonomía, apoyo social, etc. Existe todavía la necesidad de realizar estudios comparando distintas intervenciones para ver su grado de eficacia.

## Referencias

(Se han señalado con un asterisco los estudios empíricos utilizados en la revisión).

\*Alonso Grijalba, E. (2007). *Mujeres víctimas de violencia doméstica con trastorno de estrés postraumático: validación empírica de un programa de tratamiento* (tesis doctoral). Madrid: Universidad Complutense.

- \*Alonso, E. y Labrador Encinas, F.J. (2010). Eficacia de un programa de intervención para el trastorno de estrés post-traumático en mujeres inmigrantes víctimas de violencia de pareja: un estudio piloto. *Revista Interamericana de Psicología/ Interamerican Journal of Psychology*, 44(3), 543-555.
- Arce, R. y Fariñas, F. (2009). [Evaluación psicológica forense de la credibilidad y daño psíquico en casos de violencia de género mediante el Sistema de Evaluación Global](#). En F. Fariña, R. Arce y G. Buela-Casal (Eds) *Violencia de género. Tratado psicológico y legal* (pp. 147-168). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- \*Arinero García, M. (2006). [Análisis de la eficacia de un programa de intervención psicológico para víctimas de violencia doméstica](#) (tesis doctoral). Madrid: Universidad Complutense.
- Becker, C.B. y Zayfert, C. (2001). [Integrating DBT-based techniques and concepts to facilitate exposure treatment for PTSD](#). *Cognitive & Behavioral Practice*, 8(2), 107-122 [DOI: 10.1016/s1077-7229(01)80017-1]
- Bermúdez, M.P., Matud, P. y Navarro Mantas, L. (2009). [Consecuencias del maltrato a la mujer por su pareja](#). En F. Fariñas, R. Arce & G. Buela-Casal (Eds) *Violencia de Género. Tratado psicológico y legal* (pp. 109-118). Editorial Biblioteca Nueva.
- \*Cáceres Ortiz, E. (2011). [Tratamiento psicológico centrado en el trauma en mujeres víctimas de violencia de pareja](#) (tesis doctoral). Madrid: Universidad Complutense.
- \*Cáceres-Ortiz, E., Labrador-Encinas, F., Ardila-Mantilla, P. y Parada-Ortiz, D. (2011). [Tratamiento cognitivo conductual centrado en el trauma de mujeres víctimas de violencia de género](#). *Psicología. Avances de la Disciplina*, 5(2), 13-31 [DOI: 10.21500/19002386.1130].
- \*Crespo, M. y 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 [DOI: 10.1017/S113874160000250X].
- \*Cort, N.A., Cerulli, C., Poleshuck, E.L., Bellenger, K.M., Xia, Y., Tu, X., Mazzotta, C.M. y Talbot, N.L. (2014). Interpersonal psychotherapy for depressed women with histories of intimate partner violence. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(6), 700-707 [DOI: 10.1037/a0037361].
- de Alencar-Rodrigues, R. y Cantera, L. (2012). [Violencia de género en la pareja: una revisión teórica](#). *Psico*, 43(1), 116-126.
- Dutton, M.A. (1993). [Understanding Women's Responses to Domestic Violence: A Redefinition of Battered Woman Syndrome](#). *Hofstra Law Review*, 21(4), 1191-1242.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E., de Corral Gargallo, P., Amor, P.J., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1997). [Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo](#). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(1), 7-19 [DOI: 10.5944/rppc.vol.2.num.1.1997.3830].
- \*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*, 29(10) 1783-1801 [DOI: 10.1177/0886260513511703].
- Eckhardt, C.I., Whitaker, D.J., Sprunguer, J., Dykstra, R. y Woodard, K. (2013) [The Effectiveness of Interventions Programs for Perpetrators and Victims of Intimate Partner Violence](#). *Partner Abuse*, 4(2). 196-231 [DOI: 10.1891/1946-6560.4.2.196].
- \*Estrada, E. (2009). [Efectividad de un programa de terapia cognitivo conductual para el tratamiento del trastorno por estrés posttraumático en mujeres adolescentes víctimas de abuso sexual](#) (tesis doctoral). Guatemala: Universidad Rafael Landívar.
- \*Fernández-Velasco, M.R. (2014). [Estrés posttraumático y violencia de pareja: análisis de la eficacia de tratamientos psicológicos](#) (tesis doctoral). Madrid: Universidad Complutense.
- Follette, V.M. y Pistorello, J. (2007). *Finding Life Beyond Trauma: Using Acceptance and Commitment Therapy to Heal from Post-Traumatic Stress and Trauma-Related problem*. New Harbinger Publications.
- \*Fiorillo, D., Mcean C., Pistorello, J., Hayes S.C. y Follette, V.M. (2017) Evaluation of a web-based acceptance and commitment therapy program for women with trauma-related problems: A pilot study. *Journal of Contextual Behavioral Science* 6(1), 104-113 [DOI: 10.1016/j.jcbs.2016.11.003].
- \*Galovski, T.E., Werner, K.B., Weaver, T.L., Morris, K.L., Domdanville, K.A., Nanney, J., Wamser-Nanney, R., McGlinchey, G., Fortier, C.B. e Iverson, K.M. (2021). Massed cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in women survivors of intimate partner violence. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* (publicación previa online) [DOI: 10.1037/tra0001100].
- \*Gilbert, L., El-Bassel, N., Manuel, J., Wu, E., Go, H., Golder, S., Seewald, R. y Sanders, G. (2006). An Integrated Relapse Prevention and Relationship Safety Intervention for Women on Methadone: Testing Short-Term Effects on Intimate Partner Violence and Substance Use. *Violence and Victims*, 21(5), 657-672 [DOI: 10.1891/0886-6708.21.5.657].
- Gilbert, P. (2014). [The origins and nature of compassion focused therapy](#). *British Journal of Clinical Psychology* 53(1), 6-41 [DOI: 10.1111/bjc.12043].
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experimental approach to behaviour change*. Nueva York: Guilford Press.

- Hembree, E.A. y Foa, E.B. (2003) Interventions for Trauma-Related Emotional Disturbances in Adult Victims of Crime. *Journal of Traumatic Stress*, 16(2),187-199 [DOI: 10.1023/A:1022803408114].
- Iverson, K.M., Dick, A., McLaughlin, K.A., Smith, B.N., Bell, M.E., Gerber, M.R., Cook, N. y Mitchell, K.S. (2013). [Exposure to Interpersonal Violence and Its Associations with Psychiatric Morbidity in a U.S. National Sample: A Gender Comparison](#). *Psychology of Violence*, 3(3), 273-287 [DOI: 10.1037/a0030956].
- \*Iverson, K.M., Shenk, C. y Fruzzetti, A.E. (2009). [Dialectical Behavior Therapy for Women Victims of Domestic Abuse: A Pilot Study](#). *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(3), 242-248. <http://doi.org10.1037/a0013476>
- Jaycox, L. y Foa, E. (1996). Obstacles in implementing Exposure Therapy for PTSD: Case Discussions and Practical Solutions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3(3), 176-184.
- \*Johnson, D.M. y Zlotnick, C. (2006). A Cognitive-Behavioral Treatment for Battered Women with PTSD in Shelters: Findings from a Pilot Study. *Journal of Traumatic Stress [Brief Reports]*, 19(4), 559-564 [DOI: 10.1002/jts.20148].
- Johnson, D.M. y Zlotnick, C. (2009). [HOPE for battered women with PTSD in domestic violence shelters](#). *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(3), 234-241 [DOI: 10.1037/a0012519].
- \*Johnson, D.M., Zlotnick, C. y Perez, S. (2011). [Cognitive behavioral treatment of PTSD in residents of battered women's shelters: Results of a randomized clinical trial](#). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 542-551 [DOI: 10.1037/a0023822].
- \*Jungersen, T.S., Walker, L.E.A., Kennedy, T.D., Black, R. y Groth, C.M. (2019). [Trauma Treatment for Intimate Partner Violence in Incarcerated Populations](#). *Practice Innovations*. 4(1), 59-73 [DOI: 10.1037/pri0000083].
- \*Kaslow, N.J., Leiner, A.S., Reviere, S., Jackson, E., Bethea, K., Bhaju, J., Rhodes, M., Gantt, M.J., Senter, H. y Thompson, M.P. (2010). Suicidal, abused African American women's response to a culturally informed intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(4), 449-458 [DOI: 10.1037/a0019692].
- Keynejad, R.C., Hanlon, C. y Howard, L.M. (2020). [Psychological interventions for common mental disorders in women experiencing intimate partner violence in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis](#). *Lancet Psychiatry*, 7(2), 173-190 [DOI: 10.1016/s2215-0366(19)30510-3]
- \*Kim, S. y Kim, J. (2001). The effects of group intervention for battered women in Korea. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15(6), 257-264 [DOI: 10.1053/apnu.2001.28682].
- \*Kubany, E.S., Hill, E.E. y Owens, J.A. (2003). Cognitive Trauma Therapy for Women with PTSD: Preliminary Findings. *Journal of Traumatic Stress*, 16(1), 81-91 [DOI: 10.1023/A:1022019629803].
- \*Kubany, E.S., Hill, E.E., Owens, J.A., Lance-Spencer, C., McCaig, M.A., Tremayne, K.J. y Williams, P.L. (2004). [Cognitive Trauma Therapy for Women with PTSD \(CTT-BW\)](#). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 3-18 [DOI: 10.1037/0022-006X.72.1.3].
- \*Labrador, F.J. y Alonso, E. (2007). [Evaluación de la 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 [DOI: 10.5944/rppc.vol.12.num.2.2007.4038].
- \*Labrador, F.J., Fernández-Velasco, M.R. y Rincón, P.P. (2006). [Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica](#). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 527-547.
- \*Labrador, F.J. y Rincón, P.P. (2002). [Trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: Evaluación de un programa de intervención](#). *Análisis y Modificación de Conducta*, 28(122), 905-932.
- \*Matud, M.P., Gutiérrez, A.B. y Padilla, V. (2004). [Intervención psicológica en mujeres maltratadas por sus parejas](#). *Papeles del Psicólogo*, 25(88), 1-9.
- \*Matud, M.P., Padilla, V. Medina, L. y Fortes, D. (2016). [Eficacia de un programa de intervención para mujeres maltratadas por su pareja](#). *Terapia Psicológica* 34(3), 199-208 [DOI: 10.4067/S0718-48082016000300004].
- \*Miller, L.E., Howell, K.H. y Graham-Bermann, S.A. (2014). [The Effect of an Evidence-Based Intervention on Women's Exposure to Intimate Partner Violence](#). *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(4), 321- 328 [DOI: 10.1037/h0099840].
- \*Naismith, I., Ripoll, K. y Pardo, V.M. (2021). [Group Compassion-Based Therapy for Female Survivors of Intimate-Partner Violence and Gender-Based Violence: A Pilot Study](#). *Journal of Family Violence* 36, 175-182 [DOI: 10.1007/s10896-019-00127-2].
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). [Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud](#). Ginebra: OMS.
- \*Patel, A.R., Weobong, B., Patel, V.H. y Singla, D.R. (2019). [Psychological treatments for depression among women experiencing intimate partner violence: findings from a randomized controlled trial for behavioral activation in Goa, India](#). *Archives of Women's Mental Health*, 22, 779-789 [DOI: 10.1007/s00737-019-00992-2].
- Pérez-Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Síntesis.
- Rabin, C., Tsai, M. y Kohlenberg, R.J. (1996). [Targeting Sex-Role and Power Issues with a Functional Analytic Approach: Gender Patterns in Behavioral Marital](#)

- [Therapy](#). *Journal of Feminist Family Therapy*, 8(3), 1-24 [DOI: 10.1300/J086v08n03\_01].
- \*Reed, G.L. y Enright, R.D. (2006). [The Effects of Forgiveness Therapy on Depression, Anxiety, and Post-traumatic Stress for Women After Spousal Emotional Abuse](#). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 920-929 [DOI: 10.1037/0022-006X.74.5.920].
- \*Rincón González, P.P. (2003). [Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención](#) (tesis doctoral). Madrid: Universidad Complutense.
- \*Santandreu, M. y Ferrer, V.A. (2014). [Eficacia de un tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia de género](#). *Psicología Conductual*, 22(2), 239-256.
- \*Santandreu, M., Torrents, L., Roquero, R. e Iborra, A. (2014). [Violencia de género y autoestima: efectividad de una intervención grupal](#). *Apuntes de Psicología*, 32(1), 57-63.
- Stovold, E., Beecher, D., Foxlee, R. y Noel-Storr, A. (2014). Study flow diagrams in Cochrane systematic review updates: an adapted PRISMA flow diagram. *Systematic Review*, 3, 54 [DOI: 10.1186/2046-4053-3-54].
- Terry, C., Bolling, M.Y., Ruiz, M.R. y Brown, K. (2010). FAP and Feminist Therapies: Confronting Power and Privilege in Therapy. En J.W. Kanter, M. Tsai y R.J. Kohlenberg (Eds.), *The Practice of Functional Analytic Psychotherapy*. (pp. 97-122). Nueva York: Springer [DOI: 10.1007/978-1-4419-5830-3\_7].
- \*Vaca-Ferrer, R., Ferro-García, R. y Valero-Aguayo, L. (2020). [Eficacia de un programa de intervención grupal con mujeres víctimas de violencia de género en el marco de las terapias contextuales](#). *Anales de Psicología*, 36(2), 189-199 [DOI: 10.6018/analesps.396901].
- Valero-Aguayo, L. y Ferro-García, F. (2015). *Psicoterapia Analítica Funcional. El análisis Funcional en la sesión clínica*. Madrid: Síntesis.
- Valero-Aguayo, L. y Ferro-García, R. (2018). *Tratando con psicoterapia Analítico Funcional*. Madrid: Pirámide.
- Walker, L.E.A., (1994). [Abused Women and Survivor Therapy. A Practical Guide for the Psychotherapist](#). Washington: American Psychological Association.
- Walker, L.E.A., (2012). *El síndrome de la mujer maltratada*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Warshaw, M.D., Sullivan, C.M. y Rivera, E.A. (2013). [A Systematic Review of Trauma-Focused Interventions for Domestic Violence Survivors](#). National Center on Domestic Violence, Trauma & Mental Health.