
INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS PARA MUJERES EN SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO: UNA REVISIÓN PARAGUAS

Psychological interventions for women in situations of gender-based violence: an umbrella review

Intervenciones para mujeres víctimas de violencia

José Carlos Ramírez-Cruz¹ ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1224-4382>

Soraya Santana-Cárdenas¹ ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9857-279X>

Sandra Paola Javier-Juárez¹ ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2029-7169>

¹Centro Universitario del Sur, Universidad de Guadalajara, México.

RESUMEN

La violencia contra la mujer es un problema de salud endémico que genera consecuencias en su salud mental. Las mujeres que experimentan situaciones de violencia con frecuencia acuden a servicios de salud por problema de salud mental. Las directrices de organismos nacionales e internacionales recomiendan que estas mujeres reciban un tratamiento psicológico basado en la evidencia. Hasta el momento existe poco consenso sobre cuáles son las terapias que tienen mayor efectividad para intervenir sobre la violencia. El objetivo de esta revisión fue analizar las revisiones sistemáticas de intervenciones psicológicas en mujeres de 18 a 60 años, víctimas de violencia de género. Se realizó una búsqueda de literatura en las bases de datos electrónicas: PubMed, Medline, Embase, Ovid, Cochrane Central, Scopus, Web of Science y Scholar Google. Se evaluaron siete artículos, los resultados sugieren que las intervenciones psicológicas con mayor eficacia fueron las cognitivas conductuales para reducir los niveles de distintos trastornos tales como TEPT o depresión junto y estas suelen ser más efectivas cuando se combinan con apoyo médico, legal y social, las cuales pueden ser utilizadas en la intervención de mujeres víctimas de violencia de género. La investigación futura podría centrarse en probar la eficacia por intervención de forma independiente con mayor rigurosidad metodológica y examinar los mecanismos de cambio clínico.

Palabras clave: violencia contra la mujer, psicoterapia, psicología basada en evidencia, revisión sistemática, efectividad

ABSTRACT

Violence against women is an endemic health problem that has mental health consequences. Women who experience violence often seek health services for mental health problems. Guidelines from national and international agencies recommend that these women receive evidence-based psychological treatments. To date, there is little consensus on which therapies are most effective for intervening in violence. This review aimed to analyze systematic reviews of psychological interventions in women victims of gender violence aged 18 to 60. A literature search was conducted in the following electronic databases: PubMed, Medline, Embase, Ovid, Cochrane Central, Scopus, Web of Science, and Scholar Google. Seven articles were evaluated. The results suggest that the psychological interventions with the greatest efficacy were cognitive behavioral interventions that aimed to reduce the levels of different disorders such as PTSD or depression. Furthermore, these tended to be more effective when combined with medical, legal, and social support, which can be used in the intervention of women victims of gender violence. Future research could focus on testing efficacy per intervention independently with greater methodological rigor and examining the mechanisms of clinical change.

Keywords: violence against women, psychotherapy, evidence-based psychology, systematic review, effectiveness

Recibido: 13 de abril de 2022; aceptado: 13 de agosto de 2022

Correspondencia: Soraya Santana-Cárdenas, Av. Enrique Arreola Silva No. 883, Colonia Centro C.P. 49000, Ciudad Guzmán, Jalisco, México. Correo electrónico: soraya@cusur.udg.mx

La Violencia Contra la Mujer (VCM) es un problema de salud pública y derechos humanos, se estima que este problema afecta a una de cada tres mujeres en el mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). Por tanto, es una de las principales causas de muerte, discapacidad y enfermedad en mujeres en edad reproductiva (Bott et al., 2019; OMS, 2022). Esta revisión adopta el concepto de violencia propuesto por la Organización de las Naciones Unidas (1993), definido como cualquier acto de violencia de género que tiene la intención o el resultado de dañar o amenazar la vida de las mujeres a nivel físico, psicológico y sexual.

La VCM genera secuelas físicas y psicológicas que socavan la calidad de vida de las mujeres. Los problemas más comunes de salud mental que experimentan las mujeres expuestas a situaciones de violencia son: depresión, ansiedad, trastorno por estrés postraumático (TEPT), consumo de sustancias psicoactivas e ideación suicida (Glass et al., 2017; Xu et al., 2020). Al considerar la magnitud de este problema y las secuelas de salud mental en las mujeres afectadas, las intervenciones psicológicas podrían mitigar el desajuste psicológico.

Existen revisiones sistemáticas que han evaluado las intervenciones enfocadas en la VCM. Por ejemplo, en la revisión de Petersen et al. (2019) quienes analizaron estudios que evaluaran el impacto de los protocolos de tratamiento cognitivo conductual (TCC) en mujeres víctimas de violencia doméstica en Brasil. Los resultados principales sugieren una disminución en los síntomas de depresión, ansiedad, TEPT, entre otros. También, Linde et al. (2020) realizaron una revisión para examinar el efecto de intervenciones en línea o también llamadas de eSalud. Los resultados indican que las intervenciones de eSalud no tuvieron un efecto estadísticamente significativo en contraste a los tratamientos estándar sobre los diferentes tipos de violencia, así como depresión y TEPT. Por último, Turner et al. (2020) examinaron el efecto de las intervenciones psicosociales para violencia de pareja íntima y se encontró que las intervenciones psicosociales pueden reducir el impacto de la VCM tanto en el seguimiento breve como en el prolongado.

Como ya se señaló anteriormente, existen revisiones sistemáticas que muestran la efectividad de diferentes intervenciones para reducir la VCM y sus consecuencias en la salud mental, las cuales se han centrado en la violencia de pareja íntima o doméstica y se han considerado intervenciones específicas, por lo tanto, los resultados pueden no ser concluyentes. Por esta razón es necesario condensar y unificar el conocimiento de manera que permita tomar decisiones basadas en la evidencia científica tanto a profesionales de la psicología que se dedican a la atención de mujeres afectadas por la VCM como a funcionarios que diseñan políticas públicas.

Las revisiones paraguas tienen por objetivo comparar y sintetizar resultados de revisiones sistemáticas en torno a un mismo problema de salud y tener una perspectiva general sobre la evidencia. Una de sus justificaciones reside en identificar las diferentes intervenciones que han mostrado resultados similares (Chambergo-Michilot et al, 2021).

Con base en lo anterior, el objetivo del presente estudio es analizar las revisiones sistemáticas de intervenciones psicológicas en mujeres de 18 a 60 años, víctimas de violencia de género.

MÉTODO

El estudio sigue los lineamientos de la metodología Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) para la presentación de revisiones sistemáticas (Page et al., 2021).

Criterios de elegibilidad

Se incluyeron revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) sobre la efectividad de una intervención psicológica en violencia física, psicológica, sexual o de pareja en mujeres de 18 a 60 años. Se excluyeron artículos relacionados con abuso de sustancias psicoactivas, estudios en fase de protocolo de intervenciones psicológicas, violencia y enfermedad por covid-19, prevención de la violencia, intervenciones en población (infantil, adolescente o adulta mayor), psicoterapia de pareja o familiar e investigaciones cualitativas, ya que estos pertenecen a otra categoría de análisis y el objetivo de esta revisión se dirige a mujeres sin múltiples comorbilidades.

Fuentes de información

La búsqueda se realizó en las bases de datos: PubMed, Medline, Embase, Ovid, Cochrane Central, Scopus, Web of Science y Scholar Google. Se realizó también una examinación manual del listado de referencias por artículo. Las búsquedas fueron realizadas entre noviembre de 2020 y diciembre de 2021. No hubo restricción de idioma ni de año de publicación.

Estrategia de búsqueda

La búsqueda se realizó en español e inglés. Los términos utilizados en inglés fueron: "Violence Intimate Partner" OR "Violence Against Women" OR "Gender-Based Violence" AND "Psychological Intervention" OR "Psychotherapies" OR "Randomized Clinical Trial" AND "Systematic Review" OR review*.

Los términos utilizados en español fueron: "Violencia Íntima de Pareja" OR "Violencia Contra la Mujer" OR "Violencia de género" AND "Intervención Psicológica" OR "Psicoterapia" OR "Ensayo Clínico Aleatorizado" AND "Revisión sistemática" OR revisión*.

Proceso de selección de los estudios y de extracción de los datos

De manera independiente, dos de los autores revisaron títulos y resúmenes de los artículos para identificar si cumplían con los criterios de inclusión. Los artículos seleccionados fueron revisados a texto completo y se extrajeron los siguientes datos: muestra, trastorno a evaluar, evaluación del trastorno, tipo de terapia, duración del tratamiento, formato de atención, ámbito de intervención, diseño del estudio, seguimiento, medición del tamaño del efecto y resultados. De dicha información se realizó un análisis crítico. Toda la información se vació en una hoja de datos. Cuando existió un desacuerdo sobre un estudio, un tercer autor resolvió mediante conciliación entre revisores.

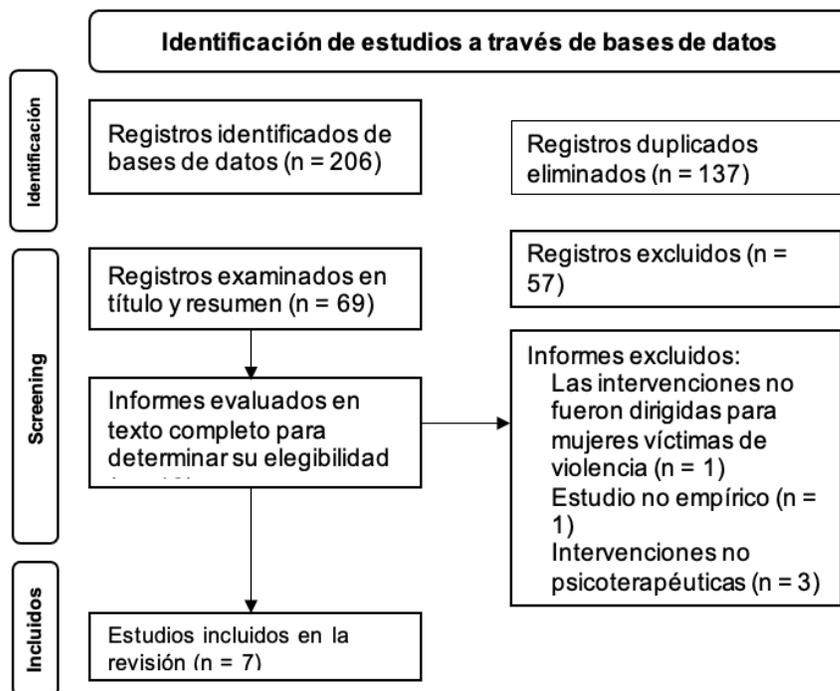
Evaluación de la calidad metodológica

Dos de los autores evaluaron la calidad de las revisiones mediante el acuerdo interevaluador con la Escala de Evaluación de la Calidad Metodológica de las Revisiones Sistemáticas 2 (AMSTAR 2, por sus siglas en inglés, Shea et al., 2017), en función de 16 reactivos que evalúan: registro del protocolo, búsqueda de literatura, justificación de estudios excluidos, riesgos de sesgo en los estudios, interpretación de resultados y publicación, métodos meta-analíticos. La AMSTAR 2 es un instrumento de evaluación crítica para revisiones sistemáticas que posee un índice de $\kappa = .70$ y validez de constructo (Shea et al., 2017). Las opciones de respuesta son "sí", "no", "sí parcial" y "no aplica en metaanálisis"; únicamente la respuesta "sí" equivale a un punto en la sumatoria final. Las puntuaciones de los reactivos se categorizan en calidad alta cuando el puntaje fue superior al 80% de los reactivos; media entre 40% y 80%; y baja, menor al 40% (Pizarro et al., 2021).

RESULTADOS

El proceso de búsqueda arrojó 206 artículos de revisiones sistemáticas. Después de eliminar duplicados ($n = 137$) se examinaron títulos y resúmenes de 69 artículos, de los cuales se rechazaron 57 al cribar por criterios de elegibilidad. Los 12 artículos restantes se examinaron a texto completo. Se eliminaron cinco por no cumplir con criterios establecidos (ver Figura 1). Siete trabajos fueron seleccionados para el análisis de esta revisión.

Figura 1
Diagrama de flujo de PRISM



En la Tabla 1 se presentan las revisiones sistemáticas incluidas. Las revisiones fueron publicadas entre los años 2014 y 2020. Todos los estudios fueron escritos en inglés. Con relación a los países en que se llevaron a cabo las investigaciones, estas fueron: Estados Unidos de América, India, seguido de Australia, China, Kenia, Países Bajos y Sudáfrica.

Del total de revisiones, tres estaban orientadas a identificar y describir las intervenciones implementadas a víctimas de violencia; dos examinaron las intervenciones para reducir los niveles de distintos trastornos tales como TEPT o depresión (los cuales son indicadores de salud mental, resultado de haber vivido violencia), y dos estudios examinaron las intervenciones dirigidas a prevenir o disminuir la violencia de pareja íntima en mujeres. Las revisiones seleccionadas incluyeron entre 11 y 33 ECA, y cuatro estudios realizaron además un metaanálisis.

Tabla 1*Características generales de los estudios*

Autores (año)	Países	Metodología	Trastorno evaluado	Instrumentos de evaluación
Tirado-Muñoz et al. (2014)	EUA, China, Australia, Mongolia	PRISMA	Depresión, TEPT, consumo de sustancias e ideación suicida.	Encuestas
Arroyo et al. (2017)	España, EUA, Australia, Jordania, Corea, México.	-	Depresión, TEPT, uso de sustancias, otros: culpa, angustia general, bienestar emocional, autoestima, funcionamiento, seguridad.	Diagnóstico según DSM; BDI; Global Guilt Scale.
Tol et al. (2019)	India, Sudáfrica, China, Kenia y Mongolia	-	Depresión, TEPT y consumo de alcohol.	Medidas de autoinforme, entrevista diagnóstica psiquiátrica estructurada, pruebas biológicas para el consumo de sustancias.
Menon et al. (2020)	No específica	-	Depresión, TEPT, ansiedad y trastorno por uso de sustancias.	Para depresión: GDS, BDI, CES-D, BSSI y EPDS. Para TEPT: CAPS-5, PSS-I (versión de autoinforme); UCLA TEPT Índice de Reacción, Entrevista clínica estructurada para DSM IV TEPT, Lista de Verificación para el TEPT, Para ansiedad: BAI, STAI, Anxiety and Parental Child Rearing Styles Scale y la PSS.
Asadi-Bidmeshki et al. (2020)	Uganda, Nepal, Canadá, EUA, México, Países Bajos, Sudáfrica, Tanzania, Perú, India, Portugal, Etiopía, Inglaterra, Colombia, Dinamarca, Bélgica y Nueva Zelanda	-	-	-
Hameed et al. (2020)	EUA, Irán, Australia, Grecia, China, India, Kenia, Nigeria, Pakistán, España y Reino Unido	Cochrane	Depresión, TEPT y ansiedad.	Para depresión: BDI, CES-D, PHQ-9, BSI, EPDS, GDS, HADS, Escala de depresión de Johns Hopkins. Para TEPT: CAPS-5, Lista de Verificación para el TEPT, LIFE, PSS-I, Escala de TEPT para la Violencia Doméstica. Para calidad de vida: SF-12, WHOQOL-BREF, QOLS. Para ansiedad: STAI, DASS, BAI, Cuestionario de TAG y HADS.
Keynejad et al. (2020)	Kenia, Sudáfrica y Zimbabue, Uganda, Camboya, Pakistán, India, Irak	PRISMA	Ansiedad, depresión, TEPT y angustia psicológica.	Escala de ansiedad y depresión de Khan, CAPS-5, CAS, EPDS, EUC, GAD-7, GHQ-12, Escala de depresión de Johns Hopkins, HTQ, MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, Lista de Verificación para el TEPT, PHQ-9, PSS-I, SRQ, SSSQ-14.

Nota. TEPT: trastorno de estrés postraumático. DSM: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. BDI: Inventario de Depresión de Beck. GDS: Escala de Depresión Geriátrica. CES-D: Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos. BSSI: Escala de Beck para Ideas Suicidas. EPDS: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo. CAPS-5: Escala de TEPT administrada clínicamente. PSS-I: Escala de Síntomas de TEPT. UCLA TEPT Índice de Reacción: Índice de Reacción al TEPT de la Universidad de California. BAI: Inventario de Ansiedad de Beck. STAI: Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo. PSS: Escala de Estrés Percibido. PHQ-9: Cuestionario sobre la Salud del Paciente-9. BSI: Inventario Breve de Síntomas. HADS: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. LIFE: Examen de Seguimiento de Intervalo Longitudinal. SF-12: Encuesta de Salud de Formato Corto. WHOQOL-BREF: Cuestionario Calidad de Vida, versión breve. QOLS: Escala de Calidad de Vida. DASS: Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés. TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada. GAD-7: Evaluación del Trastorno de Ansiedad Generalizada-7. CAS: Escala de Abuso Compuesta. GHQ-12: Cuestionario de Salud General-12. EUC: Cuidado Habitual Mejorado. HTQ: Cuestionario de Trauma de Harvard. SRQ: Cuestionario de Autoinforme-20. SSSQ-14= Cuestionario de Síntomas de Shona. La línea significa: no indica.

Con relación en el tipo de trastorno medido, los más frecuentes que reportan los ECA fueron la sintomatología depresiva y TEPT (86%), además del consumo de sustancias (57%) y la ansiedad (43%). El instrumento más utilizado para medir la sintomatología depresiva fue el Inventario de

Depresión de Beck (43%) y la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (43%); para medir el TEPT se usó la Escala de TEPT administrada clínicamente (43%), la Escala de síntomas del TEPT (43%) y la Lista de Verificación para el TEPT (43%); para el consumo de sustancias se emplearon entrevistas clínicas (14%) y pruebas biológicas (14%); y para la ansiedad los instrumentos más frecuentes fueron el Inventario de Ansiedad de Beck (29%) y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (29%).

En relación con las intervenciones dirigidas a mujeres víctimas de violencia (Tabla 2), cinco revisiones incluyeron tanto tratamientos psicoterapéuticos como intervenciones no psicoterapéuticas, y dos integraron solo tratamientos psicoterapéuticos. Se destaca que los tratamientos psicoterapéuticos más frecuentes fueron la TCC (57%), la terapia de exposición (57%) y la terapia interpersonal (43%). Los tratamientos no psicoterapéuticos más frecuentes fueron la psicoeducación sobre la violencia (29%) y el asesoramiento médico y jurídico (29%), además, en un estudio se incluyeron intervenciones que combinan tratamientos psicoterapéuticos con otros de apoyo.

Los ámbitos de aplicación fueron comunitario y clínico. Las sesiones de tratamiento de los estudios incluidos en las revisiones fueron de entre 2 a 50 sesiones, con un seguimiento de entre uno a 18 meses. Se destaca que las intervenciones con mayor número de sesiones son las que mostraron resultados más sólidos (Arroyo et al., 2017). De manera particular, en la revisión de Tirado-Muñoz et al. (2014) se encontró que las intervenciones de TCC mayores a cinco sesiones tuvieron mayor efectividad que las intervenciones breves de cinco o menos. Los formatos de atención fueron individual, grupal y mixto; el formato individual fue el que las revisiones indicaron de mayor frecuencia (entre 19 y 6 ECAs incluidos en los estudios) y con resultados más sólidos (Arroyo et al., 2017).

Respecto a los resultados de los tratamientos. Las revisiones indican que la TCC y la terapia interpersonal fueron las intervenciones con mayor efectividad en la reducción de la violencia física y psicológica; así como distintas problemáticas de salud mental: TEPT, depresión, ansiedad y consumo de sustancias, en contraste a la intervención habitual o lista de espera. Los tamaños del efecto (estimación en la magnitud del resultado) de la mayoría de los ECA incluidos en las revisiones, así como en los metaanálisis, fue de pequeño a grande ($d = .13$ - $d = .80$) calculados con la d de Cohen y con la g de Hedges ($g = 0.35$ - $g = 1.26$). Para determinar el tamaño de la diferencia entre dos grupos en las medidas que las proporciones sean más estrechas se considera una magnitud en el efecto cada vez más fuerte.

Respecto a la evaluación de la calidad de las revisiones, se determinó que cuatro presentaron más del 80% de los indicadores de la AMSTAR 2, por lo cual, se calificaron con una calidad alta; dos obtuvieron más del 40% de los indicadores, indicando una calidad media y uno se calificó con calidad baja al tener menos del 40% de los indicadores. Respecto al riesgo de sesgo, cinco revisiones usaron una técnica apropiada para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios que incluyeron. Dos de las revisiones indicaron seguir las guías de PRISMA y una los lineamientos de Cochrane.

Tabla 2

Características de los tratamientos y resultados principales

Autores (año)	Intervención y duración	Formato de atención y ámbito de intervención	Seguimiento	Resultados principales	Tamaño del efecto	Calidad de la revisión Riesgo de sesgo
Tirado- Muñoz et al. (2014)	Intervención de promoción y TCC. De 5 sesiones en 10 semanas.	Individual (8 ECA), grupal (2 ECA) y mixto (1 ECA). Comunitario y clínico.	De 6 semanas a 24 meses.	Las intervenciones de promoción y las TCC pueden ser más eficaces para reducir la VPI física y psicológica.	Resultado del metaanálisis (DMS [IC]): Para violencia física: Intervenciones de promoción: - 0.13 [-0.25, -0.00]; TCC: -0.79 [-1.26, -0.33]. Para violencia psicológica: Intervenciones de promoción: - 0.19 [-0.32, -0.05]; TCC: -0.80 [-1.25, -0.36]. Para violencia sexual: Intervenciones de promoción: - 0.20 [-0.43, 0.02]; TCC: -0.35 [-1.23, 1.03].	Calidad alta (Bajo riesgo de sesgo)
Arroyo et al. (2017)	TCC; terapia de exposición; terapia interpersonal; testimonio y respiración yóguica; refuerzo positivo (verbal) y tareas; intervención de asesoramiento basada en el modelo de preparación psicosocial; DBT, teoría de la influencia triádica; modelo de intervención en crisis de 7 pasos de Roberts; enfoque de resolución de problemas; terapia de trauma cognitivo para mujeres maltratadas; entrenamiento en relajación, psicoeducación sobre autodefensa manualizado; psicoeducación, tecnología respiratoria, terapia cognitiva y exposición; grupos psicoeducativos; consejería feminista y del duelo utilizando enfoques psicoeducativos y de resolución de problemas; orientación feminista, elementos eclécticos de TCC, conceptos existenciales, centrados en soluciones y de sistemas y entrevista motivacional. De 2 a 12 sesiones.	Individual (9 ECA), grupal (10 ECA) y mixto (1 ECA). Comunitario y clínico.	De 1 a 12 meses.	La TCC y las terapias interpersonales adaptadas a personas víctimas de violencia fueron más efectivas (ventaja del 69%), las que no fueron adaptadas mostraron una ventaja del 29%. Las intervenciones individuales produjeron resultados más sólidos.	Resultado del metaanálisis (g de Hedge [IC]): Para TEPT: 1.26 [0.81, 1.70]. Para autoestima: 1.16 [0.71, 1.61]. Para depresión: 0.95 [0.64, 1.25]. Para angustia: 0.84 [0.56, 1.11]. Para funcionamiento de vida: 0.73 [0.43, 0.97]. Para uso de sustancias: 0.44 [0.08, 0.8]. Para bienestar emocional: 0.40 [0.18, 0.61]. Para seguridad: 0.40 [0.03, 0.76]. Para violencia interpersonal: 0.35 [0.09, 0.61].	Calidad alta (Bajo riesgo de sesgo)

Tol et al. (2019)	Psicoterapia interpersonal; activación conductual; Intervención breve de la OMS para el consumo de alcohol. De 3 a 12 meses.	Individual (6 ECA) y grupal (3 ECA y 1 Pre-post, series de tiempo interrumpidas).	No indica	Los estudios que se centraron en la depresión también redujeron la violencia.	No aplica	Calidad media (Moderado riesgo de sesgo)
Menon et al. (2020)	Terapia de apoyo social grupal; intervención de salud; educación sobre seguridad y apoyo, recursos legales; terapia de exposición; sesiones de empoderamiento; asesoramiento médico; programas de manejo del estrés; la terapia del perdón; psicoterapia interpersonal. No específica	Comunitario y clínico. Individual (19 ECA) y grupal (8 ECA). No indica	No indica	La terapia de grupo brinda apoyo social de una manera estructurada. La comprensión de la cultura en la terapia es esencial para crear objetivos de tratamiento centrados en el cliente.	No aplica	Calidad media (Moderado riesgo de sesgo)
Asadi-Bidmeshki et al. (2020)	Tratamientos psicológicos junto con medidas de apoyo y seguridad; intervenciones financieras; intervenciones sociales e intervenciones económicas/sociales. No específica	Individual y grupal. Comunitario, clínico y social.	De 3 a 18 meses.	Las intervenciones se centraron en el apoyo y empoderamiento de las víctimas, en intervenciones psicológicas y en intervenciones en línea y por computadora.	No aplica	Calidad baja (Alto riesgo de sesgo)
Hameed et al. (2020)	Terapias integradoras; terapias humanísticas; TCC; TCC de tercera ola e intervenciones psicológicamente orientadas; terapia de exposición narrativa; terapia cognitiva informada por el trauma; terapia cognitiva basada en la atención plena; intervención psicológica enfocada espiritualmente. De 2 a 50 sesiones	Individual (16.55% de los ECA), grupal (11.38% de los ECA) y mixto (2.7% de los ECA). Clínico	De 6 a 12 meses.	Las TCC, terapias humanistas y terapias integrativas redujeron los síntomas depresivos y de ansiedad.	Resultado del metaanálisis (DMS [IC]): Para la TCC: -0.31 [-0.55, -0.06]. Terapias humanistas: 0.47 [-0.91, -0.03]. Terapias integrativas: -0.09 [-0.23, 0.04].	Calidad alta (Bajo riesgo de sesgo)
Keynejad et al. (2020)	Intervención de apoyo; habilidades psicoeducación informada por trauma; tratamiento de activación conductual para la depresión; terapia de procesamiento cognitivo; terapia de aceptación y compromiso; autoayuda guiada y adaptada localmente basada en la terapia de aceptación y compromiso más atención habitual mejorada; gestión de problemas plus; <i>Thinking healthy programme-peers</i> ; sesiones informativas grupales semanales para la angustia secundaria, incluido el contenido de la sesión informativa sobre el estrés por incidentes críticos; programa de actividades saludables; reprogramación de la desensibilización del movimiento ocular; terapia de trauma orientada a recursos; TCC; terapia de exposición narrativa. De 3 a 14 sesiones	Individual (8 ECA) y grupal (6 ECA).	De 3 a 6 meses	Las víctimas de VPI se beneficiaron más de las intervenciones psicológicas para la ansiedad que las mujeres que no lo hicieron.	Resultado del metaanálisis (DMS [IC]): Para ansiedad: 0.31 [0.04, 0.57]. Para TEPT: 0.14 [-0.06, 0.33]. Para depresión: 0.10 [-0.04, 0.25]. Angustia psicológica: 0.07 [-0.05, 0.18].	Calidad alta (Bajo riesgo de sesgo)

Nota. TCC: terapia cognitivo-conductual. ECA: ensayo clínico aleatorizado. DBT: terapia dialéctica-conductual. DMS: diferencia de medias estandarizadas. IC: intervalo de confianza. VPI: violencia de pareja íntima. TEPT: trastorno por estrés posttraumático

DISCUSIÓN

El objetivo de esta revisión paraguas fue analizar las revisiones sistemáticas de intervenciones psicológicas en mujeres de 18 a 60 años, víctimas de violencia de género. Los resultados sugieren que los TCC son efectivos, estos hallazgos coinciden con la revisión de este modelo de tratamientos para mujeres en situaciones de violencia de género en un contexto brasileño; aunque la diferencia del estudio con la presente revisión (Petersen et al., 2019). En la presente revisión se identifican claramente los componentes de cambio clínico

Debido a la diversidad de intervenciones, resulta complejo definir las mejores prácticas en los servicios de atención. Las intervenciones reportadas por las revisiones se centran en tratamientos psicoterapéuticos, de seguridad, así como la inclusión de servicios legales y otros enfoques en donde se conjunta el tratamiento psicoterapéutico y la seguridad (Asadi et al., 2020; Menon et al., 2020). Estos resultados son congruentes con lo reportado por Aiquipa y Canción (2020), quienes señalan que los factores para abandonar la relación de pareja y para salir del ciclo de violencia están vinculados con el apoyo familiar-social, con las oportunidades laborales y el bienestar de los hijos.

De igual manera, son consistentes con lo recomendado por la OMS (2018), que sugirió el uso de intervenciones psicológicas para atender a las sobrevivientes de violencia, aunado a otros servicios de apoyo: médicos, legales, psicosociales o refugios, entre otros. Si bien, el conjunto de estos elementos puede tener una mayor eficacia, es necesario destacar que esto implica diversos desafíos, debido a las múltiples barreras de acceso a los servicios de atención pública de salud mental y la exposición de la víctima a ser descubierta por el perpetrador.

Aunque el número de sesiones reportadas en esta revisión varía de dos a 50 sesiones, intervenciones superiores a cinco sesiones, pero que no excedan de 10, podrían ser una opción más eficiente para las usuarias (Chowdhary et al., 2014; Latif & Khanam, 2017). De igual manera, cuando se interviene con sobrevivientes de violencia, es necesario realizar adaptaciones culturales de la terapia. Aunque en los estudios no se percibe con claridad, lo que se aprecia es que fueron personalizadas a las necesidades de la usuaria (Chowdhary et al., 2014), lo cual podría indicar la necesidad de adaptación de las intervenciones considerando la infraestructura, la cultura, valores y prácticas de cada país. Debido a que el formato de atención individual fue el que mejores resultados tuvo, podría indicar la necesidad de un tratamiento individualizado.

Con base en los indicadores de la AMSTAR-2, la mayoría de las revisiones se posicionaron en la categoría de calidad alta y media, lo cual minimiza el riesgo de resultados sesgados por limitaciones en alguna de las etapas de la revisión (Whiting et al., 2016). Sin embargo, los estudios fueron heterogéneos, lo cual dificulta la integración de los resultados respecto al tamaño del efecto de las intervenciones y poder realizar análisis de sensibilidad.

Una de las limitaciones de esta revisión fue que no se incluyó la palabra clave de metaanálisis, aunque se encontraron estudios de metaanálisis en la búsqueda realizada, futuros estudios pueden incluir dicha palabra clave con la finalidad de identificar la mayor cantidad de estudios. Otra limitación fue que se excluyeron artículos relacionados con la COVID-19, terapia de pareja o que incluyera a los hijos. Adicionalmente, no se identificaron las diferencias entre los países en los cuales se llevaron a cabo los ECA de cada revisión. Futuros estudios, podrían explorar los diferentes contextos e identificar las diferencias entre ellos. Otra limitación es que no todas las revisiones sistemáticas reportaron análisis meta analíticos que permitieran elaborar análisis finos de sensibilidad o heterogeneidad de los resultados de la efectividad de las intervenciones, lo cual limita

los resultados de la presente revisión. Además, futuros estudios podrían centrarse en examinar los mecanismos de cambio clínico, correlacionar los tipos de violencia y probar la eficacia de cada intervención psicológica de forma independiente con mayor rigurosidad metodológica.

Conclusión

Existe evidencia de que la TCC puede reducir las afecciones más comunes de salud mental, TEPT y depresión, en un formato breve de 10 sesiones, con apoyo de otras intervenciones: médicas, legales o psicosociales. Sin embargo, sabemos poco de qué intervención podría funcionar mejor respecto al tipo de violencia y el tiempo de exposición a la misma. Se desconoce el efecto que puede tener la intervención multicomponente de terapias sobre otras variables psicológicas o sobre la violencia. Por lo tanto, es necesario realizar investigación sobre componentes, validez interna y externa de los estudios. También resulta indispensable diseñar o adaptar intervenciones que podrían ser costo-efectivas para las diadas más comunes en los servicios de salud mental: ansiedad-depresión o TEPT-depresión y si estas pudieran maximizar su potencial con otros recursos de apoyo. Hasta el momento en la revisión paraguas no se identificaron si estas intervenciones tuvieron adaptaciones al ser aplicadas en el contexto latino o mexicano.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses.

Financiamiento

El investigador principal con número de CVU: 1000949, agradece la beca otorgada para la realización de sus estudios de Doctorado en Psicología Con Orientación en Calidad de Vida y Salud por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT).

REFERENCIAS

- Aiquipa, J. J., y Canción, N. M. (2020). Mujeres supervivientes de violencia de pareja: factores y procesos psicológicos implicados en la decisión de permanecer o abandonar la relación. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 38(1), 189-202. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosa.rio.edu.co/apl/a.7139>
- *Arroyo, K., Lundahl, B., Butters, R., Vanderloo, M., & Wood, D. S. (2017). Short-term interventions for survivors of intimate partner violence: a systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, and Abuse*, 18(2), 155-171. <https://doi.org/10.1177/1524838015602736>
- *Asadi-Bidmeshki, E., Mohtashami, J., Atashzadeh-Shoorideh, F., & Hosseini, M. (2020). Interventions on women under intimate partner violence: an integrative review. *Indian Journal of Forensic Medicine and Toxicology*, 14(2), 1531-1535. <https://doi.org/10.37506/ijfmt.v14i2.3142>
- Bott, S., Guedes, A., Ruiz-Celis, A. P., & Mendoza, J. A. (2019). Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43(1), 1-12. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.26>

- Chambergo-Michilot, D, Diaz-Barrera, M. E., & Benites-Zapata, Vicente, A. (2021). Revisiones de alcance, revisiones paraguas y síntesis enfocada en revisión de mapas: aspectos metodológicos y aplicaciones. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 38(1), 136-142. <https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2021.381.6501>
- Chowdhary, N., Jotheeswaran, A. T., Nadkarni, A., Hollon, S. D., King, M., Jordans, M. J., Rahman, A., Verdeli, H., Araya, R., & Patel, V. (2014). The methods and outcomes of cultural adaptations of psychological treatments for depressive disorders: a systematic review. *Psychological Medicine*, 44(6), 1131–1146. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001785>
- Glass, N. E., Perrin, N. A., Hanson, G. C., Bloom, T. L., Messing, J. T., Clough, A. S., Campbell, J. C., Gielen, A. C., Case, J., & Eden, K. B. (2017). The longitudinal impact of an internet safety decision aid for abused women. *American Journal of Preventive Medicine*, 52(5), 606–615. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.12.014>
- *Hameed, M., O'Doherty, L., Gilchrist, G., Tirado-Muñoz, J., Taft, A., Chondros, P., ... K, H. (2020). Psychological therapies for women who experience intimate partner violence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, 7(CD013017). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013017.pub2.www.cochranelibrary.com>
- *Keynejad, R. C., Hanlon, C., & 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. *The Lancet Psychiatry*, 7(2), 173-190. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30510-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30510-3)
- Latif, M., & Khanam, S.J. (2017). Effectiveness of cognitive behaviour therapy in reducing anxiety, depression and violence in women affected by intimate partner violence: A randomized controlled trial from a low-income country. *Journal of Postgraduate Medical Institute*, 31(4), 425-431.
- Linde, D. S., Bakiewicz, A., Normann, A. K., Hansen, N. B., Lundh, A., & Rasch, V. (2020). Intimate partner violence and electronic health interventions: systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Journal of Medical Internet Research*, 22(12):e22361. <https://doi.org/10.2196/22361>
- *Menon, B., Stoklosa, H., Van Dommelen, K., Awerbuch, A., Caddell, L., Roberts, K., & Potter, J. (2020). Informing human trafficking clinical care through two systematic reviews on sexual assault and intimate partner violence. *Trauma, Violence, and Abuse*, 21(5), 932-945. <https://doi.org/10.1177/1524838018809729>
- Organización de las Naciones Unidas. (1993). *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*. Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Gender and health*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Violence against women*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J.,

- Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *British Medical Journal*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Petersen, M. G., Carvalho, J., Luiz, I., Letícia, P., & Habigzang, L. F. (2019). Psicoterapia cognitivo-comportamental para mulheres em situação de violência doméstica: revisão sistemática. *Psicologia Clínica*, 31(1), 145-165. <https://doi.org/10.33208/PC1980-5438v0031n01A07>
- Pizarro, A. B., Carvajal, S., & Buitrago-López, A. (2021). Assessing the methodological quality of systematic reviews using the AMSTAR tool. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 49(1): e913.
- Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V., Kristjansson, E., & Henry, D. A. (2017). AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *British Medical Journal*, 358, j4008-. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>
- *Tirado-Muñoz, J., Gilchrist, G., Farré, M., Hegarty, K., & Torrens, M. (2014). The efficacy of cognitive behavioral 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. <https://doi.org/10.3109/07853890.2014.941918>
- *Tol, W. A., Murray, S. M., Lund, C., Bolton, P., Murray, L. K., Davies, T., ... Bass, J. K. (2019). Can mental health treatments help prevent or reduce intimate partner violence in low- and middle-income countries? A systematic review. *BMC Women's Health*, 19(34), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0728-z>
- Turner, D. T., Riedel, E., Kobeissi, L. H., Karyotaki, E., Garcia-Moreno, C., Say, L., & Cuijpers, P. (2020). Psychosocial interventions for intimate partner violence in low- and middle-income countries: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Global Health*, 10(1), 010409. <https://doi.org/10.7189/jogh.10.010409>
- Whiting, P., Savović, J., Higgins, J. P. T., Caldwell, D. M., Reeves, B. C., Shea, B., Davies, P., Kleijnen, J., Churchill, R., & ROBIS group. (2016). ROBIS: A new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. *Journal of Clinical Epidemiology*, 69, 225-234. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2015.06.005>
- Xu, X., Zheng, L., Xu, T., & He, M. (2022). Intimate Partner Violence Victimization and Depressive Symptoms in Sichuan, China: Are There Gender Variations? *Journal of Interpersonal Violence*, 37(5-6), NP2538-NP2564. <https://doi.org/10.1177/0886260520944564>



Esta obra está bajo la licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas 4.0