



DOI: <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i3.1960>

Ciencias de la salud
Artículos de revisión

Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia. Una revision

Post-traumatic stress disorder in women victims of violence. A review

Transtorno de stress pós-traumático em mulheres vítimas de violência. Uma revisão

Darío Javier Guerrero-Vaca ^I

dario.guerrero@epoch.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-4444-0070>

Diana Carolina García-Ramos ^{II}

dc.garcia@uta.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-6005-4532>

Dayanara de los Ángeles Peñafiel-Salazar ^{III}

dayanara.penafiel@epoch.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-7966-9852>

Lilia del Carmen Villavicencio-Narváez ^{IV}

lvillavicencio@unach.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0001-8083-7561>

Verónica Fernanda Flores-Fernández ^V

vf.flores@uta.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0001-6409-0728>

Correspondencia: dario.guerrero@epoch.edu.ec

***Recibido:** 16 de marzo de 2021 ***Aceptado:** 22 de abril de 2021 * **Publicado:** 10 de mayo de 2021

- I. Psicólogo Clínico, Doctor en programa de Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud, Docente Investigador Grupo de Investigación PSYCOMED, Carrera de Medicina, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba, Ecuador.
- II. Psicóloga Clínica, Magister en Neuropsicología Clínica y Rehabilitación neuropsicológica, Docente Investigador Universidad Técnica de Ambato, Ambato, Ecuador.
- III. Doctora en Promoción y Educación para la Salud, Master en Salud Pública, Docente investigador Grupo de Investigación de las Sexualidades GIS, Carrera de Promoción de la Salud, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba, Ecuador.
- IV. Licenciada en Educación para la Salud, Doctor en Promoción y Educación para la Salud, Magister en Gerencia de la Salud para el Desarrollo Local, Docente Investigador Grupo de Investigación Salud Publica, Carrera de Medicina, Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Ecuador.
- V. Psicóloga Clínica, Master en Neuropsicología Infantil, Docente Investigador Universidad Técnica de Ambato, Ambato, Ecuador.

Resumen

El trastorno de estrés postraumático se caracteriza por ser una condición psicológica que llega a perturbar la salud mental y física de la persona, asociada específicamente a un evento traumático y cuyos síntomas causan un malestar significativo y dificultad para el desempeño laboral, familiar, social e individual. Uno de los estímulos generadores de este estado es la violencia ejercida contra la mujer, ya sea esta física, psicológica, sexual o de otro tipo. El objetivo de este estudio fue determinar los aspectos psiquiátricos y psicológicos del trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia además de sus métodos de diagnóstico y tratamiento. Se realizó una revisión bibliográfica en literatura en español e inglés de artículos científicos en bases de datos como Ovid salud, PubMed, Elsevier, Dialnet, Science Direct, entre otras, publicadas en los últimos 6 años. Los resultados demuestran que el Trastorno de estrés postraumático (TEPT) aparece frecuentemente en mujeres víctimas de violencia, incluso cuando son consideradas agresiones leves por parte de la víctima. Aunque es infradiagnosticado o confundido con otros trastornos, generalmente son diagnosticado en hospitalización, cuando los síntomas son claros. EL tratamiento más utilizado gira en torno a la terapia y técnicas enfocadas a reestructurar el pensamiento y la superación del evento traumático. Esta investigación contribuye con información relevante respecto a las características específicas del TEPT en mujeres víctimas de violencia y su tratamiento.

Palabras clave: Estrés postraumático; víctimas de violencia; tratamiento; trastorno.

Abstract

Post-traumatic stress disorder is characterized by being a psychological condition that disturbs the mental and physical health of the person, specifically associated with a traumatic event and whose symptoms cause significant discomfort and difficulty in work, family, social and individual performance. One of the stimuli that generates this state is violence against women, be it physical, psychological, sexual or otherwise. The objective of this study was to determine the psychiatric and psychological aspects of post-traumatic stress disorder in women victims of violence in addition to its methods of diagnosis and treatment. A bibliographic review was carried out in Spanish and English literature of scientific articles in databases such as Ovid health, PubMed, Elsevier, Dialnet, Science Direct, among others, published in the last 6 years. The results show that Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) appears frequently in women victims of violence, even when they are considered

Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia. Una revisión

mild aggressions by the victim. Although it is underdiagnosed or confused with other disorders, they are generally diagnosed in hospitalization, when the symptoms are clear. The most used treatment revolves around therapy and techniques focused on restructuring thinking and overcoming the traumatic event. This research contributes with relevant information regarding the specific characteristics of PTSD in women victims of violence and its treatment.

Keywords: Posttraumatic stress; victims of violence; treatment; disorder.

Resumo

O transtorno de stress pós-traumático é caracterizado como uma condição psicológica que perturba a saúde mental e física da pessoa, especificamente associada a um acontecimento traumático e cujos sintomas causam desconforto e dificuldade significativa no trabalho, no desempenho familiar, social e individual. Um dos estímulos que gera este estado é a violência contra as mulheres, quer seja física, psicológica, sexual ou outros tipos de violência. O objectivo deste estudo era determinar os aspectos psiquiátricos e psicológicos do transtorno de stress pós-traumático em mulheres vítimas de violência, bem como os seus métodos de diagnóstico e tratamento. Foi realizada uma revisão bibliográfica na literatura espanhola e inglesa de artigos científicos em bases de dados como Ovid Health, PubMed, Elsevier, Dialnet, Science Direct, entre outros, publicados nos últimos 6 anos. Os resultados mostram que o Distúrbio de Stress Pós Traumático (PTSD) aparece frequentemente em mulheres vítimas de violência, mesmo quando são consideradas agressões leves pela vítima. Embora seja subdiagnosticada ou confundida com outras perturbações, é geralmente diagnosticada em hospitalização, quando os sintomas são claros. O tratamento mais utilizado gira em torno da terapia e técnicas centradas no pensamento reestruturante e na superação do acontecimento traumático. Esta investigação contribui com informação relevante sobre as características específicas do PTSD nas mulheres vítimas de violência e o seu tratamento.

Palavras-chave: Stress pós-traumático; vítimas de violencia; tratamento; desordem.

Introduction

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es una reacción psicológica y emocional que puede llegar a ser intensa, provocada por un suceso traumático. Esta patología puede causar diferentes alteraciones en las funciones mentales superiores, concretamente en la conciencia, memoria, atención y por ende

Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia. Una revisión

en la conducta de la persona; así también, puede alterar el completo estado de bienestar del individuo. A través de la historia, al TEPT se lo ha asociado con diferentes factores etiológicos, todos asociados a con la presencia de un evento estresante intenso y significativo para la persona. (Kessler et al., 1995) Los factores etiológicos más frecuentes para el desarrollo de un TEPT están asociados a la vivencia de agresión o violencia por parte de la pareja, especialmente de un hombre hacia la mujer, cerca del 57% de las mujeres han sufrido violencia física a nivel mundial (Purewal, 2000). El diagnóstico ha sido más frecuente en mujeres víctimas de abuso físico y sexual por parte de su pareja, siendo agredidas de manera violenta y grave en la mayoría de los casos, provocando a nivel físico, traumatismos, hematomas y laceraciones leves en el menor de los casos, cerca de 40 de cada 100 mujeres agredidas han sido víctimas de violencia física grave (Londborg et al., 2001; Puigcerver Báuena, 2001).

Por otro lado, también existe un número considerable de mujeres que han sufrido violencia psicológica, la mayor parte de ellas ocasionadas por la pareja o cónyuge de la mujer, aunque en cierto grado también se encuentra relacionado con compañeros o jefes de trabajo. (Carbonell, 2002) Aun así, en los casos de violencia psicológica y en los casos de violencia física considerados como leves (caracterizados de esta manera por la víctima) también están asociados con el desarrollo de TEPT. (Carvajal, 2002; Resick et al., 2002).

Por otro lado, en cuanto al diagnóstico y pesquisaje del TEPT, en su mayoría de casos, los diagnósticos clínicos son realizados en emergencia y con una marcada presencia de sintomatología marcada y grave. También se han considerado diagnósticos en consulta externa o derivaciones por parte de otros profesionales hacia el área de salud mental pero que son menos frecuentes que los anteriores (Orengo, 2004). Aunque existen registros de diagnóstico clínico de esta patología, la gran mayoría de casos son mal diagnosticados y confundidos con otros trastornos mentales, especialmente con trastornos del estado de ánimo como la depresión, por tanto, existe también un tratamiento ineficaz (Van Der Kolk, 2005). A pesar de ser diagnosticados a nivel clínico, las secuelas y consecuencias del TEPT en las personas que la padecen son de larga duración, una elevada tasa de personas que tienen este trastorno no supera el evento traumático, con mayor prevalencia se presentan los recuerdos vividos de la situación amenazante o flashback; así también un grupo considerable desiste del tratamiento sugerido por el profesional y abandonan el proceso psicoterapéutico (Carbonell, 2002; Purewal, 2000).

Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia. Una revisión

Actualmente se busca promover un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno dentro del TEPT en mujeres víctimas de violencia, es así que el tratamiento más utilizado dentro de este trastorno ha girado en torno de la psicoterapia, sobre todo como un tratamiento inicial, aunque también se ha visto muy eficaz la intervención mediante terapias combinadas, siendo mejor valoradas y de mayor escogencia por parte de los profesionales de la salud mental (Hanson, 2008). En la misma línea se encuentran el tratamiento farmacológico, siendo el de mayor escogencia por parte de los profesionales de la salud aquellos vinculados con la inhibición de la recaptación de la serotonina (ISRS) (Pamela Aguirre et al., 2010).

Aunque existen artículos que han realizado revisiones literarias acerca del TEPT, en su mayoría no han valorado la presencia de este trastorno en mujeres víctimas de violencia, y tampoco se ha incluido un abordaje integral de este tema, así también no se ha encontrado revisiones que cuenten con todos los acápite incluidos en esta revisión. Por tanto, la presente revisión se ha desarrollado con una metodología de revisión bibliográfica y literaria de tipo sistemática que permita determinar los diferentes aspectos psicológicos y psiquiátricos del trastorno de estrés postraumático en mujeres que han sufrido algún tipo de violencia, así como también se abordará los criterios diagnósticos y métodos de diagnóstico y tratamiento utilizados por profesionales de la salud. Esta investigación permitirá conocer todos los aspectos útiles dentro del campo médico y psicológico para determinar un diagnóstico y también su diferenciación con otras patologías para su ulterior tratamiento.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática utilizando métodos de búsqueda específicos para trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia. Se efectuó criterios de búsqueda que contengan por defecto definición, epidemiología, cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento de estrés postraumático en mujeres que sufrieron de violencia. Así también, se realizó la búsqueda en el contexto de artículos científicos y libros, donde se utilizó estrategias sensibles de búsqueda bibliográfica y análisis estricto de todos los artículos relacionados con el tema, cabe destacar que se tomó en cuenta información descrita en español e inglés. La información seleccionada se llevó a cabo a través de bases de datos como: Ovid salud, PubMed, Elsevier, Science Direct, Google académico, E-book, Taylor and Francis, Dialnet y Scielo, PsicoDoc y Psycinfo.

Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia. Una revisión

En el presente trabajo se incluyó material investigativo de los últimos 6 años (2012- 2021). Los términos claves que se tomaron en cuenta para la investigación fueron Trastorno de estrés postraumático, violencia de género, epidemiología, tratamiento, diagnóstico. Con la recolección de la literatura, se efectuó un cribaje utilizando criterios de exclusión para eliminar los artículos que no cumplen con el objetivo de la investigación, en este caso aquellos que presentaron información repetida, de baja calidad investigativa, artículos escritos en otro idioma que no sea español o inglés y aquellos que tenían relación de TEPT en hombres.

Resultados

En función de las bases de datos revisadas, se obtuvieron 270 trabajos de investigación que fueron preseleccionados para la presente revisión; después de excluir las publicaciones repetidas, se redujo a 260, a continuación, se analizaron los títulos y resúmenes descartando 162 registros; así también se excluyeron aquellos que tenían poca relación con el tema delimitado, reduciendo la literatura a 98 publicaciones; Se descartaron también aquellos documentos que no estaban disponibles, dejando un total de 68 registros. Finalmente, se excluyeron los documentos con baja calidad investigativa y con información poco interesante para esta revisión, definiendo 30 registros en total. En consecuencia, la literatura escogida para esta revisión explora el tema relacionado con el estrés postraumático en mujeres que han sufrido de violencia de cualquier tipo, desde su concepto, hasta el tratamiento usado para mejorar los efectos que ocasionaron en la persona.

Discusión

Definición

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es definido como una condición que llega a perturbar la salud mental y en ocasiones la salud física de la persona que la padece, específicamente el TEPT aparece luego de haber presenciado un evento traumático, caótico o conflictivo en algún momento determinado de la vida de la persona y que no puede superar (Casado-Blanco & Castellano-Arroyo, 2013). Generalmente, este trastorno está asociado con el miedo a volver a vivir lo que ya pasó, por las secuelas físicas y psicológicas que ha dejado el evento. Este miedo intenso desencadena alteraciones a nivel conductual, emocional, psicológico, social y físico, especialmente alteraciones en la memoria y pensamiento, donde se contemplan los recuerdos traumáticos vividos (Bisson et al.,

2013). EL TEPT no se puede desvincular como factor etiológico del evento traumático que ha vivido la persona.

Etiología

Existen diversas teorías para la aparición y desarrollo de TEPT en una persona. Algunos autores apuntan a la base genética, alteraciones en genes vinculados al control del estado de ánimo, especialmente en la inhibición y sobreproducción de neurotransmisores vinculados a las emociones intensas (Buesa & Calvete, 2013). En esta misma línea, se toma en cuenta la heredabilidad como factor contribuyente en el desarrollo de TEPT (Dunlop et al., 2014). También se consideran afectaciones neurobiológicas como factor etiológico del TEPT, concretamente se ha asociado la disfuncionalidad de la amígdala con este trastorno (Rivas-Diez, 2012). Por otro lado, existen estudios que comparten que no existe un solo ente regulador en el desarrollo de TEPT, sino que existen factores de riesgo que regulan y desencadenan esta patología. En este sentido, dependerá de la severidad del evento, así como de otras características individuales de la persona como la capacidad de resiliencia que tenga una persona, el tipo de personalidad, eventos traumáticos previos, el sexo, en este caso el ser mujer, el haber atravesado por una infancia desfavorable (Bermúdez Durán et al., 2020).

Uno de los factores de riesgo asociados al desarrollo de TEPT en la mujer es el vivir constantemente violencia física, sexual y psicología por parte de pareja. En este sentido, se encuentran altas tasas de prevalencia de TEPT en víctimas de agresiones sexuales, violencia de género, violencia intrafamiliar; causando en las víctimas una alteración en su salud mental, que en ocasiones deriva en comorbilidades con trastornos depresivos o ansiosos (Campos, 2016; Garcés Narváez, 2019). Aunque existen varios factores de riesgo asociados al desarrollo de esta enfermedad, es necesario mencionar aquellos que están más ligados a TEPT en mujeres víctimas de violencia y que han sido fuertemente asociados con el desarrollo del mismo.

Factor estresante. - Es considerada como una de las principales causas para el desarrollo de TEPT, puede estar asociada a una exposición reciente o pasada, incluso haber suscitado hace años atrás. La exposición constante al evento estresante hace que la persona asocie como algo incontrolable, difícil de manejar e imposible de superar. Por lo general, a este factor deben acompañarlos otras características individuales como la capacidad de resiliencia, las estrategias de afrontamiento que tenga la persona e incluso el tipo de personalidad que ha desarrollado (Bermúdez Durán et al., 2020).

Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia. Una revisión

Factores familiares.- Como se mencionó anteriormente, la presencia de violencia familiar puede regular la aparición del TEPT, sobre todo el haber pasado por maltrato físico, psicológico y sexual en la infancia. Además, se sabe que la exposición a padres alcohólicos o vivenciar maltrato de progenitores a madres, suele generar un cierto grado de vulnerabilidad para el desarrollo de esta patología. Así también, el exceso de protección o la falta del mismo, evidenciada por el desarrollo de un estilo de apego inseguro en la infancia, ha sido considerado como un factor predisponente para el desarrollo del TEPT. No solo estas características están asociadas con esta patología, sino también la personalidad de los padres, la presencia de hermanos o no en la familia, así como también el maltrato sufrido por parte de los hermanos (Pamela Aguirre et al., 2010).

Factores psicodinámicos.- Se habla de traumas preexistentes que se podrían reactivar al sufrir reiteradamente un suceso traumático o un nuevo acontecimiento; entre ellos podemos enumerar al maltrato o abuso infantil en el que se considera como predictor de trastorno de estrés postraumático en adultos expuestos a eventos traumáticos previos (Crespo Generelo et al., 2019).

Factores cognitivos conductuales.- Hay personas que no tienen una adecuada regulación emocional por lo que no pueden procesar el trauma que genera el trastorno. Sufren de estrés constantemente y aplican técnicas de evitación, de bloqueo o disfunción atencional y ejecutiva que dificultan el procesamiento de la información y la toma de decisiones. La rumiación que se presenta como un proceso mal adaptativo al inmovilizar a el individuo y exacerbar los síntomas negativos, erosiona el apoyo social, disminuye la resolución de problemas e interfiere con el comportamiento instrumental (Mingote Adán et al., 2019).

Factores biológicos.- Otro de los factores asociados al TEPT son los biológicos, en este sentido se ha visto que las personas que desarrollan esta patología presentan una disfunción en el sistema nervioso, específicamente se han encontrado hiperactivaciones tónicas del sistema nervioso simpático a nivel periférico y central, que da como resultado la hiperactividad noradrenérgica y dopaminérgica crónica en el sistema nervioso central. Además, existe una alteración del eje hipotálamo, hipófisis, adrenal (HHA) con una menor secreción de cortisol, mayor secreción de catecolaminas e hipersensibilidad de los receptores de glucocorticoides en hipocampo, lo que estaría asociado a un incremento de retroalimentación negativa, desencadenando en una hipersensibilidad progresiva de HHA, que a su vez estaría relacionada con una intolerancia a nuevos estresores. También existen alteraciones en los sistemas endocannabinoide y serotoninérgico señalando la reducción de la actividad del córtex

Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia. Una revisión

retroesplénial, de las regiones dorsales del córtex prefrontal, el precúneo, el giro caudado y parahipocampal, así como una sobreactivación bilateral y hipocortisolemia basal (Campos, 2016).

Cuadro clínico

En cuanto al cuadro clínico, se hace referencia a la presencia de cuatro categorías de los signos y síntomas de un TEPT, tomando en cuenta que en cada persona puede variar de un síntoma a otro y la presencia/ausencia de alguna característica inmersa en cada categoría.

Síntomas de reviviscencia.- En las mujeres que sufrieron agresión física experimentan nuevamente los recuerdos angustiosos, recurrentes y persistentes, creando reacciones disociativas en pesadillas, flashbacks o pensamientos aterradores (Ramírez et al., 2020).

Síntomas de evitación.- Las mujeres víctimas de violencia, sobre todo aquellas que han atravesado por violencia sexual, evitan estrictamente los eventos traumáticos, en este caso, los lugares donde se dio el suceso, las personas que mantengan relación con el evento o que tengan similitud, situaciones sentimentales asociadas, conversaciones, recuerdos del evento traumático (CRESPO & GOMEZ, 2012).

Síntomas de hipervigilancia y reactividad.- La persona está más alerta, irritable, nerviosa y tiende a cometer agresiones, también se ve síntomas de hipervigilancia, insomnio, comportamiento imprudente o autodestructivo. Todo esto debido a las conductas amenazantes y el miedo que se instaura en las mujeres ante el temor a más violencia (Rivas-Diez, 2012).

Síntomas cognitivos y del estado de ánimo.- Aquí se encuentran inmersos los cambios negativos en creencias y sentimientos previos infundados por el agresor, percepción distorsionada con sentimientos de culpa, vergüenza y remordimiento por no poder enfrentar los miedos y está acompañado de sentimiento de desapego o extrañamiento de amigos o familia ya que prefieren aislarse para no sentir temor (Gilbar, 2021; Gómez, 2021).

Diagnóstico

Para el diagnóstico clínico de este trastorno, los criterios diagnósticos están marcados por los manuales internacionales de diagnóstico, tanto el manual de diagnóstico para enfermedades mentales DSM-V y el Manual de clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (Buesa & Calvete, 2013).

Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia. Una revisión

Criterio A.- Se produce cuando se tiene posible exposición a morir, sufrir lesiones graves o exponerse a violencia sexual, tanto en forma personal como hacia un familiar o amigo e incluso cuando se produce una reiterada exposición a detalles repulsivos de estos sucesos. Criterio B.- Presencia de síntomas intrusivos, así como recuerdos intrusivos; sueños angustiosos, Reacciones disociativas; malestar psicológico intenso; reacciones fisiológicas intensas (Watkins, 2021). Criterio C.- Síntomas evitativos, evitación de recuerdos; pensamiento o sentimientos asociados con el evento; evitación de recuerdos externos del suceso. Criterio D.- Síntomas cognitivos y del estado de ánimo; presencia falta de recuerdos respecto al evento; presencia de pensamientos negativos persistentes; presencia una percepción distorsionada de la causa y culpa; se nota un estado emocional negativo persistente; presenta poco interés en participar en actividades significativas; desapego o extrañamiento de los demás; Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas. Criterio E.- Síntomas de la alteración de la alerta y reactividad; comportamiento irritable y arrebatos de furia; comportamiento imprudente y autodestructivo; hipervigilancia; respuesta de sobresalto exagerada; problemas de concentración; alteración del sueño. Criterio F.- Los síntomas destacados en los criterios b, c y d debe mantener una duración de superior a un mes. Criterio G.- Malestar clínicamente significativo. Criterio H.- la alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica (Errázuriz et al., 2019; Stress et al., 2016).

Los anteriores criterios pueden ser aplicados a pacientes con edad superior a los seis años. En el caso de niños menores de 6 años es necesario tomar en cuenta otros criterios con modificaciones relacionadas a eventos traumáticos que se presenten en padres o cuidadores, pueden presentar síntomas intrusivos los cuales se pueden expresar como recreación en el juego (S, 2021). A decir del diagnóstico, se han utilizado varios instrumentos de diagnóstico, partiendo desde pruebas de gabinete, escalas de valoración, exámenes exploratorios (TAC, PET), hasta entrevistas clínicas, basados en la evidencia empírica y los manuales diagnósticos, además (Watkins, 2021).

Diagnóstico diferencial

El error que más se suele cometer a la hora de realizar el diagnóstico adecuado del trastorno de estrés postraumático, es confundirlo con alguna patología la cual presenta síntomas o características similares a la enfermedad estudiada, por lo que se debe tomar en consideración algunos aspectos al momento de realizar una adecuada evaluación diagnóstica (Campos, 2016)

Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia. Una revisión

Trastorno de estrés agudo.- Se diferencia del trastorno por estrés postraumático (TEPT) en que los síntomas que se presentan duran apenas unos 3 días a 1 mes posterior a que haya ocurrido el evento, caso contrario ocurre en el TEPT, donde los síntomas son persistentes de forma constante meses después de que se haya vivido el acontecimiento detonante (Errázuriz et al., 2019).

Trastorno de adaptación.- Se tiene que tener presente que estos trastornos, pueden ocurrir posterior a eventos de cualquier severidad, con esto se refiere a que no se necesita que el paciente u individuo haya sido protagonista de eventos o situaciones potencialmente estresantes o que estos hayan atentado directamente a su vida (Stress et al., 2016).

Trastorno depresivo mayor.- Es habitual que personas que padecen de TEPT, al mismo tiempo, manifiestan síntomas relacionados con la depresión, a pesar de esto, es de suma importancia conocer y diferenciar cuándo estamos ante un caso real de TEPT a que cuando nos presentamos a un caso en el que la persona solo este evidenciando síntomas de depresión mayor (Crespo Generelo et al., 2019). En los casos de depresión, los pacientes no suelen cumplir con el criterio en el cual la persona revive de manera muy frecuente el trauma, haciendo interferencia con su vida normal y pensamientos, además de todo esto, no suelen evitar aquellos estímulos o actividades que puedan recordarles al trauma que han padecido, caso contrario como ocurriría en el TEPT (Buesa & Calvete, 2013).

Tratamientos

En cuanto al abordaje terapéutico, se centra en tres elementos -tratamiento biológico, psicológico y social, las mismas que deben ser conjugadas y ser aplicados dependiendo las situaciones y los antecedentes que encuentre el sujeto. Existen dos enfoques básicos para el tratamiento de la TEPT, estos serían el enfoque psicológico y el farmacológico que ha demostrado ser eficaz en el tratamiento del TEPT (Garcés Narváez, 2019; Mingote Adán et al., 2019).

Terapias conductual-cognitivas (TCC)

Las TCC pueden definirse como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente. El punto de partida de esta terapia radica en el pensamiento de que toda conducta adaptada o desadaptada es aprendida y por tanto modificable mediante el aprendizaje. Por lo anterior, no se buscan los posibles conflictos o estructuras cognitivas

Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia. Una revisión

subyacentes, sino se centran en las conductas objetivas y el ambiente que les rodea (Errázuriz et al., 2019).

La TCC se basa en una serie variada de técnicas, terapias y procedimientos de intervención psicológica muy heterogéneos, que buscan tratar los problemas y trastornos psicológicos que afectan al paciente en su interrelación con el contexto, pero además pretende desarrollar y optimizar las potencialidades y habilidades de la persona, promoviendo su adaptación al entorno y mejorando su calidad de vida (Dunlop et al., 2014). Los procedimientos que buscan aliviar los síntomas del TEPT se basan en los conceptos conductuales y cognitivos de la psicología del aprendizaje (Garcés Narváez, 2019).

La TCC enseña al paciente a tener pensamientos de distinta manera en relación a sus recuerdos, de manera que dejen de ser angustiosos y se conviertan en manejables. Generalmente se basan en la relajación que le ayuda a tolerar las molestias provenientes de los hechos traumáticos. De mismo modo, cabe presentar la forma esquemática, de las técnicas de intervención potenciales, desde una perspectiva cognitivo-conductual:

Técnicas de relajación/control de la activación emocional.- Comúnmente han sido utilizadas las terapias que se vinculan con relajación de músculos, sobre todo los que aplican tensión y relajación de los mismos. En este sentido, las técnicas más utilizadas para el tratamiento de las personas que padecen este tipo de trastorno gira en torno de las técnicas de La relajación progresiva de Jacobson; el entrenamiento autógeno; La meditación; técnicas de respiración; Técnicas de Biofeedback. Todos estos utilizadas en concordancia con alguna técnica que trabaje con el evento traumático, por lo general ha sido asociado a las terapias de modificación de pensamiento como es el caso de terapias cognitivos conductuales y también con terapias de exposición (Dunlop et al., 2014).

Técnicas de reestructuración cognitiva.- Dentro del tratamiento para el TEPT las técnicas más utilizadas han sido aquella enfocada en la reestructuración cognitiva, enfocada en el cambio de pensamientos disruptivos. Aunque existe alguna controversia en cuanto a la utilización única de estas técnicas, se ha demostrado que su eficacia es mucho mayor cuando es combinada con otras técnicas complementarias, incluso con tratamiento dual psicofarmacológico. Para el TEPT es la técnica más utilizada y de mayor escogencia por parte de los terapeutas y pacientes al momento de tratar la patología. Entre los modelos terapéuticos que más se aborda esta intervención se encuentran la Terapia Racional-Emotiva de Ellis; la Terapia Cognitiva de Beck; el entrenamiento en Auto

instrucciones de Meichenbaum y finalmente la Reestructuración racional sistemática de Goldfried y Goldfried (Dunlop et al., 2014; Resick et al., 2002).

Técnicas de habilidades de enfrentamiento.- Esta es otra de las técnicas con buenos resultados en cuanto a la intervención en personas con TEPT, por lo general se ha visto utilizada en modelos terapéuticos como la Inoculación de Estrés de Meichenbaum; el entrenamiento de manejo de ansiedad de Suinn y Richardson; en la desensibilización de autocontrol de Goldfried; y finalmente en el Modelado encubierto de Cautela (G, 2018; Gómez-Gutiérrez et al., 2018; Iglesias-Rios, 2018).

Terapias psicodinámicas.- Las terapias psicodinámicas centran su accionar en la resolución de los conflictos emocionales causados por el suceso traumático, especialmente los asociados a experiencias tempranas. Con la expresión de las distintas emociones y pensamientos vinculados al evento, el sujeto tiene mayor seguridad y autoestima. El objeto final es incrementar la conciencia de los conflictos intrapersonales y su resolución (Echeburúa, 2017; Shalev et al., 2017).

Hipnosis clínica.- Se ha comprobado que, en la fase inicial de la intervención, la hipnosis clínica es válida para estabilizar al paciente con la ayuda de estrategias de autocontrol emocional, control del estrés y de la activación mediante sencillas técnicas de autohipnosis. En una fase posterior, diversas técnicas pueden ser utilizadas para la integración y resolución de recuerdos traumáticos. Por otra parte, la hipnosis se puede utilizar como estrategia para poder acceder a recuerdos dolorosos y traumáticos que podrían influir en el estado presente del sujeto (Tellez, 2016).

Terapia de procesamiento cognitivo (CPT)

CPT es un tipo específico de terapia cognitivo-conductual que ayuda a los pacientes a aprender cómo modificar y desafiar creencias inútiles relacionadas con el trauma. La terapia de procesamiento cognitivo (TPC) es un tipo específico de terapia cognitivo-conductual que ha sido eficaz para reducir los síntomas del TEPT que se han desarrollado después de experimentar una variedad de eventos traumáticos que incluyen abuso infantil, combate, violación y desastres naturales. El CPT generalmente se administra en 12 sesiones y ayuda a los pacientes a aprender cómo desafiar y modificar creencias inútiles relacionadas con el trauma. Al hacerlo, el paciente crea una nueva comprensión y conceptualización del evento traumático para que reduzca sus efectos negativos continuos en la vida actual. Este tratamiento se recomienda encarecidamente para el tratamiento del PTSD (Church et al., 2018).

Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia. Una revisión

Terapias de exposición.- La terapia de exposición, principalmente la denominada exposición prolongada o de inundación, se fundamenta en la ruptura de patrones tomando en cuenta que la exposición continuada rompe la asociación entre el estímulo y la respuesta emocional condicionada, lo que provoca la disminución de la respuesta y la consecuente extinción por exposición repetida (H, 2017; Kessler et al., 2017). Existen algunas técnicas que se desprenden de esta terapia y que han sido utilizadas por varios profesionales de la salud frente al TEPT. Entre ellas se encuentran:

Desensibilización sistemática (DS).- En su momento fue una de las técnicas pioneras para el tratamiento de las fobias, siendo caso contrario en la actualidad, la cual dejó de ser muy usada, y esta consiste básicamente en la exposición del paciente al estímulo fóbico, con lo cual se obtiene una disminución en la respuesta de ansiedad, a pesar de obtener muy buenos resultados clínicos, los principios del mecanismo de esta terapia han sido fuertemente criticados por obvias razones, haciendo que su uso y popularidad disminuyeran (Lancaster et al., 2016).

Exposición prolongada (EP).-Este programa posee una duración de entre 8 a 15 sesiones de 90 a 120 minutos de duración, el componente principal de la terapia de exposición prolongada es la exposición imaginal, la cual por medio de diversos mecanismos promueve la recuperación del paciente con TEPT, esto se sintetiza que cuando la persona revisa los recuerdos del trauma a manera prolongada y repetida, se promoverá la habituación, de esta forma permite incorporar información incompatible con sus expectativas al lograr experimentar que la ansiedad posee una intensidad y duración limitada, y esto a su vez le permite recordar que esta no presenta ningún peligro alguno, otra fase es que la exposición imaginal permite bloquear el reforzamiento negativo, el cual se da por consecuencia de querer evitar pensamientos y emociones relacionadas al trauma, de esta forma en general el paciente aprende a diferenciar entre recordar el trauma (presente) y estar en el momento del mismo (pasado), por lo que a consecuencia su malestar del recuerdo disminuye (Campos, 2016; Stress et al., 2016; Tellez, 2016).

Desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular (DRMO).- Esta técnica se ha utilizado de forma amplia en eventos traumáticos, la cual hace énfasis en la forma como se logran almacenar los recuerdos en el cerebro y cómo se procesa dicha información, algunos procedimientos básicos que se encuentran dentro de esta técnica son la evocación de un recuerdo traumático, con la posterior desensibilización y la reestructuración del mismo, la cual se realiza cuando el terapeuta coloca un objeto, puede ser un bolígrafo, a más o menos un metro de distancia, de frente al rostro del paciente,

y se le pide al paciente que lo siga con la mirada sin mover la cabeza, de esta forma el terapeuta comienza a mover el objeto de forma rápida desde un lado a otro, pidiendo de forma simultánea al paciente que recuerde y a su vez que narre el evento traumático (Tellez, 2016).

Psicoterapia ecléctica breve (BEP)

La psicoterapia ecléctica breve es un enfoque específico que combina elementos de la terapia cognitivo-conductual con un enfoque psicodinámico. Se enfoca en cambiar las emociones de vergüenza y culpa y enfatiza la relación entre el paciente y el terapeuta.

La psicoterapia ecléctica breve para el PTSD tiene como objetivo cambiar los pensamientos y sentimientos dolorosos que son el resultado de un evento traumático. Si bien incorpora muchos elementos que se encuentran en la terapia cognitivo-conductual para el PTSD, BEP también incorpora un enfoque psicodinámico con énfasis en las emociones de vergüenza y culpa y la relación entre el paciente y el terapeuta. El tratamiento consta de 16 sesiones individuales, cada una de las cuales dura entre 45 minutos y una hora. Como ocurre con gran parte de la psicoterapia, las sesiones generalmente se programan una vez por semana. Cada una de las 16 sesiones tiene un objetivo específico. Esta intervención está destinada a personas que han experimentado un solo evento traumático (Church et al., 2018; Dunlop et al., 2014; Gómez-Gutiérrez et al., 2018; Lancaster et al., 2016).

Terapia de exposición narrativa (NET)

Este tratamiento es otro de los más adecuados para ayudar a las personas que tienen TEPT. Esta terapia se centra en establecer una narrativa de vida coherente en la que contextualizar las experiencias traumáticas. La terapia de exposición narrativa es un tratamiento para los trastornos traumáticos, particularmente en personas que padecen un trauma complejo y múltiple. Se ha utilizado con mayor frecuencia en entornos comunitarios y con personas que experimentaron traumas como resultado de fuerzas políticas, culturales o sociales. A menudo, grupos pequeños de personas reciben de cuatro a 10 sesiones de NET juntas, aunque también se puede proporcionar individualmente. Se entiende que la historia que una persona se cuenta a sí misma sobre su vida influye en cómo la persona percibe sus experiencias y bienestar (Atwoli et al., 2015; Sáenz Herrero, 2015; Villamor, 2015).

Tratamiento farmacológico

Los medicamentos condicionalmente recomendados para el tratamiento del TEPT son sertralina, paroxetina, fluoxetina y venlafaxina. Cada paciente varía en su respuesta y capacidad para tolerar un medicamento y una dosis específicas, por lo que los medicamentos deben adaptarse a las necesidades individuales. La base de evidencia actual para la psicofarmacología del TEPT es más sólida para los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): sertralina, paroxetina y fluoxetina, así como para el inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina-noradrenalina (IRSN) venlafaxina. Actualmente, solo la sertralina (Zoloft) y la paroxetina (Paxil) están aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para el TEPT (Dunlop et al., 2014; Gupta, 2014).

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. - El neurotransmisor serotonina tiene un papel bien reconocido en la experiencia de los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad. Los ISRS pueden modular la actividad de este neurotransmisor tanto en el sistema nervioso central como en el periférico. Los ISRS sertralina y paroxetina son los únicos medicamentos aprobados por la FDA para el TEPT. Si bien los ISRS suelen ser la primera clase de medicamentos utilizados en el tratamiento del TEPT, pueden ocurrir excepciones para los pacientes en función de sus antecedentes individuales de efectos secundarios, respuesta, comorbilidades y efectos personales (Anonymous, 2019).

Ejemplos de una excepción serían en pacientes con TEPT y trastorno bipolar concurrente en el que un antidepresivo podría causar inestabilidad del estado de ánimo que podría mitigarse con un medicamento estabilizador del estado de ánimo (como litio o un medicamento antiepiléptico) antes de recetar un ISRS. Así también en pacientes con disfunción sexual intolerable o efectos secundarios gastrointestinales debido a los efectos del aumento de los niveles de serotonina en el sistema nervioso periférico (15).

Cada paciente varía en su respuesta y capacidad para tolerar un medicamento y una dosis específicas, por lo que los medicamentos deben adaptarse a las necesidades individuales. Las investigaciones indican que el beneficio máximo del tratamiento con ISRS depende de las dosis adecuadas y la duración del tratamiento. Asegurar la adherencia al tratamiento es clave para una farmacoterapia exitosa para el PTSD. Algunos rangos de dosis típicos para medicamentos estarían ligados a dosis bajas, como por ejemplo la Sertralina (Zoloft): 50 mg a 200 mg al día; la Paroxetina (Paxil): 20 a 60 mg al día; y la Fluoxetina (Prozac): 20 mg a 60 mg al día (34).

Otros antidepressivos para el TEPT.- Los antidepressivos que afectan el equilibrio de la neurotransmisión serotoninérgica y noradrenérgica, o que alteran la neurotransmisión de serotonina a través de otros mecanismos de acción, también son útiles en el TEPT. La venlafaxina actúa principalmente como inhibidor de la recaptación de serotonina en dosis más bajas y como inhibidor combinado de la recaptación de serotonina y norepinefrina en dosis más altas. También es un tratamiento recomendado condicionalmente para el PTSD. Un rango de dosificación típico es Venlafaxina (Effexor) 75mg a 300 mg al día (Errázuriz et al., 2019).

Se ha probado con éxito también el tratamiento con inhibidores de la reabsorción de serotonina pues permite el control de pensamientos intrusos y controla los impulsos, tales como la fluoxetina, la fluvoxamina y la sertralina (Dunlop et al., 2014). Finalmente, también se ha logrado buenos resultados con fármacos estabilizadores del estado de ánimo que habitualmente se emplean en el tratamiento del trastorno bipolar, debido a las frecuentes explosiones de cólera, impulsividad e irritabilidad.

Conclusiones

Las mujeres que sufrieron agresión física, sexual y psicológica como factor predisponente a padecer de TEPT tienen una incidencia mayor a aquellos casos que estuvieron expuestos a asaltos, accidentes automovilísticos, terroristas, tortura y acoso laboral. Se pudo notar que estas víctimas presentan la misma sintomatología en reviviscencia, evitación, hipervigilancia, estado cognitivo y de ánimo que en casos de TEPT por otra causa que no sea la violencia; sin embargo, todo el cuadro clínico se presenta debido a las conductas amenazantes y el miedo que se instaura en las mujeres ante el temor a más violencia.

Referencias

1. Anonymous. (2019). Principales diferencias farmacodinámicas y afinidad sobre los receptores entre los inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina: implicaciones clínicas en el manejo del dolor neuropático. *Revista de La Sociedad Española Del Dolor*, 26(2), 131–133. <https://doi.org/10.20986/resed.2017.3697/2017>
2. Atwoli, L., Stein, D. J., Koenen, K. C., & McLaughlin, K. A. (2015). Epidemiology of posttraumatic stress disorder: Prevalence, correlates and consequences. In *Current Opinion in*

Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia. Una revisión

- Psychiatry (Vol. 28, Issue 4, pp. 307–311). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000167>
3. Bermúdez Durán, L. V., Barrantes Martínez, M. M., & Bonilla Álvarez, G. (2020). Trastorno por estrés postrauma. *Revista Medica Sinergia*, 5(9), e568. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i9.568>
 4. Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2013, Issue 12). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub4>
 5. Buesa, S., & Calvete, E. (2013). Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(1), 31–45.
 6. Campos, M. R. (2016). Trastorno de estrés postraumático. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXII*, 619, 233–240.
 7. Carbonell, C. G. (2002). Trastorno por estrés postraumático: Clínica y psicoterapia. In *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* (Vol. 40, Issue SUPPL. 2, pp. 69–75). Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272002000600006>
 8. Carvajal, C. (2002). Neurobiological basis and pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder. In *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* (Vol. 40, Issue SUPPL. 2, pp. 48–68). Sociedad de Neurología Psiquiatría y Neurocirugía. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272002000600005>
 9. Casado-Blanco, M., & Castellano-Arroyo, M. (2013). Posttraumatic stress disorder in medical-legal practice. In *Revista Espanola de Medicina Legal* (Vol. 39, Issue 1, pp. 12–18). Ediciones Doyma, S.L. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2012.10.004>
 10. Church, D., Stapleton, P., Mollon, P., Feinstein, D., Boath, E., Mackay, D., & Sims, R. (2018). Guidelines for the Treatment of PTSD Using Clinical EFT (Emotional Freedom Techniques). *Healthcare*, 6(4), 146. <https://doi.org/10.3390/healthcare6040146>
 11. Crespo Generelo, T., Camarillo Gutiérrez, L., & De Diego Ruiz, H. (2019). Trastorno por estrés agudo y postraumático. *Dialnet*, 12(84), 4918–4928. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7054136>

Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia. Una revisión

12. CRESPO, M., & GOMEZ, M. M. (2012). La Evaluación del Estrés Postraumático: Presentación de la Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP). *Clínica y Salud*, 23(1), 25–41. <https://doi.org/10.5093/cl2012a4>
13. Dunlop, B. W., Kaye, J. L., Youngner, C., & Rothbaum, B. (2014). Assessing treatment-resistant posttraumatic stress disorder: The emory treatment resistance interview for PTSD (E-TRIP). *Behavioral Sciences*, 4(4), 511–527. <https://doi.org/10.3390/bs4040511>
14. Echeburúa, E. (2017). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: Versión forense (EGS-F). *Anuario de Psicología Jurídica*, 27(1), 67. <http://mendeley.csuc.cat/fitxers/25eff4904b3c25f1da320ce860e88690>
15. Errázuriz, P., Fischer, C., Behn, A., & Letelier, C. (2019). Orientaciones Prácticas para Psicoterapeutas que Atienden a Pacientes con TEPT Después de un Desastre Natural. *PSYKHE*, 28(1), 1–13. <https://doi.org/https://doi.org/10.7764/psykhe.28.1.1218> Copyright
16. G, V. (2018). Coping strategies in women victims of gender violence and their relation with PTSD. *Vertex (Buenos Aires, Argentina)*, 29(138), 85. <http://mendeley.csuc.cat/fitxers/cb59dfa34c920493dc5154cdd487fc96>
17. Garcés Narváez, F. P. (2019). Violencia intrafamiliar y trastornos psicológicos en mujeres violentadas [Universidad Nacional de Chimborazo,2020]. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/6469>
18. Gilbar, O. (2021). The effects of gender role conflict restricted emotionality on the association between exposure to trauma, posttraumatic stress disorder and intimate partner violence severity. *Psychology of Men*, 22(1), 88. <http://mendeley.csuc.cat/fitxers/49aa89b03f55f4668b428cbdbb4465d>
19. Gómez-Gutiérrez, M., Chaparro-Morillo, G., Martín-De-Francisco, C., & Crespo, M. (2018). Cognitive-behavior treatment in a case of post traumatic stress after a train accident. Therapeutic success or avoidance? *Clinica y Salud*, 29(2), 101–104. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a15>
20. Gómez, J. M. (2021). Gendered Sexual Violence: Betrayal Trauma, Dissociation, and PTSD in Diverse College Students. *Journal of Aggression, Maltreatment*, 30(5), 625. <http://mendeley.csuc.cat/fitxers/49822ef57efae91de0dbb070a57b4dc5>

21. Gupta, J. (2014). Associations between Exposure to Intimate Partner Violence, Armed Conflict, and Probable PTSD among Women in Rural Côte d'Ivoire. *PLoS ONE*, 9(5), 1. <http://mendeley.csuc.cat/fitxers/531c19894ffec1ae5b40652cf0124e04>
22. H, S.-H. (2017). Care in post-traumatic syndrome due to gender violence: a case report. *Enfermeria Clinica*, 27(4), 256. <http://mendeley.csuc.cat/fitxers/e15a540b1f5f1d2b3ea612f2bbcb590c>
23. Hanson, R. F. (2008). Relations among gender, violence exposure, and mental health: The national survey of adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(3), 313. <http://mendeley.csuc.cat/fitxers/e8fb5da3536f4b8b46c6d0b2aba2fb40>
24. Iglesias-Rios, L. (2018). Mental health, violence and psychological coercion among female and male trafficking survivors in the greater Mekong sub-region: A cross-sectional study. *BMC Psychology*, 6. <http://mendeley.csuc.cat/fitxers/05e609dad6a5b8b69ae3a22d7d6c4819>
25. Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J. P., Levinson, D., ... Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. In *European Journal of Psychotraumatology* (Vol. 8). Taylor and Francis Ltd. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
26. Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048–1060. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>
27. Lancaster, C., Teeters, J., Gros, D., & Back, S. (2016). Posttraumatic Stress Disorder: Overview of Evidence-Based Assessment and Treatment. *Journal of Clinical Medicine*, 5(11), 105. <https://doi.org/10.3390/jcm5110105>
28. Londborg, P. D., Hegel, M. T., Goldstein, S., Goldstein, D., Himmelhoch, J. M., Maddock, R., Patterson, W. M., Rausch, J., & Farfel, G. M. (2001). Sertraline treatment of posttraumatic stress disorder: Results of 24 weeks of open-label continuation treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(5), 325–331. <https://doi.org/10.4088/JCP.v62n0503>
29. Mingote Adán, J. C., Menjón Beltrán, F., & Mingote Bernad, B. (2019). Tratamiento de personas adultas con trastorno de estrés postraumático II. In *Aperturas psicoanalíticas: Revista*

Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia. Una revision

- de psicoanálisis, ISSN-e 1699-4825, No. 62, 2019 (Ejemplar dedicado a: Abordaje psicoanalítico del trauma II) (Issue 62). American Society for Aesthetics. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7224357&info=resumen&idioma=SPA>
30. Orengo, F. (2004). An integrated psychotherapy program for women suffering from post traumatic stress as a consequence of domestic and gender violence. *Psiquis*, 25(1), 16. <http://mendeley.csuc.cat/fitxers/03f91c4bb3ee93927482c4ec54919cd5>
31. Pamela Aguirre, D., Félix Cova, S., Ma. Paz Domarchi, G., Carol Garrido, C., Ivania Mundaca, L., Paulina Rincón, G., Pamela Troncoso, V., & Paulina Vidal, S. (2010). Estrés Postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 48(2), 114–122. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272010000300004>
32. Puigcerver Báguena, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático. *Psicothema*, 13(3), 479–492.
33. Purewal, J. (2000). Gender Violence, Trauma, and its Impact on Women’s Mental Health. *Indian Journal of Social Work*, 61(4), 542. <http://mendeley.csuc.cat/fitxers/6d69a33f2f2559a9b51e0c6c5a447ccd>
34. Ramírez, G., Landolt, V. V., Gargurevich, R., & Quiroz, N. (2020). Escala de trastorno de estrés post traumático del DSM-V (CAPS-5): Propiedades psicométricas en mujeres violentadas. *Revista de Divulgación Científica de La Universidad Tecnológica Indoamérica*, 9(3), 41–63. <https://doi.org/10.33210/ca.v9i3.244>
35. Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., & Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 867–879. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.4.867>
36. Rivas-Diez, R. (2012). Psychological health in Chilean women based on the history of mistreatment. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 33, 153. <http://mendeley.csuc.cat/fitxers/1cfd7a8ab4a636ea9c8dd7fb1e00ed0b>
37. S, M. (2021). A gender comparative analysis of post-traumatic stress disorder among a community-based cohort of people who use drugs in Vancouver, Canada. *Addictive*

Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia. Una revisión

- Behaviors, 115, 106793.
<http://mendeley.csuc.cat/fitxers/847d03a411e594f0293323511d045260>
38. Sáenz Herrero, M. (2015). Psychopathology in women : incorporating gender perspective into descriptive psychopathology. In Psychopathology in women: Incorporating gender perspective into descriptive psychopathology.
<http://mendeley.csuc.cat/fitxers/835de61934767bb032d51829d646736b>
39. Shalev, A., Liberzon, I., & Marmar, C. (2017). Post-Traumatic Stress Disorder. *New England Journal of Medicine*, 376(25), 2459–2469. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1612499>
40. Stress, P., Symptom, D., Egs-r, S. S., Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-tello, F. P., Muñoz, J. M., Forense, P., Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-tello, F. P., & Muñoz, J. M. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5 : propiedades psicométricas. *Terapia Psicológica*, 34.
41. Tellez, A. (2016). El Uso de la Hipnosis y el EMDR en Estrés Postraumático por Secuestro y Violación. In *Técnicas efectivas de hipnosis clínica y terapia sistémica breve: estudio de casos* (Editorial, Issue October, pp. 207–232).
42. Van Der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder. In *Psychiatric Annals* (Vol. 35, Issue 5, pp. 401–408). Slack Incorporated. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-06>
43. Villamor, A. (2015). Gender differences in post-traumatic stress disorder. *Psychopathology in Women: Incorporating Gender Perspective into Descriptive Psychopathology*.
<http://mendeley.csuc.cat/fitxers/2744493f4c215056be9c2bae3993e2b9>
44. Watkins, L. E. (2021). A Dyadic Analysis of PTSD and Psychological Partner Aggression Among U.S. Iraq and Afghanistan Veterans: The Impact of Gender and Dual-Veteran Couple Status. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(5/6), 2393.
<http://mendeley.csuc.cat/fitxers/2d2e12adcd4598cc6584705b049b081d>

©2020 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

[\(https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).