



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



**Universitat Autònoma
de Barcelona**

Tesis Doctoral

**Perfil clínico, neuropsicológico y calidad de vida en mujeres afectadas por la violencia
basada en el género, y efectividad de la Terapia EMDR**

Alexandra Yakeline Meneses Meneses

2022

Doctorat en Psicologia Clínica i de la Salut
Departament de Psicologia Clínica i de la Salut

**Perfil clínico, neuropsicológico y calidad de vida en mujeres afectadas por la violencia
basada en el género, y efectividad de la Terapia EMDR**

Trabajo presentado por Alexandra Yakeline Meneses Meneses para la obtención del título de
Doctora por la Universitat Autònoma de Barcelona

Directora:

Dra. Mercè Jodar Vicente

Tutora:

Dra. Mercè Jodar Vicente

Alexandra Yakeline Meneses Meneses

2022

Agradecimientos

A Dios, por ser siempre la luz que guía mi camino.

*A la Universidad Autónoma de Barcelona, por esta oportunidad de presentar mi investigación y
aportar a las comunidades ecuatorianas más vulnerables.*

*Al Centro de Salud Tabacundo Tipo C; y a las mujeres de la comunidad que aceptaron
participar del estudio.*

A Mercè Jodar, por su apoyo motivacional y académico para poder plasmar este trabajo.

A mi familia, quienes son mi inspiración máxima.

Declaración de compromisos éticos

La tesis presentada cumple con los requisitos de la Declaración de Helsinki (World Medical Association WMA, 2013). También, fue aprobada por el Comité de Ética e Investigación con Seres Humanos CEISH – Universidad UTE, y por el Comité de Salud del Distrito de Salud Cayambe - Pedro Moncayo, Quito, Ecuador, 2019.

Igualmente, declaramos que no existen conflictos de intereses económicos, ideológicos, o de otro tipo que pudieran influir en la presente tesis doctoral.

No ha habido fuentes de financiamiento para ninguno de los estudios que forman parte de este proyecto de investigación, por lo tanto, no existen sesgos que pudieran haber afectado la objetividad del trabajo realizado.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Presentación

La tesis se presenta en un compendio de dos estudios. El primer estudio titulado “*Clinical-neuropsychological profile and quality of life in women who have suffered gender-based violence*”. Se encuentra aceptado en la Journal of Women´s and Health, Open Access, indexada en JCR.

El segundo estudio titulado “*Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Efficacy in improving clinical, neuropsychological, and quality of life in women victims of violence*”. Se encuentra aceptado para publicación en la Journal Social Psychology Quarterly, Open Access, indexada en JCR.

Parte de los resultados de este proyecto de investigación, también han sido presentados en los siguientes eventos científicos:

Ponencias

Meneses, A., Fernandez, S., & Jodar, M. (2020). Alteraciones Neuropsicológicas, Clínicas y Calidad de Vida en Mujeres Expuestas a Violencia de Género. 21st edition of the Virtual International Congress of Psychiatry. Interpsiquis, VolXXI
<http://psiqu.com/1-10329>

Meneses, A. (2021). “Perfil clínico/psicopatológico en mujeres ecuatorianas expuestas a violencia basada en el género”. I Congreso Internacional de Investigación Dr. José Padrón Guillén. Universidad Central del Ecuador - CIJP. ISBN:978-9942-40-032.
https://drive.google.com/file/d/1p9OVK8Q_qD4leTXt9PhZni8qW0scpeR/view?usp=sharing

Comunicación oral

Meneses, A. (2020). Salud mental y calidad de vida en mujeres ecuatorianas floricultoras expuestas a violencia de género (Comunicación oral). XVI Seminario Internacional contra la Violencia de Género. Igualdad de género y violencias contra las mujeres en contextos de crisis y emergencias. Universitat Jaume I de Castelló. Actas: Eliminar obstáculos para alcanzar la igualdad n.º 9 | 2020 | ISSN: 1885-3811. <http://isonomia.uji.es/xvi-seminario-estatal-contra-la-violencia-de-genero/>

Posters

Meneses, A. (2020). Valoración de la capacidad atencional en mujeres expuestas a violencia de género (E- Póster). XIV Congreso Colombiano de Neurología. Medellín, Colombia:ACN.

<https://drive.google.com/file/d/1asLyTYkQaf0Cn3GTrYNBZ30vxhTCohlw/view?usp=sharing>

Meneses, A., Fernandez, S., Jodar, M. (2021). Perfil Neuropsicológico en mujeres ecuatorianas expuestas a violencia de género. Revista Iberoamericana de Neuropsicología, 4 (2): 191-285.

<https://neuropsychologylearning.com/wp-content/uploads/pdf/pdf-revista-vol4/vol4-n2IVcongreso-2021.pdf>

Meneses, A. (2022). E-póster. Eficacia de EMDR en la mejora de alteraciones neuropsicológicas en mujeres expuestas a violencia basada en el género. XV Congreso Colombiano de Neurología, del 17 al 20 de marzo del 2022.

<https://drive.google.com/file/d/17JgScUxLARmg3mBEQ3jXIIYfG4INxR5/view?usp=sharing>

La tesis está estructurada en 8 capítulos, siguiendo un orden lógico:

En primer lugar, se presenta la introducción que establece el marco teórico que justifica el porqué de esta investigación, basándolo en el contexto actual sobre estudios de la violencia contra la mujer. Consta de 4 subapartados principales que abordan la temática de violencia, describiendo las dimensiones cognitivas, psicoafectiva y social que puedan estar afectadas a causa de los efectos de la violencia. Además, se explora la efectividad que ha mostrado la terapia EMDR, como modelo psicoterapéutico recomendado por la OMS (2013), frente a otros modelos terapéuticos convencionales como la Terapia de Exposición Narrativa, aplicados en la intervención de mujeres víctimas de violencia.

A continuación, se describen los objetivos e hipótesis, indicando el cumplimiento de cada objetivo general y específicos en los estudios 1 y 2. En cuanto al método, dado que tanto el estudio 1 y 2 presenta el método empleado, en este apartado, se hace una descripción breve de la metodología que se siguió en el diseño de cada estudio.

Posteriormente, se presentan los resultados generales. En este apartado se mostrarán los resultados obtenidos en el estudio 1 y 2. Además, se considerarán datos adicionales del estudio general. Luego, se describe la discusión de los resultados encontrados en la investigación y las conclusiones generales que se desprenden del estudio 1 y 2. Por último, se detallan las referencias y se aportan los anexos con los artículos aceptados para publicación.

Índice

Presentación.....	vi
Resumen	xiii
CAPÍTULO 1	1
1.1. La violencia contra la mujer, conceptualización.....	3
1.2. Epidemiología de la violencia contra la mujer, una mirada global	6
1.3. Efectos de la violencia en la salud de las mujeres expuestas	7
1.3.1 Trastornos psicopatológicos en las mujeres expuestas a violencia	8
1.3.2 Secuelas neuropsicológicas reveladas en las mujeres víctimas de violencia.....	11
1.3.3 Calidad de vida en mujeres expuesta a la violencia basada en el género	14
1.4 Terapia de Exposición Narrativa.....	16
1.4.1 Principios Teóricos de la NET	17
1.5 Modelo Psicoterapéutico de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares EMDR	18
1.5.1 Protocolo estándar de EMDR, conceptos básicos	19
1.5.2 Técnicas y estrategias metodológicas en la aplicación del EMDR.....	22
CAPÍTULO 2	24
JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS	24
2.1 Cuestiones de investigación pendientes de resolver.....	25
2.2. Limitaciones metodológicas de la literatura anterior.....	25
2.3. Aportaciones metodológicas de esta tesis doctoral.....	26
CAPÍTULO 3	27
OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	27
3.1 Objetivos e Hipótesis del Estudio 1	28
3.2 Objetivos e Hipótesis del Estudio 2	29
CAPÍTULO 4	31
METODOLOGÍA	31
4.1 Diseño	32
4.2 Participantes.....	32
4.3 Instrumentos.....	33
4.4 Procedimiento.....	36
CAPÍTULO 5	40
RESULTADOS GENERALES	40
5.1 Resultados Estudio 1	41
5.1.1 Análisis de resultados principales obtenidos en el estudio 1, acorde a objetivos planteados.....	43
5.2 Resultados Estudio 2.....	50
5.2.1 Análisis de resultados principales obtenidos en el estudio 2, acorde a objetivos planteados	52
CAPÍTULO 6	57
DISCUSIÓN GENERAL	57
6.1 Perfil clínico, neuropsicológico y calidad de vida, de las mujeres expuestas a violencia basada en el género.	58
6.2 Relación entre las variables clínicas, neuropsicológicas, calidad de vida y sociodemográficas	61
6.3 Efectividad de las intervenciones terapéuticas aplicadas.....	62
CAPÍTULO 7	68
CONCLUSIONES	68

Lista de Abreviaciones

AIS: Annual testing of Automatic Identification System

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test

BAT-L: Boston Assessment of Traumatic Brain Injury- Lifetime

BDI-II: Beck Depression Inventory-II

BHS: Beck Hopelessness Scale

C-AAS: Chinese Abuse Assessment Screen

CAPS: Clinician Administered PTSD Scale

CAS: Composite Abuse Scale

CDS: Self-perceived cognitive dysfunction

CES-D-10: The Center for Epidemiological Studies–Depression

CTQ: Childhood Trauma Questionnaire

CTS-2: Conflict Tactics Scales

CTS-2: The Revised Conflict Tactics Scale

DASS-21: Depression Anxiety Stress Scale

DHS: Demographic and Health Survey's

DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, quinta edición.

EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing

ENVIGMU: Encuesta Nacional sobre relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres

GAD: Generalized Anxiety Disorder Scale

GAD-7: Generalized anxiety disorder 7-item scale

GHQ 12: General Health Questionnaire

GSES: General Self-Efficacy Scale

HARK: Humiliate/Afraid/Rape/Kick tool

HRQoL: Health-related quality of life

HTQ: Harvard trauma questionnaire

IES-R: Impact of Event Scale-Revised

IES-R: Impact of Event Scale-Revised

ISI: Insomnia Severity Index

K10: Kessler psychological distress scale

LASC: Los Angeles Symptom Checklist

LEC: Life Events Checklist

MHI-5: Mental Health Inventory

MPQ-SF: McGill Pain Questionnaire–Short Form

MST: Military sexual trauma

NET: Therapy Exposure Narrative

NSESSS: National Stressful Events Survey PTSD Short Scale

OMS: Organización Mundial de la Salud

ORI-SF: Obsessive Relational Intrusion Scale–Short Form

PCL-5: Posttraumatic stress Disorder Checklist for DSM-5

PDS: Posttraumatic Stress Diagnostic Scale

PHQ-15: Patient Health Questionnaire

PHQ-9: Patient health questionnaire

PMWI: Psychological Maltreatment of Women Inventory

PROMIS: Patient-Reported Outcome Measurement Information

PTCI: Posttraumatic Cognitions Inventory

QOL: Quality of Life

RAST: Rape Aftermath Symptom Test

RBANS: Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological

RSES: Self-Esteem Scale

SCID-5: Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders

SCL-10: The Symptom Checklist–10

SCS: Self-Compassion Scale

SF-12: Short Form 12- Health Survey

SF-36 V2: Cuestionario de Salud

SF-36: Short-form 36- Health Survey

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

SRQ: Self-Regulation Questionnaire

STAI: State-Trait Anxiety Inventory

TCE: Traumatismo Cráneo-encefálico

TEPT: Trastorno de estrés postraumático

THC: Trauma History Checklist

VATBIST: Veterans Affairs Traumatic Brain Injury screening tool

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

WAST: Woman Abuse Screening Tool

WHOQOL: World Health Organization Quality of Life

Resumen

Introducción

La violencia contra la mujer es un problema de salud pública que afecta a 1 de cada 3 mujeres en el mundo, según datos de la Organización Mundial de la Salud. El impacto de la violencia en la salud física, mental y sexual es uno de los problemas que más preocupa principalmente en los países en vías de desarrollo, en donde el factor sociodemográfico aumenta la gravedad de los síntomas clínicos y la calidad de vida de las mujeres sobrevivientes de la violencia.

Objetivo

Valorar el perfil clínico, neuropsicológico y calidad de vida en las mujeres ecuatorianas expuestas a violencia de género, y la efectividad de la terapia EMDR.

Método

Se incluyeron mujeres entre 18 a 50 años, con antecedentes de violencia basada en el género, de tipo física, psicológica y sexual. Mediante muestreo probabilístico se seleccionó la muestra (n= 120) mujeres participantes, quienes fueron incluidas, de forma aleatoria a un programa de tratamiento terapéutico con EMDR, o bien en un tratamiento con terapia de exposición narrativa. Se utilizó el diseño pre – post, el cual incluyó una batería de test clínicos y neuropsicológicos. Las diferencias entre grupos se analizaron mediante pruebas paramétricas y no paramétricas. La relación entre variables clínicas, cognitivas y la influencia de las variables sociodemográficas se exploraron mediante regresiones lineales/logísticas.

Resultados

La mayoría de mujeres expuestas a violencia mostraron un perfil clínico afectado. Los síntomas con mayor nivel de intensidad fueron la ansiedad (60%), depresión (26,7%), sintomatología postraumática (40%), y un bajo índice de calidad de vida (51,7%). Asimismo, las mujeres

mostraron un rendimiento en las pruebas neuropsicológicas por debajo de la media general ($z < 1,5$), principalmente en las pruebas que valoran la memoria, (-1,67), velocidad de procesamiento y las funciones ejecutivas (-1,81). Se observaron diferencias significativas entre las variables sociodemográficas y clínicas. Las mujeres expuestas a violencia sexual, reportaron mayores niveles de estrés postraumático, respecto a las mujeres expuestas a violencia física y psicológica ($p = 0,003$). En cambio, las mujeres que viven actualmente con su pareja sentimental reportaron mayores niveles de ansiedad clínica ($p = 0,012$).

Respecto al tratamiento psicoterapéutico empleado, EMDR, se mostró más eficaz comprobando las diferencias encontradas entre el pre y postratamiento en la disminución de la ansiedad clínica ($p = 0,000$); depresión clínica ($p = 0,001$); sintomatología postraumática ($p = 0,002$) y un aumento en el índice de calidad de vida ($p = 0,000$). También, se observaron diferencias en la mejora de las funciones cognitivas relacionada con factores sociodemográficos.

Conclusiones

Los niveles de ansiedad, sintomatología postraumática y bajo índice de calidad de vida mostraron afectación clínica moderada en la mayoría de mujeres expuestas a violencia basada en el género.

Las pruebas de velocidad de procesamiento y función ejecutiva fueron el menor rendimiento reportaron en las mujeres expuestas a violencia que participaron del estudio ($< 1,5$).

También, se comprobó que únicamente la variable años de escolaridad mostró relación con el rendimiento neuropsicológico reportado, a más años de escolaridad mejor rendimiento neuropsicológico.

El tratamiento con la terapia EMDR mostró mayor efectividad comparado con la Terapia de Exposición Narrativa, para reducir la sintomatología clínica y aumentar el índice de calidad de

vida de las mujeres afectadas por la violencia. Además, el tratamiento con EMDR contribuyó a una mejora en el rendimiento cognitivo, principalmente en las funciones de orden ejecutivas.

Palabras Clave: Violencia de género, Neuropsicología, funciones cognitivas, Psicopatología, Terapia EMDR, Terapia NET.

Abstract

Introduction

Violence against women is a public health problem that affects 1 in 3 women in the world, according to data from the World Health Organization. The impact of violence on physical, mental and sexual health is one of the problems of greatest concern, mainly in developing countries, where the sociodemographic factor increases the severity of clinical symptoms and the quality of life of women survivors of violence.

Objective

To evaluate the clinical, neuropsychological profile and quality of life in Ecuadorian women exposed to gender-based violence, and the effectiveness of EMDR therapy.

Method

It included women between 18 and 50 years old, with a history of gender-based, physical, psychological and sexual violence. Through probabilistic sampling, the sample (n= 120) participating women was selected, who were randomly included in a therapeutic treatment program with EMDR, or in a treatment with narrative exposure therapy. The pre-post design was used, which included a battery of clinical and neuropsychological tests. Differences between groups were analyzed using parametric and nonparametric tests.

The relationship between clinical and cognitive variables and the influence of sociodemographic variables were explored using linear/logistic regressions.

Results

The majority of women exposed to violence showed an affected clinical profile. The symptoms with the highest level of intensity were anxiety (60%), depression (26.7%), post-traumatic symptomatology (40%), and a low quality of life index (51.7%). Likewise, the women showed a

performance in the neuropsychological tests below the general average ($z < 1.5$), mainly in the tests that access memory (-1.67), processing speed and executive functions (- 1.81). Significant differences were observed between sociodemographic and clinical variables. Women exposed to sexual violence reported higher levels of post-traumatic stress than women exposed to physical and psychological violence ($p = 0.003$). In contrast, women who currently live with their partner reported higher levels of clinical anxiety ($p = 0.012$).

Regarding the psychotherapeutic treatment used, EMDR, it was shown to be more effective, verifying the differences found between pre- and post-treatment in the reduction of clinical anxiety ($p = 0.000$); clinical depression ($p = 0.001$); post-traumatic symptoms ($p = 0.002$) and an increase in the quality of life index ($p = 0.000$). Also, differences were observed in the improvement of cognitive functions related to sociodemographic factors.

Conclusions

The levels of anxiety, post-traumatic symptomatology and low quality of life index showed moderate clinical affectation in the majority of women exposed to gender-based violence.

Processing speed and executive function tests were the lowest performance reported in women exposed to violence who participated in the study (< 1.5).

Also, it was found that only the variable years of schooling showed a relationship with the reported neuropsychological performance, with more years of schooling, better neuropsychological performance.

Treatment with EMDR therapy showed greater effectiveness compared to Narrative Exposure Therapy, to reduce clinical symptoms and increase the quality of life index of women affected by violence. In addition, EMDR treatment contributed to an improvement in cognitive performance, mainly in executive order functions.

Keywords: *Gender-based violence, Neuropsychology, cognitive functions, Psychopathology, EMDR Therapy, NET Therapy.*

CAPÍTULO 1
INTRODUCCIÓN

Los datos sobre la incidencia de la violencia en contra de las mujeres en el mundo siguen siendo alarmante, 1 de cada 3 mujeres en el mundo es sometida a violencia de tipo física, psicológica y sexual, vulnerando sus derechos y disminuyendo su calidad de vida; por lo cual, la violencia no sólo representa un problema social, sino un problema de salud pública (WHA, 1996; OMS, 2021). En este contexto, nos preguntamos ¿Qué aspectos se están considerando respecto a los protocolos de evaluación del daño en la salud física, mental y social de las mujeres víctimas, y qué modelos terapéuticos se están aplicando para el abordaje, la rehabilitación y la potenciación del bienestar de las mujeres víctimas de violencia?

Es en esta pregunta que se fundamenta nuestra tesis, la cual busca profundizar las dimensiones que mayor afectación han mostrado para la salud de las mujeres sobrevivientes de la violencia, y posteriormente plantear el modelo terapéutico más adecuado para su intervención. Considerando, que pese a los esfuerzos que han hecho la OMS (2013) en promover planes, programas y proyectos encaminados a la prevención y erradicación de la violencia contra la mujer en el mundo, el problema de la violencia contra la mujer sigue siendo omnipresente y devastadora (OMS, 2021).

Ecuador, es un país que ha reportado datos alarmantes sobre la violencia basada en el género. La última Encuesta Nacional sobre relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres ENVIGMU reportó “que el 64, 9% de mujeres ecuatorianas mayores de 15 años han sido víctimas de violencia, de tipo física, psicológica, sexual o patrimonial durante el transcurso de su vida” (INEC, 2019).

Por otra parte, existen hallazgos previos que han mostrado cómo la violencia contra la mujer afecta su salud en distintas dimensiones, física, sexual, cognitiva, afectiva, funcional y social (Jennings et al., 2020; Das & Basu Roy, 2020; Tullio et al., 2021; Edeby & San Sebastián). Muchos

profesionales de la salud mental que deben intervenir, rehabilitar y acompañar a las mujeres que llegan a la consulta afectadas por la violencia, se preguntan si existen diferencias importantes en cómo afecta el tipo de violencia en la salud mental de las mujeres violentadas; y si influyen las variables sociodemográficas, socioeconómicas y socioculturales en el grado de daño psíquico ocasionado a las víctimas. Esta tesis pretende responder a algunos de estos interrogantes.

La OMS (2013), avaló varios modelos terapéuticos para el abordaje de las víctimas de violencia, entre ellos ha sugerido la terapia con EMDR, sin embargo, pocos centros de salud mental ecuatorianos han incluido esta modalidad terapéutica para las mujeres que solicitan tratamiento por sufrir el impacto traumático de la violencia.

Consideramos que los aspectos abordados en esta tesis doctoral tienen implicaciones muy relevantes. En primer lugar, en concientizar sobre la necesidad de generar protocolos para una adecuada evaluación del daño en la salud de las víctimas. Segundo, en utilizar enfoques terapéuticos multidisciplinarios eficaces que contribuyan a la salud, bienestar y disminuyan en las mujeres que han sido violentadas, el riesgo de volver al círculo de violencia. Por último, qué importante sería contribuir con nuestros hallazgos en temas de violencia contra la mujer, a que las instituciones internacionales, quienes son los responsables de promocionar políticas públicas con carácter preventivo y de erradicación de la violencia, puedan llegar a ser más exitosos.

1.1. La violencia contra la mujer, conceptualización

La violencia de género es definida como “actos dañinos dirigidos contra una persona o un grupo de personas debido a su género” Su génesis siempre ha girado en términos de la desigualdad de género, el abuso de poder y aspectos culturales (UNWOMEN, 2015a). Este concepto se ha utilizado para evidenciar los contrastes estructurales de poder basadas en el género, que sitúan a las mujeres y niñas en situación de riesgo frente a múltiples formas de violencia. La violencia de

género se define como “todo acto de violencia basado en el género que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o mental para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada” (UNWOMEN, 2015b).

De acuerdo con la Ley Orgánica Integral Penal para la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres del Ecuador (2018) “la violencia física, psicológica y sexual consisten en: a) **Violencia física.** Es todo acto u omisión que produzca o pudiese producir daño o sufrimiento físico, dolor o muerte, así como cualquier otra forma de maltrato o agresión, castigos corporales, que afecte la integridad física, provocando o no lesiones, ya sean internas, externas o ambas, esto como resultado del uso de la fuerza o de cualquier objeto que se utilice con la intencionalidad de causar daño y de sus consecuencias, sin consideración del tiempo que se requiera para su recuperación. b) **Violencia psicológica.** Cualquier acción, omisión o patrón de conducta dirigido a causar daño emocional, disminuir la autoestima, afectar la honra, provocar descrédito, menospreciar la dignidad personal, perturbar, degradar la identidad cultural, expresiones de identidad juvenil o controlar la conducta, el comportamiento, las creencias o las decisiones de una mujer, mediante la humillación, intimidación, encierros, aislamiento, tratamientos forzados o cualquier otro acto que afecte su estabilidad psicológica y emocional. c) **Violencia sexual.** Es toda acción que implique la vulneración o restricción del derecho a la integridad sexual y a decidir voluntariamente sobre su vida sexual y reproductiva, a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza e intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares y de parentesco, exista o no convivencia, la transmisión intencional de infecciones de transmisión sexual (ITS), así como la prostitución forzada, la trata con fines de explotación sexual, el abuso o acoso sexual, la esterilización forzada y otras prácticas análogas”.

Otras consideraciones internacionales como el National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, describe dentro de los tipos de violencia, otras categorías en que las se describen y accionan la violencia contra la mujer (Breiding et al., 2015) (Tabla 1).

Tabla 1. Tipos de violencia contra la mujer			
Violencia física	Violencia sexual	Acosar	Violencia psicológica
Arañazos Empujones Lanzamiento Agarrones Mordidas Asfixia Sacudida Tirón del pelo Puñetazos Golpes Incendiar Uso de arma Uso de restricciones o tamaño / fuerza corporal	<p>Violación sexual con penetración forzada completa o intentada en la víctima</p> <p>Actos sexuales facilitados por alcohol /drogas</p> <p>Obligar a la víctima a participar en actos sexuales con alguien</p> <p>Presión verbal o mediante intimidación, abuso de autoridad para que la víctima ceda o de su consentimiento</p> <p>Contacto sexual no deseado</p> <p>Experiencias sexuales no deseadas (enviar fotos y acoso)</p> <p>Tácticas de violencia sexual</p> <p>Uso o amenaza de fuerza física hacia la víctima.</p> <p>Administrar alcohol o drogas a la víctima.</p> <p>La víctima no puede dar su consentimiento debido a la incapacitación.</p> <p>Explotación de la vulnerabilidad (Situación migratoria, discapacidad y orientación sexual)</p> <p>Intimidación</p> <p>Mal uso de la autoridad</p> <p>Coerción económica (Trueque de sexo por bienes básicos)</p> <p>Fraude (Mentiras o tergiversación de la identidad del perpetrador)</p> <p>Promesas falsas del perpetrador (Prometer matrimonio o permanecer en la relación)</p> <p>Amenazas no físicas (por ejemplo, amenazas de terminar una relación o difundir rumores)</p>	<p>Llamadas telefónicas repetidas y no deseadas, mensajes de voz / amenazas, avisos, cuelgues.</p> <p>Correos electrónicos repetidos y no deseados, mensajes instantáneos o través de sitios web.</p> <p>Dejar tarjetas, cartas, flores o regalos no deseados</p> <p>Observar o seguir desde la distancia.</p> <p>Espiar con un dispositivo de escucha, una cámara o un sistema de posicionamiento global.</p> <p>Aparecer en lugares, en contra de los deseos de la víctima</p> <p>Dejar objetos extraños o potencialmente amenazantes para que la víctima los encuentre.</p> <p>Entrar a escondidas en la casa o el automóvil de la víctima y hacer cosas para asustar a la víctima.</p> <p>Dañar la propiedad personal, las mascotas o las pertenencias de la víctima.</p> <p>Dañar o amenazar con dañar a la mascota de la víctima.</p> <p>Hacer amenazas de dañar físicamente a la víctima.</p>	<p>Insultos, humillación y degradación.</p> <p>Control coercitivo, limitar el acceso al dinero, amigos y familiares;</p> <p>vigilancia excesiva del paradero y las comunicaciones de una persona;</p> <p>monitorear o interferir con amenazas de comunicación electrónica para autolesionarse; y amenazas de dañar a un ser querido o posesión).</p> <p>Amenaza de violencia física o sexual.</p> <p>Control de la salud sexual o reproductiva.</p> <p>Explotación de la vulnerabilidad de la víctima (discapacidad, estatus migratorio).</p> <p>Explotación de la vulnerabilidad del Victimario.</p> <p>Engañar a la víctima.</p>

Fuente: Stewart & Vigod. (2017).

1.2. Epidemiología de la violencia contra la mujer, una mirada global

El Centro de prensa de la OMS (2021) publicó datos y cifras actuales sobre la violencia contra la mujer. Según la OMS “la violencia contra la mujer, especialmente accionada por su pareja sentimental constituye un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres. La violencia afecta la salud física, mental, sexual y reproductiva de las mujeres, y en algunos contextos aumenta el riesgo de contraer VIH”. Los estudios recientes obtenidos mediante encuestas en 161 países entre el año 2000 y 2018, basadas en el testimonio de las sobrevivientes, muestran la prevalencia de la violencia de pareja y la violencia sexual (OMS, 2018) “cada día 137 mujeres son asesinadas por miembros de su familia, y lo que resulta más preocupante de estas cifras es que menos del 40 % de las mujeres que experimentan violencia buscan ayuda” (ONU MUJERES, 2019).

Las mujeres ecuatorianas han reportado altos índices de violencia. De acuerdo con la última encuesta ENVIGMU, que reportó la prevalencia de la violencia en el Ecuador en mujeres mayores de 15 años. Se encontró que “un 56,9 % de mujeres han sufrido violencia psicológica, un 35,4 % violencia física, el 32,7% fueron expuestas a violencia sexual y un 16,4% a violencia patrimonial a lo largo de su vida” (INEC, 2019). También, en esta misma encuesta se estudiaron los factores sociodemográficos y geográficos en el contexto de la violencia contra la mujer. Además, las mujeres que provienen de zonas urbanas, entre 18 a 44 años, educación básica, de estado civil divorciadas y de procedencia afrodescendiente, tienen mayor riesgo de experimentar violencia.

Existen muchos factores asociados a la violencia contra la mujer (Kadir et al., 2020). Los más relevantes que se han reportado son el bajo nivel de educación, haber sido expuesta a violencia en la infancia, haber presenciado violencia intrafamiliar, consumo problemático de alcohol, conductas machistas, normas culturales que favorecen las conductas violentas hacia la mujer,

desempleo, inequidad de género, conductas de control, insatisfacción y problemas de comunicación en la pareja y trastornos afectivos (Illescas et al., 2018; Kotan et al., 2017).

1.3. Efectos de la violencia en la salud de las mujeres expuestas

De acuerdo a los estudios realizados por el National Center for Injury Prevention and Control Centers for Disease Control and Prevention (2015) “la violencia contra la mujer especialmente la ejercida por su pareja íntima provoca en las mujeres graves problemas de salud física, mental, sexual y reproductiva a corto y largo plazo”.

Las consecuencias de la violencia contra la mujer en el último año, especialmente asociado a la pandemia por la COVID – 19, ha afectado la economía y desarrollo de las mujeres en distintos ámbitos, personal, profesional, laboral y relacional (Rodríguez, 2020; Telles et al., 2020).

Los estudios han hallado que la violencia contra la mujer conduce a problemas médicos importantes, como dolor abdominal, dolor pélvico, cefaleas que incluyen migraña, dolor lumbar crónico, problemas gastrointestinales, insomnio, fatiga, desmayos, síntomas genitourinarios y enfermedades crónicas como hipertensión, enfermedades cardiovasculares, respiratorias, autoinmunes (Sugg et al., 2015; Lutgendorf, 2019). En esta misma dirección, las mujeres expuestas a violencia física pueden tener secuelas permanentes en su cuerpo, trastornos motores, discapacidad física, cicatrices debido a las agresiones por quemaduras con ácido (Kaur, 2020; Bichard et al., 2021). Otra afección muy grave para la salud sexual y reproductiva que enfrentan las víctimas de violencia sexual son las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH (Sharps et al., 2019; McClintock & Dulak, 2020; Thananowan et al., 2021).

Por otra parte, los hallazgos han mostrado que la violencia física, psicológica y sexual contra las mujeres conduce a más de las lesiones físicas al desarrollo de trastornos psiquiátricos, incluidos los síntomas somáticos, la ansiedad / insomnio, psicosis, autolesiones, la disfunción

social y la depresión (Chmielowska & Fuhr, 2017; Jonker et al., 2018; Cao et al., 2021). La violencia contra la mujer se muestra en un mismo patrón característico de afectación a la salud de las mujeres víctimas.

En ciertos países más conservadores como Ghana, la violencia sexual contra las mujeres puede darse de forma silenciosa con consecuencias fatales, pues la mayoría de las mujeres muestran afectación psicológica que incluye ideación suicida (Apatinga et al., 2020). En esta misma dirección, investigaciones recientes con mujeres en Jordania, evidenciaron que la violencia afecta la salud sexual y reproductiva e incrementa los síntomas de depresión en las víctimas. En otros países como Eslovaquia, se ha estudiado los riesgos para la salud en las mujeres que han sufrido violencia por parte de sus parejas sentimentales, asociados a los estereotipos de género prevalentes entre las comunidades de mujeres romaníes (Kozubik et al., 2020). También, en otras poblaciones de mujeres pakistaníes se halló que la violencia contra la mujer ya sea verbal, física, emocional o sexual, afecta de forma significativa su salud, disminuyendo su potenciación y desarrollo en sociedad (Malik et al., 2021).

1.3.1 Trastornos psicopatológicos en las mujeres expuestas a violencia

La salud mental es un término amplio que la OMS (2018) define como “un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad”. Bajo esta conceptualización, se entiende que la salud mental integra diversos aspectos de la vida de una mujer, y no solamente a la enfermedad o trastornos mentales (que se puedan presentar por causa del impacto de la violencia (dos Santos et al., 2018).

Varios son los trastornos mentales que se derivan a consecuencia del impacto de la violencia en las víctimas (Patel et al., 2021; Karlsson et al., 2020). Los trastornos de ansiedad, que se manifiestan con sentimientos o emociones de temor, aprensión y desastre inminente (DSM-5, 2014), pueden presentarse en las mujeres durante o después de la exposición a la violencia (Tarzia et al., 2017; Stewart et al., 2019). Las víctimas de abuso sexual pueden desarrollar con mayor frecuencia problemas para dormir y ataques de pánico (Teunissen et al., 2016). La sintomatología ansiosa y los trastornos depresivos que presentan las víctimas de violencia parece estar relacionada con el tipo de violencia y con la situación económica (Lever et al., 2018; Hossain et al., 2020). Las cogniciones negativas podrían considerarse como marcadores para el desarrollo de trastornos de depresión y de estrés postraumático en mujeres adultas jóvenes víctimas de acoso (Bailey et al., 2019).

En esta misma dirección de análisis, se han encontrado implicaciones de la personalidad como un factor de riesgo o de resiliencia en el trastorno de estrés postraumático (TEPT), en las mujeres expuestas a violencia (Carleton et al., 2015). Asimismo, se ha explorado el impacto de las comorbilidades del trastorno por uso de sustancias, el trastorno depresivo mayor y el trastorno límite de la personalidad relacionado con la violencia de pareja, encontrando comorbilidades significativas (Fedele et al., 2018).

La **Tabla 2**, refiere algunos estudios que han evaluado el perfil psicopatológico en mujeres expuestas a violencia basada en el género.

Tabla 2. Estudios que han evaluado el perfil psicopatológico en las mujeres víctimas de violencia física, psicológica y sexual. Búsqueda en Pubmed año 2017 a junio del 2022: “Violence against women” and “mental disorders”.			
Estudio	Muestra	Prueba	Resultado
Mendonça et al. (2017).	390 mujeres de Recife, Brasil entre 18 y 49 años.	SRQ-20	La incidencia de trastornos mentales comunes fue del (44,6%) entre las mujeres que denunciaron violencia de pareja en los últimos 12 meses y del (43,4%) entre las que denunciaron en los últimos siete años.
Jonker et al. (2019).	184 mujeres de los países bajos, entre 18 y 58 años	CES-D, IES, GSES	Los síntomas de la gravedad de la depresión se asociaron positivamente con los antecedentes migratorios y la experiencia de abuso físico.
Sharma et al. (2019).	827 mujeres del Delhi de 15 y 60 años.	SRQ-20	Mujeres expuestas a cualquier tipo de violencia, presentaron estado mental no saludable (64,6 %), pensamientos suicidas (83,8%).
Al-Natour et al. (2020).	198 mujeres de Jordania de 20 y 64 años.	WAST SF-36 V2	Los resultados del estudio revelaron una relación negativa entre la violencia y la salud física y mental.
Tutty et al. (2020).	665 mujeres de Canadá, entre 18 y 80 años	CAS, SCL-10, CES-D-20, QOL, PTSD Checklist	Las escalas de salud mental/bienestar, con la gravedad de violencia como covariable, mostró que sólo la discapacidad se asoció significativamente con síntomas de salud mental más graves.
Taha et al. (2020).	348 mujeres Yazidíes de 17 a 96 años	K10, PHQ-9, GAD-7, HTQ	Presentaron sufrimiento mental grave (97,1 %), depresión (36,7%), TEPT (90,6%), ideación suicida (38,1 %)
Navarro et al. (2021).	1274 mujeres del Salvador entre 15 y 64 años.	SRQ-20	Los trastornos mentales comunes se asociaron significativamente con la experiencia de todas las formas de violencia, después de ajustar las variables sociodemográficas y las experiencias de vida estresantes.
McAllister & Vennum. (2022).	368 mujeres estadounidenses universitarias	Life Events Checklist (LEC-5); Self-Compassion Scale Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7); PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)	Un análisis de ruta reveló que experimentar violencia sexual antes del comienzo del semestre se asoció positivamente con la autocrítica, la ansiedad, la depresión y los síntomas de TEPT al final del semestre directa e indirectamente a través de la autocompasión a mitad del semestre.

1.3.2 Secuelas neuropsicológicas reveladas en las mujeres víctimas de violencia

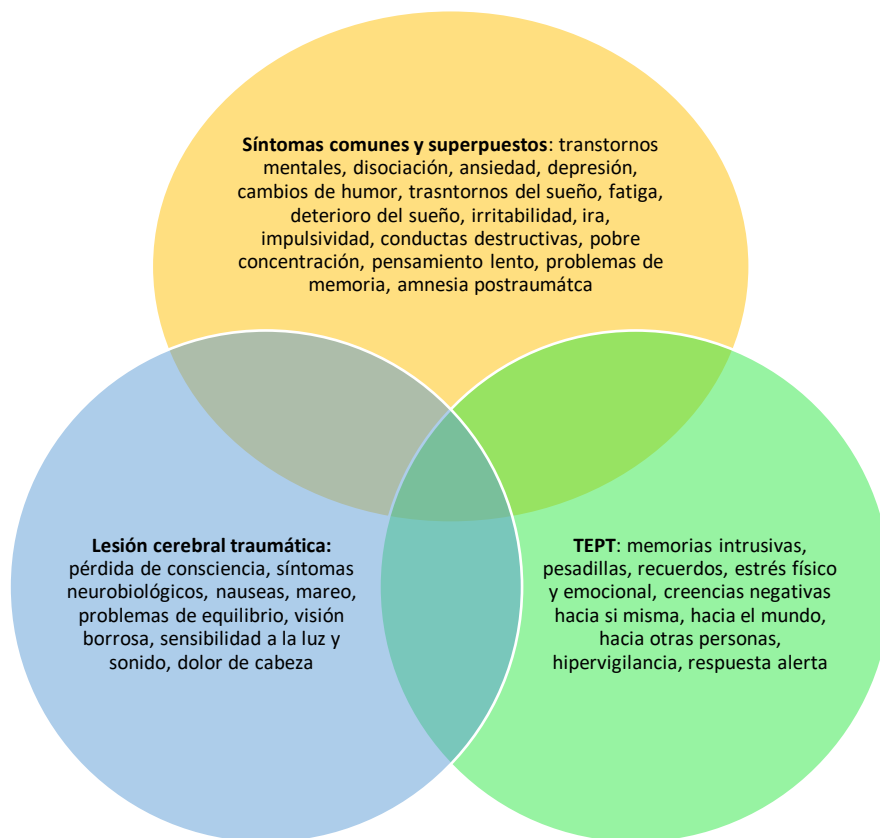
Pocos estudios han mostrado interés en valorar el perfil neuropsicológico de las mujeres expuestas a violencia, es por ello, que esta investigación tiene como propósito fundamental explorar el perfil neuropsicológico de las víctimas de violencia.

Algunos hallazgos han evidenciado que las mujeres con historial de abuso sexual, trastorno de estrés postraumático y síntomas de disociación pueden tener alteraciones en el funcionamiento neuropsicológico, principalmente déficit de memoria y funciones ejecutivas (Rivera et al., 2014). También, las mujeres violentadas afectadas por el TEPT tuvieron dificultades para inhibir respuestas durante la realización de las tareas cognitivas, mostrando una disminución de la flexibilidad neuronal durante la inhibición (Aupperle et al., 2016). Es probable que, a mayor abuso físico se genere peor rendimiento de las funciones ejecutivas, reduciendo en las mujeres violentadas la posibilidad de obtener recursos básicos para solventar sus necesidades básicas (Lee et al., 2017).

En esta misma dirección Galovski et al. (2021), presentó un enfoque de múltiples métodos para un examen integral de las consecuencias psiquiátricas y neurológicas de la violencia contra las mujeres. Sus resultados mostraron cómo se relaciona la violencia de pareja, que incluye golpes en la cabeza con lesión cerebral traumática, el estrés postraumático y los síntomas psicoafectivos y cognitivos asociados (**Figura 1**).

Figura 1

Discriminación de los síntomas asociados con la lesión cerebral traumática y el estrés postraumático



Fuente: Modificado de Galovski et al. (2021).

Bajo este antecedente, la **Tabla 3**, resume algunos estudios que han reportado la asociación entre los trastornos mentales que afrontan las víctimas de violencia, principalmente la ansiedad, la depresión y el estrés postraumático, con el bajo rendimiento cognitivo.

Tabla 3. Estudios que han evaluado la asociación entre trastornos mentales que afrontan las víctimas de violencia, principalmente la ansiedad, la depresión y el estrés postraumático, con el bajo rendimiento cognitivo. Búsqueda en Pubmed año 2017 – a junio 2022: “Violence against women”, “Mental disorder”, “Anxiety”, “Depression”, “Posttraumatic Stress” and “Neuropsychological functions”.

Estudio	Muestra	Prueba	Resultado
Kennedy & Stein. (2001)	41 mujeres en Estados Unidos, de 18 a 50 años, expuestas a violencia basada en el género y 22 no violentadas fueron reclutadas	CDS, CAPS, LASC, CES-D, CTS-2	Los resultados indicaron que tanto los grupos con TEPT + como con TEPT- tenían niveles significativamente más altos de dificultades cognitivas autopercebidas que las mujeres que no habían sufrido abuso.
Iverson et al. (2017)	224 mujeres militantes (Media de edad en los grupos = 45, 51 y 58 años), expuestas a violencia basada en el género en Estados Unidos	PCL-5, HARK tool, VA TBI.	Los resultados sugieren que puede ser de utilidad clínica el cribado de las mujeres que experimentan violencia física con lesión cerebral traumática y TEPT asociado con el fin de ayudar a los médicos a orientar mejor sus exámenes, tratamientos y referencias.
Imai et al. (2018)	105 mujeres (40 con TEPT, expuestas a violencia y 65 controles sanos) en Tokyo Japón. De 21 a 64 años.	PDS, CTQ, BDI-II, STAI, AIS, RBANS	Los resultados muestran que los marcadores inflamatorios IL-6 elevados están asociadas con el PTSD y que la función cognitiva más baja en el PTSD puede deberse, al menos en parte, al aumento de la inflamación.
Iverson et al. (2019)	33 mujeres militantes de Estados Unidos, expuestas a violencia basada en el género (edad media de los grupos 45 y 51), con lesión cerebral persistente y no persistente.	VATBIST, MST, HARK, PCL-5, CES-D10, ISI, DASS, PHQ-15, CTS-2	Las mujeres que experimentan una lesión cerebral traumática relacionada con la violencia de pareja con síntomas persistentes tienen un mayor riesgo de sufrir peores resultados de salud psicosocial 18 meses después del primer cribado.
Cimino et al. (2019)	116 mujeres de 20 a 49 años, del proyecto ESSENCE en Estados Unidos .	CTS-2, CESD-10, NSESS	La lesión cerebral traumática producto de la violencia física ejercida, aumentó significativamente el TEPT comórbido y la depresión en 8,93 puntos (EE = 3,40), después de controlar la violencia pasada (F (4, 90) = 3,67, p <0,01).
Morris et al. (2019)	82 mujeres jóvenes de 18 a 30 años, víctimas de violencia	PTCI, BDII, PCL-5, CTQ, ORI-SF, PROMIS-PI, MPQ-SF	Las cogniciones negativas pueden ser marcadores de riesgo de trastornos de depresión y de trastorno de estrés postraumático en mujeres adultas jóvenes víctimas de acoso. Continúa

	psicológica, en Estados Unidos.		
Galovski et al. (2021)	51 Mujeres entre las edades de 18 a 45 años que informaron antecedentes de violencia y dieron positivo en la prueba de PTSD probable en la lista de verificación de PTSD para el DSM-5 (PCL-5).	BAT-L/IPV, CAPS-5, SCID-5, Neuropsychological function assessment.	La utilización de instrumentos de última generación ayudó a valorar de forma integral el impacto de la violencia física (lesión cerebral traumática) en las condiciones psiquiátricas, cognitivas, psicológicas y físicas de las sobrevivientes de violencia.
Sinko et al. (2022).	30 mujeres, con edades entre 21 a 30 años en Filadelfia, Estados Unidos.	Prueba Go-NoGo, espectroscopia, neuroimagen.	Los resultados sugieren actividad cortical prefrontal alterada durante el procesamiento cognitivo en mujeres con antecedentes de violencia sexual, mostrando hipoactividad durante la inhibición de la respuesta e hiperactividad a los estímulos positivos.

1.3.3 Calidad de vida en mujeres expuesta a la violencia basada en el género

Los problemas sociales más comunes en las víctimas de violencia son el aislamiento social, pérdida de actividades habituales, el absentismo escolar, el absentismo laboral/desempleo, dificultad para funcionar adecuadamente en las tareas de cuidado diario del hogar y su familia y una peor calidad de vida (Centers for Disease Control and Prevention, 2019, Stewart et al., 2017).

La calidad de vida de acuerdo con Verdugo et al. (2009) “se mide en relación al bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos”. En este sentido, los estudios han mostrado que las mujeres expuestas a violencia presentan diferentes problemáticas sociales (Both et al., 2019; Tekkas et al., 2020; Baloushah et al., 2019).

La **Tabla 4**, muestra los principales estudios sobre el impacto de la violencia contra la mujer en la calidad de vida de las mujeres víctimas, en términos de su relación social, los factores de apoyo, sus derechos y oportunidades.

Tabla 4. Estudios que han evaluado la asociación entre la violencia contra la mujer y la calidad de vida. Búsqueda en Pubmed 2017 – junio 2022: “Violence against women”, “quality of life”, “social health”, “wellness”, “Rights”, “social support”.

Estudio	Muestra	Prueba	Resultado
Alsaker et al. (2018).	1500 Mujeres entre 18 y 70 años maltratadas y no maltratadas; viviendo en Hordaland, Noruega .	HRQoL, PMWI, SF-12, F-36	La violencia infligida por la pareja íntima está claramente asociada con una baja calidad de vida.”
Machisa et al. (2018).	189 mujeres, mayores de 18 años expuestas a violencia basada en el género, Provincia de Gauteng de Sudáfrica.	CES-D, The World Health Organization (WHO) Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Questionnaire, AUDIT	Los indicadores de apoyo social, incluida la conexión social, lazos de red más fuertes y la percepción de comunidades de apoyo, son factores clave para fomentar la resiliencia entre las mujeres maltratadas.
Kisa et al. (2019).	40 mujeres maltratadas mayores de 18 años, en un refugio para mujeres en Turquía.	GHQ 12, BHS	El estudio mostró que los niveles más altos de desesperanza mostraron asociación con una mayor angustia psicológica. Las mujeres tenían problemas para tomar decisiones, concentrarse en un trabajo, sentían infelicidad y depresión.
Hisasue et al. (2020).	22,398 participantes femeninas de 18 a 54 años de Finlandia expuestas a violencia	EUROHIS-QOL, MHI-5, WHOQOL	La experiencia de violencia en una relación cercana tuvo una influencia negativa tanto en la calidad de vida como en la angustia psicológica entre las mujeres de la población finlandesa en general.
Richardson et al. (2020)	3010 mujeres en Rajasthan, India. (Media de edad= 30 años).	DHS, CTS, GHQ-12	El abuso psicológico y la conducta controladora pueden ser importantes motivadores de la relación entre la violencia contra la mujer su salud mental.
Bedford et al. (2020).	156 Mujeres chinas mayores de 18 años expuestas a violencia basada en el género.	C-AAS, HRQoL, SF-12v2, SF-36, DASS-21	Las mujeres víctimas de violencia mostraron una calidad de vida significativamente más baja y niveles más altos de depresión, ansiedad y estrés en comparación con los controles sanos.
Wong et al. (2020).	Ochenta y seis mujeres chinas maltratadas	Mild TBI, Rivermead Post-Concussion Symptoms Checklist, Hospital Anxiety and Depression	Con respecto al funcionamiento cognitivo, las puntuaciones totales medias de las pruebas indicaron que ambos grupos eran cognitivamente anormales y que no hubo un impacto significativo por una lesión cerebral traumática leve. Continúa

		Scale, Nasreddine's Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Conflict Tactics Scale (CTS)	
Sapkota et al. (2022).	140 mujeres mayores de 18 años expuestas a violencia en Nepal.	SPSS (Versión 26.0), QOL, Encuesta	Los efectos positivos sobre los resultados también se observaron en el seguimiento, aunque en menor medida. Otras intervenciones deben centrarse en mejorar la autoeficacia y el apoyo social de las mujeres maltratadas para garantizar su salud mental positiva y una vida mejor.

1.4 Terapia de Exposición Narrativa

Existen diversas terapias que han mostrado efectos positivos en el tratamiento de mujeres afectadas por la violencia basada en el género que han presentado síntomas de estrés postraumático, ansiedad y depresión (Carlson, 2005; Stapleton et al., 2007; Regehr et al., 2013; Hameed et al., 2020).

La terapia de exposición narrativa es un tratamiento estandarizado, originalmente llamada Narrative Exposure Therapy (NET) por sus siglas en inglés, es un tratamiento a corto plazo basado en la evidencia para supervivientes traumatizados de violencia organizada, sexual o doméstica, así como de guerras o desastres naturales (Schauer, Neuner y Elbert, 2011; Adenauer et al., 2011). NET tiene como objetivo reducir los síntomas del PTSD a través de dos mecanismos, uno es la exposición a recuerdos traumáticos y la posterior habituación de la respuesta emocional asociada, el otro es la reconstrucción de la memoria autobiográfica y una narrativa consistente (Schauer, Neuner y Elbert, 2011). La NET se basa en las teorías neurobiológicas del trauma y la memoria (Said y King, 2020).

Estudios recientes han reportado la viabilidad y eficacia de NET, en comparación con el asesoramiento común, para el tratamiento del estrés postraumático y depresión en mujeres víctimas de violencia (Orang et al., 2018; Volpe et al., 2017).

1.4.1 Principios Teóricos de la NET

La terapia de exposición narrativa ha demostrado beneficios en el tratamiento psicológico de diferentes poblaciones y culturas expuestas a múltiples eventos traumáticos de alta complejidad (Lely et al., 2019). Por tanto, esta intervención, que se basa en conectar recuerdos traumáticos, facilita la reevaluación de los hechos y la reorganización cognitiva a través de la organización de una línea cronológica de los hechos dolorosos que vive el paciente, permitiéndole narrar las experiencias traumáticas, generar nuevos significados de eventos positivos y negativos y reconocen el valor de la resiliencia para redefinir su historia de vida (Schauer, Neuner y Elbert, 2011).

La **Tabla 5**, resume las etapas de aplicación de la NET.

Tabla 5. Etapas de la Terapia de Exposición Narrativa	
Etapas	Técnicas/instrumentos
1. Entrevista diagnóstica y psicoeducación	Cuestionario, test Normas, reglamentos, derechos, informativos, folletos informativos
2. Descripción de la línea de vida (representación simbólica)	Autobiografía, externalización del problema, tráiler de vida, testimonio
3. Sesiones de terapia	Preguntas asertivas, la pregunta del milagro, preguntas circulares, lenguaje metafórico, huellas de la violencia
4. Rituales de sesión final	Cartas terapéuticas, elementos simbólicos, reconocimientos, reescribir la historia.

Fuente: Schauer et al. (2011) y Robjant et al. (2010).

La NET se ha aplicado principalmente en contextos sociocomunitarios y con personas que han estado expuestas a traumas por causas políticas, sociales o culturales, para los cuales se ha reportado la eficacia de la NET en la reducción del estrés postraumático y la depresión y en la mejora de la calidad de vida (Neuner et al., 2020; Raghuraman et al., 2021). Respecto a la eficacia de la Terapia de Exposición Narrativa con mujeres expuestas a violencia, no se tienen muchos estudios, sin embargo, existen algunos datos importantes que se muestran en la **Tabla 6**.

Tabla 6. Estudios que han mostrado los beneficios que aporta la Terapia de Exposición Narrativa en el abordaje de personas expuestas a eventos. Búsqueda en Pubmed 2017 a junio 2021: “Violence against women”, “Narrative Exposure Therapy”, “PTSD”.			
Estudio	Muestra	Prueba	Resultado
Robjant et al. (2017).	10 mujeres de e la Fundación Helen Bamber, una organización benéfica que brinda terapia psicológica especializada de London.	PDS, The Clinical Outcomes in Routine Evaluation (CORE)	A pesar del limitado tamaño de la muestra y el diseño retrospectivo, esta auditoría demuestra que NET es un tratamiento factible para el PTSD en esta población y justifica una evaluación adicional en un ensayo controlado aleatorio.
Carleial et al. (2021).	Participaron 84 mujeres altamente traumatizadas en norte de Uganda	Epigenome-wide approach (EWAS), differentially methylated positions (DMPs), NET, CPT (Cognitive Processing Therapy), EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) and PE (Prolonged Exposure Therapy)	Los resultados sugieren un impacto molecular del tratamiento psicológico en mujeres expuestas a eventos violentos asociados a la guerra.

1.5 Modelo Psicoterapéutico de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos

Oculares EMDR

La terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR), es una técnica psicológica terapéutica utilizada para disminuir los efectos negativos de los eventos traumáticos estresantes. Fue desarrollada en Norteamérica por Francine Shapiro (1989). EMDR,

es una herramienta útil que ha mostrado evidencia científica para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático, en línea con las recomendaciones recientes de diferentes organizaciones internacionales de salud (OMS, 2013; NICE, 2018). EMDR, es un tipo de terapia que ha sido explicada desde múltiples enfoques, psicológicos, psicofisiológicos y neurobiológicos (Landin et al., 2018). Una cantidad sustancial de investigaciones indica que EMDR ha demostrado ser eficaz en el tratamiento a personas expuestas a eventos traumáticos estresantes, dando como resultado una mejoría de las emociones negativas, creencias y sensaciones físicas (Shapiro., 2014; Novo et al.,2018).

1.5.1 Protocolo estándar de EMDR, conceptos básicos

En un principio, se propuso un protocolo estándar que abordaba los recuerdos traumáticos y los síntomas asociados al estrés, luego se fue actualizando hasta obtener el protocolo más actual (Shapiro, 2001; Shapiro et al., 2018).

El protocolo estándar actual de EMDR está compuesto de 8 fases que facilitan una completa evaluación del cuadro clínico, preparación del cliente y procesamiento de:

- a) Eventos pasados que sientan las bases de la patología
- b) Situaciones perturbadoras actuales, y
- c) Desafíos futuros (Shapiro, 2014), como se muestra en la (**Tabla 7**).

Tabla 7. Descripción general del tratamiento de terapia de desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular (EMDR) en ocho fases		
Fase	Propósito	Procedimientos
Toma de historia	<ul style="list-style-type: none"> • Obtener información de antecedentes • Identificar la idoneidad para el tratamiento EMDR • Identificar los objetivos de procesamiento de los eventos en la vida del cliente de acuerdo con el protocolo estandarizado de tres vertientes 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionarios estándar de historia clínica y psicometría diagnóstica • Revisión de los criterios de selección • Preguntas y técnicas para identificar 1) eventos pasados que han establecido el base para la patología, 2) factores desencadenantes actuales y 3) necesidades futuras
Preparación	<ul style="list-style-type: none"> • Preparar a los clientes adecuados para el procesamiento de EMDR. 	<ul style="list-style-type: none"> • Educación sobre el cuadro sintomático • Metáforas y técnicas que fomentan la estabilización y el sentido de control personal.
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Acceder al objetivo para el procesamiento EMDR estimulando aspectos primarios de la memoria 	<ul style="list-style-type: none"> • Obtener la imagen, la creencia negativa que se tiene actualmente, la creencia positiva deseada, emoción actual, sensación física y medidas de referencia
Desensibilización	<ul style="list-style-type: none"> • Procesar experiencias hacia una resolución adaptativa (sin angustia) 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolos estandarizados que incorporan movimientos oculares (toques o tonos) que permiten el surgimiento espontáneo de percepciones, emociones, sensaciones y otros recuerdos
Instalación	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar las conexiones con redes cognitivas positivas 	<ul style="list-style-type: none"> • Optimizar la validez de la creencia positiva deseada e integrarla completamente con los efectos positivos dentro de la red de memoria
Chequeo corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Procesamiento completo de cualquier perturbación residual asociado con el objetivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Concentración y procesamiento de cualquier sensación física residual
Cierre	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar la estabilidad del cliente al completar un EMDR sesión y entre sesiones 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de imágenes guiadas o técnicas de autocontrol si es necesario • Briefing sobre expectativas e informes de comportamiento entre sesiones
Reevaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar el mantenimiento de los resultados terapéuticos y estabilidad del cliente 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de los efectos del tratamiento

En los últimos 20 años de han reportado varios estudios que han mostrado la eficacia de EMDR, especialmente para pacientes con trastorno de estrés postraumático (Novo et al., 2014;

Wilson et al., 2018; Baek et al., 2018; Every-Palmer et al., 2019; Gainer et al., 2020). EMDR, ha sido, además efectivo en el tratamiento de diversas psicopatologías (Valiente et al., 2017), desórdenes psicóticos (Kim et al., 2010; de Bont et al., 2013; Van Den Berg., 2015; Van Minnen., 2016; de Bont et al., 2016), Trastornos afectivos (Novo et al., 2014; Hase et al., 2015), trastornos por uso de sustancias (Hase et al., 2008), personas con dolor crónico de espalda (Gerhardt et al., 2016), personas con trastornos de personalidad (Gielkens et al., 2016) y en personas con trastornos de ansiedad (Staring et al., 2016), pánico y agorafobia (Feske et al., 1997; Goldstein et al., 2000; Faraci et al., 2015), trastorno obsesivo compulsivo (Nazari et al., 2011).

La **Tabla 8**, muestra los estudios sobre mujeres expuestas a violencia y la eficacia del tratamiento con EMDR.

Tabla 8. Estudios que han valorado la eficacia de la Terapia EMDR en mujeres expuestas a violencia Consultado en Pubmed, Scopus, 1997 a 2020: “Violence against women”, “EMDR therapy”.			
Estudio	Muestra	Prueba	Resultado
EMDR aplicado en mujeres expuestas a violencia basada en el género			
Rothbaum, B. (1997).	18 mujeres víctimas de violencia sexual, grupo EMDR (10), lista de espera (8).	THC, RAST, PTSD Symptom scale –Re-experiencing, PTSD Symptom scale- Avoidance, PTSD Symptom scale- Arousal, Impact of Event Scale :Intrusion, Avoidance, BDI, STAI-Scale, EMDR	EMDR fue eficaz para aliviar el TEPT en este estudio.
Scheck et al. (1998).	60 mujeres entre 16 y 25 años, de estados unidos, expuestas a diferentes eventos traumáticos incluida la violencia de género.	The Posttraumatic Stress Disorder Interview (PTSD-I), BDI, State-Trait Anxiety Inventory (STATE), Penn Inventory for Posttraumatic Stress Disorder (PENN), IES, Tennessee	Los tamaños del efecto pre-post para el grupo EMDR promediaron 1,56 en comparación con 0,65 para el grupo AL. A pesar de la brevedad del tratamiento, las medias de la variable de resultado posterior al tratamiento de los participantes tratados con EMDR se compararon favorablemente con los grupos normalizados sin pacientes o tratados con éxito en todas las medidas. <u>Continúa</u>

		Selfconcept Scale (TSCS)	
Edmond & Rubin, (2004).	59 mujeres adultas en estados unidos, sobrevivientes de abuso sexual	EMDR, Routine Individual Therapy or a delayed treatment control group, STAI, IES, BDI, The Belief Inventory (BI)	Se encontraron beneficios terapéuticos de EMDR para mujeres adultas sobrevivientes de abuso sexual. Además, existe cierto apoyo a la sugerencia de que EMDR lo hizo de manera más eficiente y proporcionó una mayor sensación de resolución del trauma que la terapia individual de rutina.
Tarquino et al. (2012).	36 mujeres adultas, domiciliadas en Francia, expuestas a violencia doméstica	EMDR, eclectic therapy, IES, STAI, CES-D, Subjective Units of Distress Scale (SUDS)	Los hallazgos confirman las ventajas y el potencial de EMDR. <i>Tabla 8 (Cont).</i>
Schwarz et al. (2020).	25 mujeres de 20 a 60 años, expuestas a violencia doméstica y sexual, en New Jersey USA.	BDI-II, GAD-7, PCL-5, OQ-45, EMDR	EMDR es una modalidad de tratamiento eficaz para sobrevivientes de violencia sexual y doméstica. Se destacan la necesidad de su inclusión en la educación de consejeros.

1.5.2 Técnicas y estrategias metodológicas en la aplicación del EMDR

La terapia EMDR está guiada por el “Sistema de Procesamiento de la información adaptativa SPIA”, desarrollado a principios de la década de 1990, este concepto postula que, a excepción de los síntomas causados por déficits orgánicos, toxicidad o lesión, los fundamentos principales de la salud mental son los recuerdos no procesados de experiencias traumáticas anteriores (Shapiro, 2001). EMDR es un protocolo complejo puesto que implica varios componentes: conductuales, cognitivos, emocionales y físicos (Coubard et al., 2016).

La estimulación bilateral es una técnica central de la terapia EMDR (Landin et al., 2018), en la cual el cliente presta atención a la estimulación bilateral visual (van den Hout et al., 2011; van Veen et al., 2016), auditiva (Boukezzi et al., 2017) o sensorial alternante mientras se enfrenta a material emocionalmente perturbador, facilitando el acceso y procesamiento de material negativo

(Herkt et al., 2014), al tiempo que crea nuevos vínculos asociativos en la hemodinámica de la corteza prefrontal (Rimini et al., 2016). La estimulación bilateral, no solamente ha mostrado efectividad en la fase de desensibilización de los blancos traumáticos, sino también ha mostrado éxito en la fase de instalación de recursos positivos (Amano et al., 2016). También se ha estudiado sobre los correlatos neurobiológicos de los movimientos oculares que ocurren durante EMDR, la distinción entre movimientos oculares sacádicos y suaves permite realizar análisis detallados de las conexiones motoras oculares con las redes cerebrales de atención, memoria y emoción (Strengé, 2016). Los movimientos oculares sacádicos bilaterales y la estimulación táctil, han mostrado una mejor recuperación de la memoria comparado con la estimulación bilateral auditiva (Nieuwenhuis et al., 2013). Los estudios mediante electroencefalografía (EEG) para monitorear completamente la activación neuronal a lo largo de las sesiones de EMDR, incluido el guion autobiográfico, han mostrado que los eventos traumáticos se procesan a nivel cognitivo después de una terapia EMDR exitosa. Esto sustenta, cómo la participación de las estructuras neurobiológicas de activaciones cerebrales durante la estimulación bilateral, se relacionan con una mejora significativa de las vivencias emocionales traumáticas (Pagani et al., 2012; Pagani et al., 2015).

Otras técnicas facilitadoras de la desensibilización y reprocesamiento son flotar hacia atrás, flotar hacia adelante, escaneo afectivo, atención dual, y estrategias estabilizadoras, haz de luz, espiral, lugar seguro (Schubert et al., 2011; Hensley et al., 2016).

CAPÍTULO 2

JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS

2.1 Cuestiones de investigación pendientes de resolver

Esta tesis doctoral pretende profundizar en el estudio de 3 aspectos de investigación:

- En primer lugar, explora el nivel de afectación clínica, neuropsicológica y calidad de vida de las mujeres expuestas a violencia.
- En segundo lugar, estudia relación que existe entre las variables clínicas, neuropsicológicas, calidad de vida y sociodemográficas en las mujeres participantes del estudio.
- 3) En tercer lugar, determina las diferencias en el nivel de rendimiento de las funciones neuropsicológicas, clínicas y calidad de vida de las mujeres expuestas a violencia de género después de haber recibido tratamiento con EMDR*, en comparación con un tratamiento convencional, basado en la terapia de exposición narrativa.

2.2. Limitaciones metodológicas de la literatura anterior

El marco teórico conceptual de los estudios referenciales previos está limitado por varios aspectos metodológicos. Los estudios actuales muestran información respecto al impacto de la violencia en la salud física y mental de las mujeres expuestas a violencia, indicando posibles psicopatologías que pudieran derivarse a causa de esta (Tabla 3), sin embargo, no se ha presentado los efectos que pueda tener respecto al tipo de violencia (física, psicológica y sexual), en respuesta a esto, en este estudio se medirá los efectos en estas dimensiones por tipo de violencia. Asimismo, respecto a los estudios sobre las consecuencias de la violencia en el funcionamiento cognitivo (rendimiento) asociado al factor clínico (psicopatológico) son escasos, y en su mayoría se han centrado en relacionar la violencia física que incluye golpes en la cabeza (trauma cerebral asociado) (Tabla 4). Hasta el momento, no se han reportado estudios que muestren los efectos de

la violencia en el bajo rendimiento cognitivo, considerando los tipos de violencia accionados contra la víctima (física, psicológica y sexual). Tampoco los estudios previos han profundizado sobre la intervención del factor sociodemográfico en el nivel de afectación de la salud mental de las víctimas.

Por otra parte, a pesar de que la OMS, recomendó la terapia EMDR para personas expuestas a eventos violentos (2013), los estudios sobre los efectos de la terapia EMDR en mujeres expuestas a violencia son escasos, y los que se han reportado, refieren un número reducido de participantes, sin comparación con otras terapias convencionales. Asimismo, no se han mostrado los alcances de esta terapia al considerar el efecto de los factores sociodemográficos y el tipo de violencia al que han sido expuestas las víctimas.

2.3. Aportaciones metodológicas de esta tesis doctoral

Este proyecto de investigación se propone superar algunas de las limitaciones de la literatura anterior: para ello se incluirán las variables independientes (violencia física, psicológica y sexual) y dependientes (afectación clínica), (afectación neuropsicológica), (bajo índice de calidad de vida). Se integrarán las variables sociodemográficas intervinientes (edad, nivel educativo, estado civil y tiempo de exposición a la violencia) en el análisis de los resultados del efecto terapéutico. También se comparará la terapia EMDR con una terapia convencional basada en la terapia de exposición narrativa en una muestra representativa para cada grupo, acorde lo sugerido para el estudio de grupos comparativos (Velazco et al., 2003). También, respecto a los instrumentos, se utilizará una batería amplia de pruebas clínicas y neuropsicológicas, para medir los efectos de la violencia en las dimensiones que se desea alcanzar este estudio (efectos clínicos/psicopatológicos, neuropsicológicos y calidad de vida).

CAPÍTULO 3

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

La tesis presenta dos estudios, en los cuáles nos hemos planteado los siguientes objetivos e hipótesis:

3.1 Objetivos e Hipótesis del Estudio 1

Objetivos

- Evaluar el perfil clínico, neuropsicológico y calidad de vida de mujeres ecuatorianas expuestas a violencia basada en el género.
- Valorar si existen diferencias entre los grupos de violencia física, psicológica y sexual respecto al perfil clínico, neuropsicológico y calidad de vida reportado.
- Determinar la relación que existe entre las variables clínicas, neuropsicológicas y calidad con las variables sociodemográficas.

Hipótesis

- Existen alteraciones clínicas, cognitivas y de calidad de vida en las mujeres víctimas de violencia de género.
- Las mujeres expuestas a violencia basada en el género rendirán por debajo de la media para su edad en los test neuropsicológicos.
- Las mujeres expuestas a violencia de género presentarán alteraciones en los test clínicos psicopatológicos.
- Las mujeres expuestas a violencia basada en el género obtendrán puntuaciones por debajo del índice promedio de calidad de vida.
- La edad de exposición a violencia de género influye en la alteración en las funciones neuropsicológicas, clínicas y de calidad de vida.

- Existe una relación entre el nivel de educación de las mujeres expuestas a violencia de género y el nivel de afectación de las funciones neuropsicológicas, clínicas y calidad de vida.
- Existe una relación entre el tipo de violencia, física, psicológica, sexual y el nivel de afectación de las funciones neuropsicológicas, clínicas y de calidad de vida.

3.2 Objetivos e Hipótesis del Estudio 2

Objetivos

- Evaluar la eficacia de la terapia Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR), comparado con la Terapia Narrativa (TN), como tratamientos para la mejora clínica, neuropsicológica y calidad de vida en mujeres afectadas por la violencia basada en el género.
- Determinar si existen diferencias en la respuesta al tratamiento con Terapia EMDR y terapia Narrativa, entre los grupos de mujeres expuestas a violencia física, psicológica y sexual.
- Comparar las diferencias entre el pre y postratamiento con terapia EMDR y terapia Narrativa, en los grupos de mujeres intervenidas, con mediación de factores sociodemográficas.

Hipótesis

- La aplicación de la terapia Desensibilización y Reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR), resultará eficaz en comparación con la terapia narrativa, en la mejora de las alteraciones clínicas, neuropsicológicas y calidad de vida en las mujeres expuestas a violencia basada en el género, verificado en: 1) Aumento de la capacidad de memoria,

atención, velocidad de procesamiento y funciones ejecutivas. 2) Disminución de los niveles de ansiedad y depresión y estrés postraumático. 3) Aumento en la calidad de vida.

- Existirán diferencias en la respuesta al tratamiento con Terapia EMDR y terapia de exposición narrativa, al comparar los grupos de mujeres expuestas a violencia física, psicológica y sexual.
- Existirán diferencias en los cambios pre y postratamiento terapéutico, con la terapia EMDR y terapia de exposición narrativa en los grupos de mujeres intervenidas, con mediación de factores sociodemográficos.

CAPÍTULO 4
METODOLOGÍA

4.1 Diseño

Se trata de un estudio experimental aleatorizado de tipo abierto que busca contrastar la eficacia de la terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR), en comparación con la Terapia de Exposición Narrativa, en mujeres ecuatorianas expuestas a violencia de género, que acepten la participación en el estudio. Considerando los estudios previos con respecto a la eficacia que han mostrado las terapias EMDR y Narrativa respectivamente, basándose en la metodología para el estudio de grupos comparativos (Velazco et al., 2003), se estimó un nivel de confianza del 10% y 80% de poder de la prueba, logrando un $K=6,2$. Así, el número de participantes en dos grupos comparativos se establece en 35,2 unidades por grupo, que por temas de deserción se incluyeron a 60 mujeres por cada grupo, un total de 120 mujeres.

4.2 Participantes

El perfil corresponde a mujeres adultas de 18 a 50 años, mayoritariamente floricultoras, de nivel socioeducativo y económico bajo, expuestas a violencia de género (física, psicológica y sexual). Todas las participantes estuvieron domiciliadas en Ecuador, Cantones Cayambe y Pedro Moncayo, quienes fueron identificadas por los profesionales de la salud del Centro de Salud Tabacundo Tipo C, a través de la Red de Salud Pública, durante el año 2018 a 2019, y fueron invitadas a participar en el estudio. Un total de 120 mujeres, que confirmaron en la entrevista psicológica haber sido expuestas a violencia de tipo física, psicológica y sexual fueron incluidas en el estudio. Los criterios de inclusión fueron: 1) Exposición a violencia de género, sea esta física, psicológica y/o sexual. 2) Tener entre 18 y 50 años. 3) Haber aceptado la participación voluntaria y haber firmado el consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron: 1) Cociente intelectual (CI) menor a 70. 2) Antecedentes de daño cerebral adquirido. 3) Antecedentes de

enfermedad neurológica o psiquiátrica grave. 4) Antecedentes de hábitos de consumo de tóxicos. 5) Presencia de alteraciones sensoriales que impidan la realización de las pruebas.

4.3 Instrumentos

- **Encuesta sobre violencia de género.** Basada en la Norma Técnica: Atención Integral en Violencia de Género del Ecuador (2014). Permite, mediante la entrevista a la participante, recolectar datos asociados a variables sociodemográficas, edad, género, estado civil y estatus económico, asimismo tipo de violencia reportada y el tiempo de exposición a la violencia.

Medidas Psicopatológicas /Clínicas

- **Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria HADS** (Zigmond et al., 1983). Permite valorar los niveles de ansiedad y depresión que presenta el sujeto. Consta de 14 ítems que se dividen en dos subescalas, 7 ítems relacionados a síntomas de ansiedad y 7 ítems relacionados a síntomas depresivos, cada ítem se valora en una escala de 0 a 3 puntos. El punto de corte para cada subescala es 7.
- **The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5)** (Blevins et al., 2015). Es un instrumento actualizado al DSM –V, para evaluar sintomatología postraumática. Los encuestados indican cuánto les ha perturbado cada síntoma de TEPT durante la última semana (en lugar del último mes), usando una escala de 5 puntos que va desde 0 = nada, 1 = un poco, 2 = moderadamente, 3 = bastante y 4 = extremadamente. El punto de corte es 33.
- **Inventario Clínico Multiaxial de Millon-IV (MCMI-IV)** (Million et al., 2018). Se consideraron las escalas correspondientes al Eje 2 (Patrones Clínicos de la

Personalidad y patología grave de personalidad). Indicadores: 0 – 34 = nulo, 35 – 59 = bajo, 60 – 74 = sugestivo, 75 – 84 = moderado > = 85 elevado.

- **Escala de Calidad de Vida GENCAT** (Verdugo et al., 2009). Valora el índice de calidad, en las dimensiones: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. Los ítems de cada dimensión están enunciados en tercera persona, con formato declarativo y se responden utilizando una escala de frecuencia de cuatro opciones ('nunca o casi nunca', 'a veces', 'frecuentemente' y 'siempre o casi siempre'). La escala presenta 4 baremos, en dependencia del grupo de referencia que se desea evaluar, en este caso se utilizó el baremo (A), para población general, que mostró una consistencia interna de 0,91.

Medidas neuropsicológicas

- **National Adult Reading test (NART)** (Pluck, 2017). Se trata de una prueba de lectura de palabras sin acentuar, que correlaciona con el índice QI del test de inteligencia WAIS. Permite estimar el nivel de coeficiente intelectual IQ.
- **The Rey Auditory Verbal Learning Test**. Mide la capacidad de aprendizaje verbal y la retención a corto y largo plazo. Se lee al paciente una lista diana de 15 palabras que debe tratar de recordar durante 5 ensayos consecutivos. Posteriormente se presenta una lista distractora y se contabiliza el recuerdo a corto plazo de la lista diana. Pasados 30' se recoge el recuerdo a largo plazo de las palabras de la lista. Se aplicó la adaptación de Ferreira y colaboradores para población latinoamericana (Ferreira et al., 2014).
- **Subtest Dígitos-WAIS IV** (Wechsler, 2012). Sirve para medir memoria inmediata y la capacidad de memoria de trabajo. Consiste en repetir una serie de números de menor a

mayor complejidad, se inicia en un orden secuencial, luego en orden inverso y finalmente en orden creciente.

- **Subtest Claves - WAIS IV** (Wechsler, 2012). La tarea consiste en completar con los símbolos adecuados, unos cuadrados que tienen un dígito en su parte superior. Evalúa, la rapidez y destreza visomotora, el manejo de lápiz y papel y la capacidad de aprendizaje asociativo.
- **Test D2** (Brickenkamp, 2012). Mide la atención sostenida, la atención selectiva y la concentración mental. El test contiene 14 líneas con 47 caracteres, totalizando 658 elementos. Esos estímulos contienen las letras “d” o “p” que pueden estar acompañados de una o dos pequeñas líneas situadas, individualmente o en pareja, en la parte superior o inferior de cada letra. La tarea del sujeto consiste en revisar atentamente de izquierda a derecha el contenido de cada línea, luego marcar toda letra “d” que tenga la consigna o clave asignada, discriminando los elementos relevantes de los irrelevantes.
- **Trail Making Test parte A y B**. Se utilizó la versión estandarizada en población Latina (Margulis et al., 2018). Este test permite valorar la velocidad visomotriz y la flexibilidad cognitiva. TMT- A, consiste en ejecutar una tarea, uniendo sin soltar el trazo, números en orden cronológico del 1 al 25. TMT- B, consiste en ejecutar otra tarea más compleja, en la que se alternan números y letras que deben unirse en orden creciente (1 a, 2 b...13. en orden secuencial) bajo la presión del tiempo, y se contabiliza el número de errores cometidos.
- **Test Stroop** (Golden, 2007). Es un instrumento que evalúa la atención compleja, a través de la habilidad para inhibir la interferencia de tipo verbal, o la respuesta automática más rápida, por lo que es una buena medida de la atención selectiva.

- **Test de Fluencia Verbal Fonológica TFVF** (Marquine et al., 2020). Consiste en una prueba de producción verbal controlada y programada, en la cual el sujeto debe producir durante 1 minuto palabras que comiencen con una letra preestablecida por el examinador (ejemplo: P – M – R).

Test de Fluencia Verbal Semántica TFVS (Marquine et al., 2020). Valora la habilidad para recuperar la información semántica almacenada. Está relacionada con la velocidad para organizar el pensamiento y las estrategias utilizadas para la búsqueda rápida de palabras, en un tiempo de 60 segundos.

4.4 Procedimiento

Para el cumplimiento de las actividades programadas en el cronograma del Proyecto de investigación, se realizaron las siguientes actividades:

a) Presentación del proyecto de investigación.

La investigación fue aprobada por el comité de salud del Distrito 17D10, Cayambe – Pedro Moncayo, por el Comité de Ética e Investigación con Seres Humanos de la Universidad UTE y por la Comisión de Doctorado de la Universidad Autónoma de Barcelona. Participó el personal de Salud Mental del Centro de Salud Tabacundo, e investigadoras colaboradoras externas del Hospital Parc Taulí de Barcelona.

b) Aplicación de la metodología de investigación

De acuerdo con el diseño metodológico, a partir de la población diana identificada, se procedió mediante muestreo aleatorio a seleccionar a las mujeres que podrían ser parte del estudio, tomando en consideración los criterios de inclusión y exclusión. Todas las participantes fueron previamente informadas de las características y procedimientos del estudio, de la naturaleza voluntaria de su participación y firmaron el consentimiento

informado. A las mujeres que aceptaron participar en el estudio, se les administró inicialmente el National Adult Reading test NART (TAP versión en español, Pluck, 2017), para descartar discapacidad intelectual.

Todas las mujeres que cumplieron los criterios de inclusión fueron asignadas al grupo A) Terapia EMDR, y B) Terapia Exposición Narrativa, se procedió a darles a conocer en detalle el plan de intervención que se llevará a cabo con cada una de ellas y se fijó el horario para las sesiones terapéuticas, de acuerdo con la dinámica de grupo y los horarios disponibles por los terapeutas. Inicialmente las participantes fueron evaluadas (pretest), a fin de diagnosticar el nivel de afectación que generó el impacto de la violencia en las dimensiones clínicas, neuropsicológicas, y calidad de vida, para ello se aplicaron los test seleccionados para cada una de las variables a investigarse. Los resultados de esta primera fase correspondieron al estudio 1.

c) Intervención

Dos psicólogos clínicos fueron los responsables de contactar a las pacientes asignadas a los grupos A y B, verificando los consentimientos informados y dando continuidad al plan de tratamiento, en el cuál constó el lugar (consultorios provistos para el tratamiento) y los horarios de las terapias correspondiente a cada una de las participantes.

d) Planificación de sesiones terapéuticas

El número de sesiones terapéuticas planificada para cada paciente fue 10, estas se distribuyeron, de acuerdo con el horario acordado con cada usuaria, quienes recibieron mínimo 1 sesión y máximo 2 al mes. A cada usuaria, de acuerdo con el grupo al que fue asignada, se le facilitó un paquete de tratamiento, en el cual se llevó el orden los temas de

cada sesión. En el mismo constó el registro de asistencia y los seguimientos respectivos. El tiempo por cada sesión terapéutica fue 60 minutos.

e) Metodología del abordaje psicoterapéutico

Para el grupo intervenido con EMDR, se aplicó el protocolo estándar (Shapiro, 2001; Shapiro et al., 2018), basado en el Sistema de Procesamiento de la Información a Estados Adaptativos SPIA (Hase et al., 2017; Jarero et al., 2018), siguiendo las ocho fases de tratamiento. 1) Diseño del plan de tratamiento. 2) Preparación del paciente. 3) Evaluación. 4) Desensibilización. 5) Instalación de la cognición positiva. 6) Chequeo corporal. 7) Cierre de la sesión. 8) Reevaluación. Las técnicas utilizadas fueron las indicadas en el mismo protocolo estándar de EMDR. Por una parte, se utilizó las técnicas facilitadoras de la desensibilización y reprocesamiento, float back, float forward, affective scan, atención dual (Schubert et al., 2011), estimulación bilateral auditiva (Boukezzi et al., 2017) y estimulación bilateral visual (van den Hout et al., 2011; van Veen et al., 2016). También, se empleó técnicas de manejo del estrés, ejercicios basados en juegos mentales para la estimulación cognitiva, y el entretejido cognitivo para el manejo de blancos complejos (Shapiro, 2001).

Para el grupo intervenido con Terapia de exposición narrativa, se aplicó el modelo de tratamiento NET, sugerido por sus autores (Schauer, Neuner y Elbert, 2011). La intervención consta de 4 elementos prácticos. 1) Entrevista diagnóstica y psicoeducación. 2) Descripción de la línea de vida (representación simbólica). 3) Sesiones de terapia NET. 4) Rituales de la sesión final (Robjant et al., 2010).

f) Evaluación postest

Una vez finalizado el tratamiento terapéutico, se procedió a aplicar el postest a cada mujer participante, a través de las baterías de test clínicos, neuropsicológicos y de calidad de vida.

Los resultados de este estudio conformaran el estudio 2.

g) Cierre de plan terapéutico

Al finalizar el tratamiento con cada usuaria, se les informó sobre los resultados alcanzados y se procedió a realizar el cierre del plan terapéutico. (esto dependió de la medida en que cada usuaria completó las sesiones de tratamiento).

h) Difusión de resultados

Por cada estudio realizado, se procedió a difundir los resultados mediante la realización de artículos científicos, comunicaciones en congresos científicos nacionales e internacionales, mediante la presentación de Póster y Ponencias.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS GENERALES

5.1 Resultados Estudio 1

A continuación, se presenta el resumen del estudio 1 (traducido al castellano), el cual se encuentra aceptado para publicación en la Journal of Women's and Health, Open Access, indexada en JCR. La versión publicable completa se encuentra en el Anexo 1.

Título: Clinical-neuropsychological profile and quality of life in women who have suffered gender-based violence

Resumen

Introducción

Esta investigación caracteriza los perfiles clínicos, neuropsicológicos y la calidad de vida en un grupo de mujeres ecuatorianas que sufrieron violencia física, violencia psicológica o violencia sexual, explorando sus relaciones con factores sociodemográficos.

Método

Se utilizó una batería de pruebas para explorar las funciones clínicas, neuropsicológicas y la calidad de vida en los participantes que fueron seleccionados por muestreo aleatorio de una población afectada por la violencia (N = 120).

Resultados

El 60% de los participantes presentó ansiedad clínica, el 26,7% depresión clínica, el 40% síntomas de trastorno de estrés postraumático, el 15% trastorno de personalidad moderado y el 51,7% índice de calidad de vida bajo. En general, se evaluaron sus z-scores < -1,5 en los dominios neuropsicológicos: memoria de trabajo (dígitos = -1,67) y velocidad de procesamiento (TMT-A = -1,81). Las mujeres con < 8 años de escolaridad presentaron puntuaciones más bajas en las pruebas atencionales que las mujeres con > 8 años de escolaridad (D2, p = 0,02). Las mujeres que sufrieron violencia sexual presentaron con mayor frecuencia síntomas

postraumáticos que las mujeres que sufrieron violencia física y psicológica (PCL-5, $p = 0,003$).

Las mujeres que vivían con su pareja sentimental mostraron mayor ansiedad que las mujeres que no vivían con pareja (HADS-A, $p = 0,012$)

Conclusiones

La mayoría de las mujeres que sufrieron violencia de género presentaron niveles clínicos de ansiedad, depresión y síntomas postraumáticos. Las funciones cognitivas con puntajes más bajos ($Z < -1.5$) fueron la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento, funciones que mostraron correlaciones con los años de escolaridad.

Palabras clave: *violencia de género; ansiedad; depresión; estrés post traumático; personalidad; funciones neuropsicológicas; calidad de vida.*

5.1.1 Análisis de resultados principales obtenidos en el estudio 1, acorde a objetivos planteados

Objetivo 1

- Evaluar el perfil clínico, neuropsicológico y calidad de vida de mujeres ecuatorianas expuestas a violencia basada en el género.

Objetivo 2

- Valorar si existen diferencias entre los grupos de violencia física, psicológica y sexual respecto al perfil clínico, neuropsicológico y calidad de vida reportado.

Objetivo 3

- Determinar la relación que existe entre las variables clínicas, neuropsicológicas y calidad con las variables sociodemográficas.

Tabla 1*Perfil Sociodemográfico*

La Tabla 1, mostrada en estudio 1, presenta el perfil sociodemográfico de las participantes del estudio.

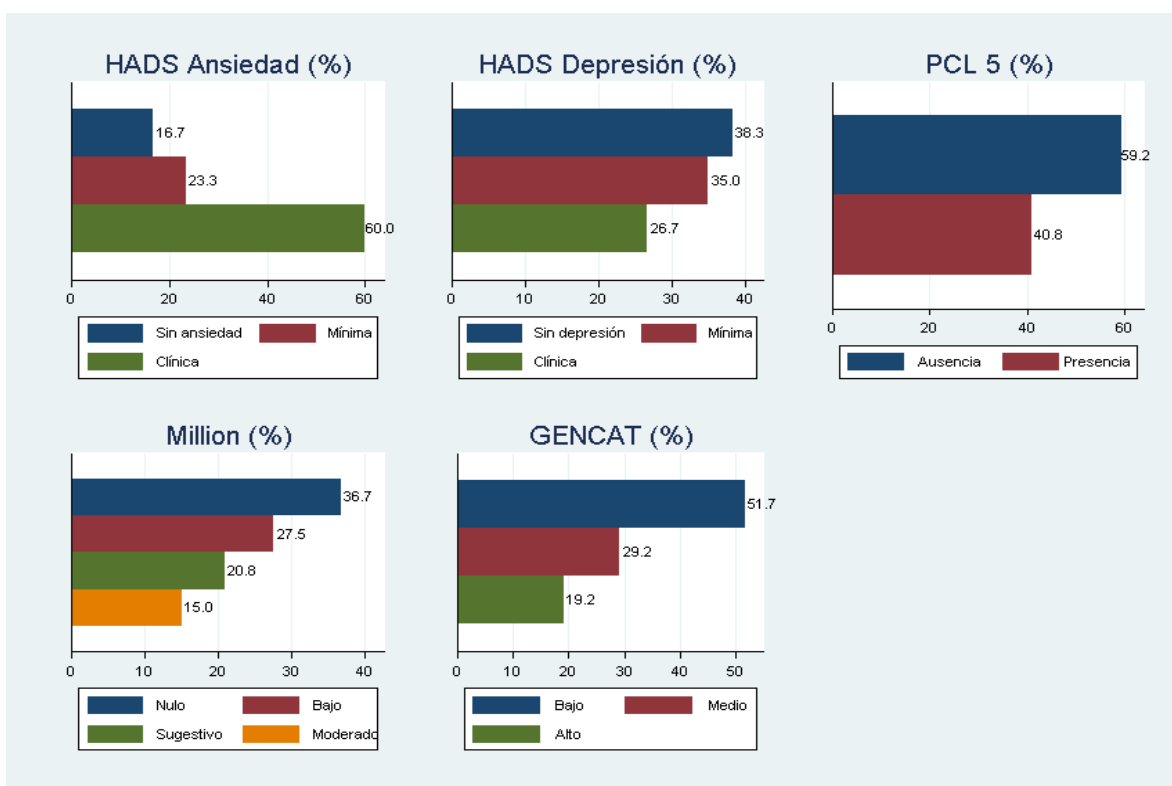
Tabla 1. Perfil sociodemográfico					
Variables	Total (\bar{x}, SD)	Violencia Física (\bar{x}, SD)	Violencia Psicológica (\bar{x}, SD)	Violencia Sexual (\bar{x}, SD)	p- valor
N	120				
Edad (\bar{x} ; SD)	34,3; 0,7	35,4; 1,1	33,6; 1,1	32,3; 2,9	0,3418
Nivel de estudio (\bar{x} ; SD)	8,3; 0,3	7,8; 0,4	8,7; 0,5	8,8; 0,9	0,3016
Tiempo de exposición a la violencia (\bar{x} ; SD)	6,6; 0,5	7,2; 0,8	6,2; 0,7	5,7; 1,3	0,5839
Coficiente intelectual (\bar{x} ; SD)	81,1; 0,8	81; 0,9	80; 1,1	88; 4,0	0,0144
Estado civil (N; %)					
Soltera	16; 100	6; 37,5	7. 43,8	3, 18,8	0,504
Casada	38; 100	19; 50,0	15; 39,5	4; 10,5	0,504
Divorciada	7; 100	5; 71,4	1; 14,3	1; 14,3	0,504
Unión libre	59; 100	26; 44,1	29; 49,2	4; 6,8	0,504

Figura 1

Porcentajes obtenidos en los test que indican presencia o ausencia de alteraciones

Clínico/Psicopatológicas en la muestra general

Los resultados generales de los test clínicos administrados indican, que el 60,0% de las mujeres expuestas a violencia presentaron ansiedad clínica (HADS-A); por otro lado, el 26,7% reportaron depresión clínica (HADS -D) y un 40,8 % reportó sintomatología postraumática (PCL-5) en las mujeres evaluadas. En cuanto al perfil de personalidad (Million-IV), el 15,0% presentó riesgo moderado de patología o trastorno de personalidad, por otra parte, el 51,7%, presentó un índice bajo de calidad de vida (GENCAT) (Figura 1, Anexo 1).

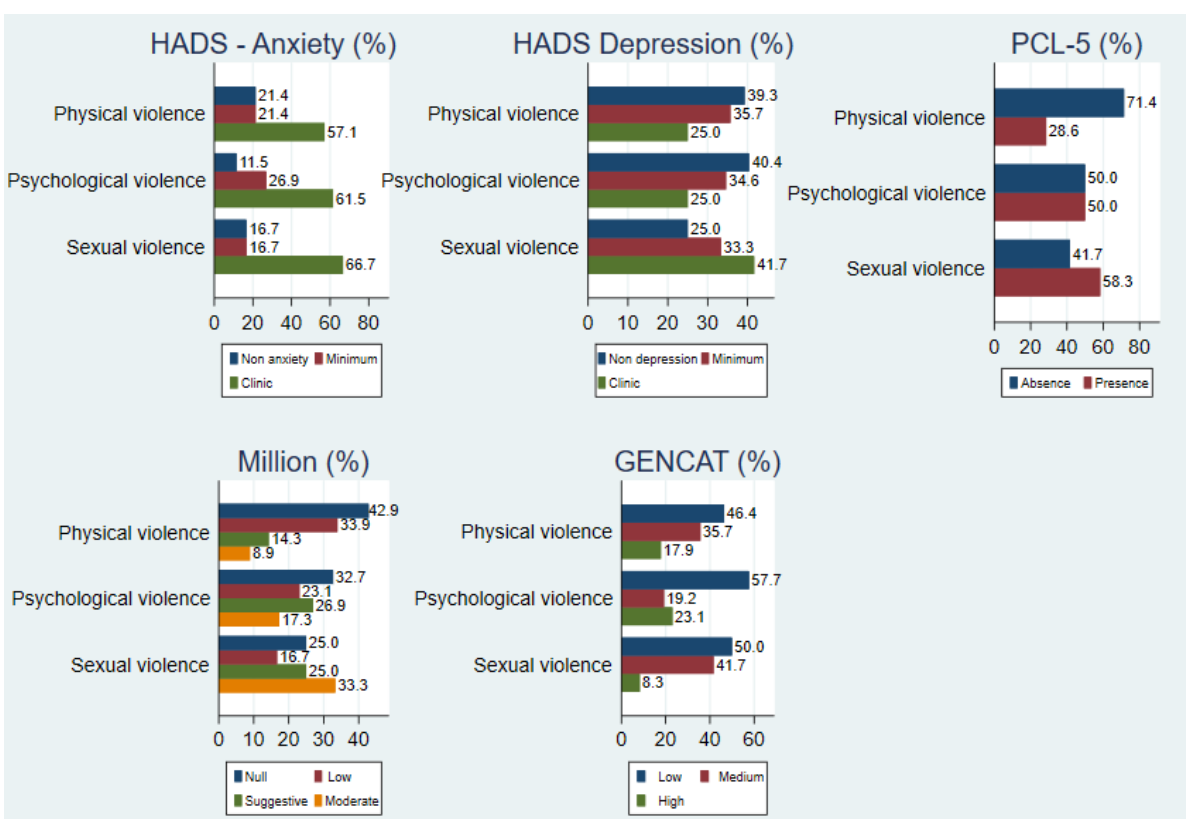


Nota. HADS –Ansiedad: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Ansiedad); HADS-Depresión: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (depresión) PCL-5: The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5; Million: Inventario Multiaxial de Million-IV; GENCAT: Escala de Calidad de Vida.

Figura 2

Resultados obtenidos en los test aplicados para medir las variables clínico-psicopatológicas estudiadas por tipo de violencia

Al comparar los valores obtenidos en los diferentes test aplicados, respecto al tipo de violencia sufrida se pudo observar que aquellas mujeres que estaban expuestas a violencia sexual presentaron mayores niveles de ansiedad clínica (66,7%), depresión clínica (41,7%), estrés postraumático (58%), trastorno de personalidad de riesgo moderado (42,9%), y una menor calidad de vida (50%) comparado con aquellas mujeres que reportaron violencia física y psicológica (Figura 2, Anexo 1).

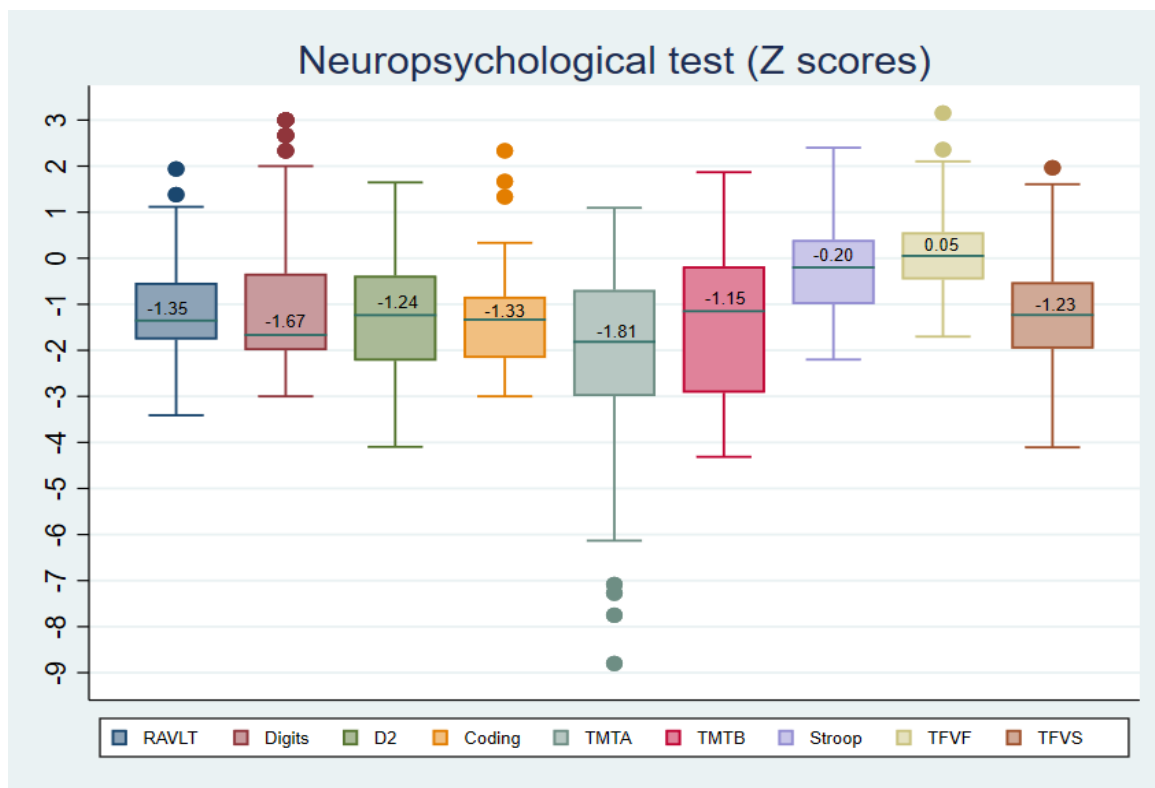


Note. "HADS-Anxiety: Hospital Anxiety and Depression Scale (Anxiety); HADS Depression: Hospital Anxiety and Depression Scale (Depression); PCL-5: The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5; Million: Million Clinical Multiaxial Inventory – III; GENCAT: GENCAT Quality of Life Scale".

Figura 3

Distribución de los puntajes z en los test que evalúan funciones cognitivas

Respecto a las variables neuropsicológicas evaluadas en las participantes, únicamente se observó una puntuación ($<1,5$) en la variable memoria de trabajo (Dígitos= -1,67) y en la variable velocidad de procesamiento (TMT-A = -1,81). Aunque no se observaron resultados clínicamente significativos en el resto de los promedios, se pudo notar una tendencia a presentar valores menores a la media referencial para su edad y nivel cultural en la memoria verbal (RAVLT= -1,35), atención (D2 = -1,24), velocidad visomotora (Claves = -1,33), y en tareas de función ejecutiva (TMT-B = -1,15, Stroop = -0,20 y fluencia verbal con consigna semántica = -1,23) (Figura 3, Anexo 1).

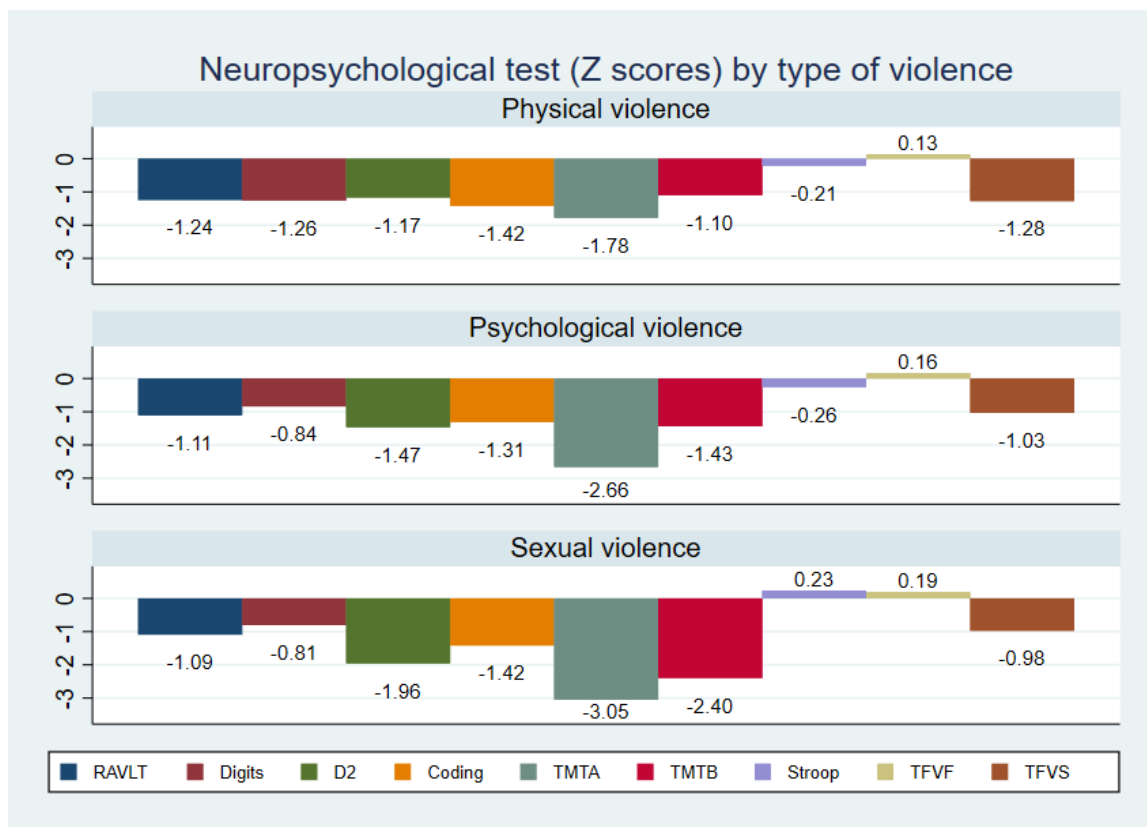


Note: "RAVLT: The Rey Auditory Verbal Learning Test; Digits: WAIS IV Digits subtest; D2: Test D2; Coding: WAIS IV Coding subtest; TMT-B: Trail Making Test Part -B; Stroop: Stroop Test; TFVF: Phonetic Verbal Fluency; TFVS: Semantic Verbal Fluency Test".

Figura 4

Diferencias en los puntajes z reportados, de acuerdo con el tipo de violencia de género

Comparando las medias de las puntuaciones en los test neuropsicológicos, entre los grupos de violencia física, psicológica y sexual, se observó que el grupo de mujeres expuestas a violencia sexual obtuvo puntuaciones clínicamente significativas ($z < -1,5$) en el rendimiento de las pruebas de rastreo (TMT A y TMT B), y en la prueba de atención (D2), comparado con los promedios obtenidos en los grupos de violencia física y psicológica, que si bien se mostraron por debajo de la media para su edad y nivel cultural, no se observan alterados (Figura 4, Anexo 1).



Note: "RAVLT: The Rey Auditory Verbal Learning Test; Digits: WAIS IV Digits subtest; D2: Test D2; Coding: WAIS IV Coding subtest; TMT-B: Trail Making Test Part -B; Stroop: Stroop Test; TFVF: Phonetic Verbal Fluency; TFVS: Semantic Verbal Fluency Test".

Diferencias presentadas en los puntajes de los test clínicos y neuropsicológicos respecto a los grupos de variables sociodemográficas estudiadas

En el estudio 1 (Tabla 2), se mostró que existe una relación de dependencia entre el tipo de violencia y el nivel de afectación clínica. La prueba Kruskal Wallis mostró, que las mujeres expuestas a violencia sexual tienen mayor presencia de sintomatología postraumática, respecto al grupo de mujeres expuestas a violencia física y psicológica (PCL-5, $p = 0,003$). También, se encontró que las mujeres que viven con su pareja sentimental mostraron mayor ansiedad, con respecto a las mujeres que viven sin pareja (HADS-A, $p = 0,012$) (Ver Anexo 1).

Relación entre variables clínicas, neuropsicológicas y sociodemográficas

En el estudio 1 (Tabla 4), se encontró que únicamente la variable nivel de estudios ($M = 8,3$, $SD = 3,4$), resultó estar relacionada con la memoria verbal (RAVLT, $p = 0,001$), memoria de trabajo (Dígitos, $p = 0,000$), atención sostenida (D2, $p = 0,026$) y velocidad de procesamiento (Claves, $p = 0,000$). Asimismo, con funciones ejecutivas, como la flexibilidad cognitiva (TMT-B, $p = 0,015$); fluencia verbal fonética (TFVF, $p = 0,000$) y la fluencia verbal semántica (TFVS, $p = 0,002$) (Ver anexo 1).

5.2 Resultados Estudio 2

A continuación, se presenta el resumen (traducido al castellano) del estudio 2, el cual está aceptado para publicación en la Journal Social Psychology Quartely, Open Access, indexada en JCR. La estructura publicable completa se muestra en Anexo 2.

Título: Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Efficacy in improving clinical, neuropsychological, and quality of life in women victims of violence.

Resumen

El número de mujeres víctimas de violencia ha incrementado considerablemente en los últimos años, causando en ellas daños a nivel físico, mental y social. En este estudio se evaluó la eficacia del Modelo Psicoterapéutico de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR), comparado con la Terapia de exposición Narrativa (Narrative Exposure Therapy NET) como tratamientos para la mejora clínica, neuropsicológica y calidad de vida en mujeres violentadas. Se llevó a cabo un estudio experimental aleatorizado, en el cual participaron 120 mujeres expuestas a violencia física psicológica y sexual, que fueron asignadas a los dos grupos EMDR o NET. Se utilizaron baterías de pruebas clínicas, neuropsicológicas y de calidad de vida, pre y post tratamiento de 10 sesiones terapéuticas. Los resultados mostraron que el grupo de mujeres que recibieron Terapia EMDR expuestas a violencia física y psicológica lograron mayor disminución de ansiedad, depresión y sintomatología postraumática, así como un aumento de calidad de vida, memoria de trabajo, capacidad atencional y velocidad de procesamiento. Se concluye una mayor eficacia de la intervención EMDR en comparación a NET, mediado por factores sociodemográficos. Se precisa la necesidad de la inclusión de protocolos de atención integral sanitaria y primeros auxilios psicológicos de mujeres ecuatorianas víctimas de violencia.

***Palabras clave:** mujeres maltratadas; violencia basada en el género; estrés postraumático, calidad de vida, terapia EMDR, Terapia de Exposición Narrativa NET.*

5.2.1 Análisis de resultados principales obtenidos en el estudio 2, acorde a objetivos planteados

Objetivo 1

- Evaluar la eficacia de la terapia Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR), comparado con la Terapia Narrativa (TN), como tratamientos para la mejora clínica, neuropsicológica y calidad de vida en mujeres afectadas por la violencia basada en el género.

Objetivo 2

- Determinar si existen diferencias en la respuesta al tratamiento con Terapia EMDR y terapia Narrativa, entre los grupos de mujeres expuestas a violencia física, psicológica y sexual.

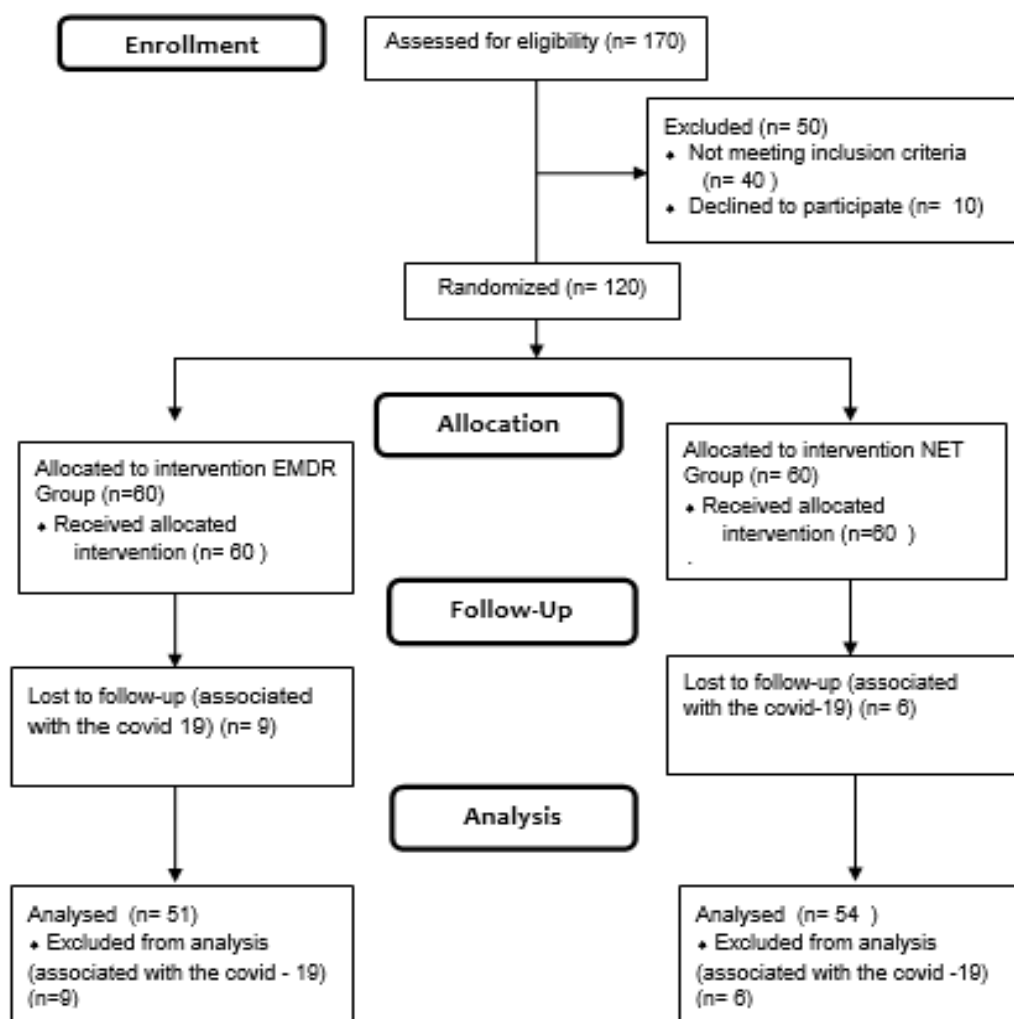
- **Objetivo 3**

Comparar las diferencias entre el pre y postratamiento con terapia EMDR y terapia Narrativa, en los grupos de mujeres intervenidas, con mediación de factores sociodemográficas.

Figura 1

Diagrama CONSORT

En la figura 1, se puede observar el CONSORT, que muestra el diagrama de flujo del proceso de las participantes en el estudio. Asimismo, en la tabla 3, se muestra el perfil sociodemográfico de las participantes (Ver anexo 2).



EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing; NET: Narrative Exposure Therapy.

Análisis de las diferencias en la eficacia del tratamiento de terapia EMDR y NET en la reducción de sintomatología clínica

El grupo de mujeres tratadas con EMDR, mostraron promedios con mayores cambios entre el pre y postratamiento ($M = 9.71$; $DS = 4.59$), comparado con los valores promedio del grupo tratado con la NET ($M = 4.98$; $DS = 3.37$) en la reducción de la ansiedad clínica ($p = 0.001$), con un tamaño de efecto moderado ($d = 0.62$). Asimismo, las pacientes abordadas con EMDR, mostraron mayores cambios reduciendo la depresión ($M = 6.1$; $DS = 3.5$), comparado con el promedio que mostró el grupo de mujeres tratadas con NET ($M = 4.9$ $DS = 3.3$), se evidenciaron diferencias significativas entre el pre y postratamiento ($p = 0.001$) y un tamaño de efecto moderado ($d = 0.51$). Igualmente, los valores promedio de cambios obtenidos entre el pre y postratamiento en el grupo EMDR, se mostró más efectivo que la NET en la reducción del estrés postraumático ($p = 0.002$), con un tamaño de efecto moderado ($d = 0.59$). Por último, el grupo de mujeres tratadas con EMDR, mostró más cambios entre el pre y postratamiento, en promedio ($M = -23.3$; $DS = 13.9$), comparado con el promedio alcanzado por el grupo de NET ($M = -9.1$; $DS = 9.2$), aumentando el índice de calidad de vida ($p = 0.001$), y reportando tamaños de efecto moderados ($d > 0.52$) (véase Tabla 4, Anexo 2).

Análisis de las diferencias en la eficacia del tratamiento de terapia EMDR y NET en la mejora del rendimiento cognitivo.

En relación con las diferencias entre pre y postratamiento en las pruebas que valoraron la memoria de trabajo, se halló que el grupo en tratamiento con EMDR mostró un rendimiento promedio de mejora ($M = 0.90$; $DS = 0.51$; $p = 0.001$) con un tamaño de efecto pequeño ($d = 0.23$), comparado con el grupo de NET que alcanzó un promedio de ($M = 0.39$; $DS = 0.31$; $d = 0.15$). De forma similar, el grupo EMDR mostró en las pruebas que miden la capacidad

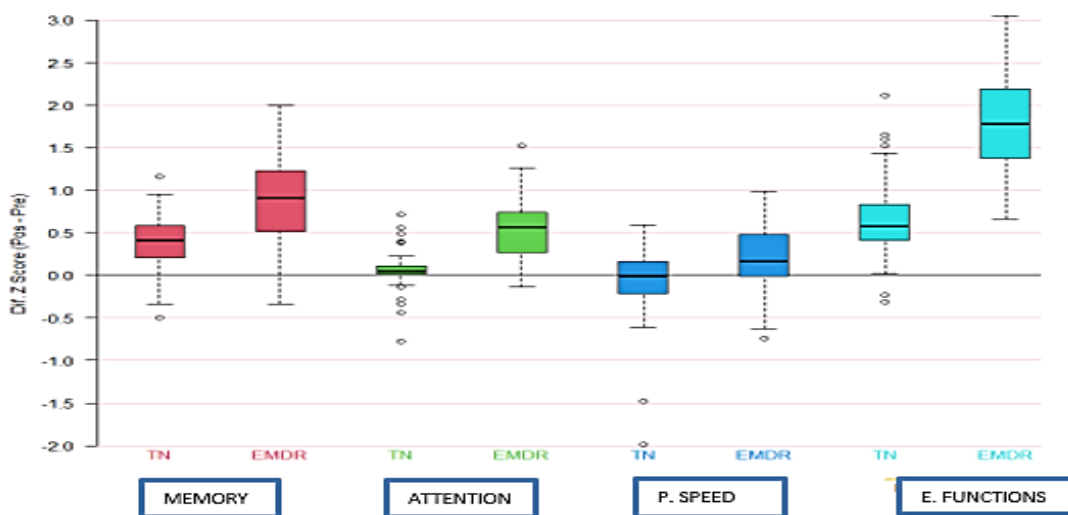
atencional, un promedio de mejora entre el pre y postratamiento ($M = 0.53$; $DS = 0.35$) comparado con el promedio que logró el grupo de NET ($M = 0.05$; $DS = 0.22$) en los que ambos tuvieron un tamaño de efecto pequeño ($d = 0.27$; 0.20). Asimismo, EMDR, mostró mayor eficacia aumentando la capacidad atencional, comparado con la NET ($p = 0.001$). Igualmente, el grupo EMDR, reportó en las pruebas de velocidad de procesamiento, un promedio de mejora pre y postratamiento ($M = 0.23$; $DS = 0.37$), comparado con el promedio que alcanzó el grupo de NET ($M = -0.09$; $DS = 0.43$). EMDR, muestra una mejor respuesta terapéutica, aumentando el rendimiento de velocidad de procesamiento, comparado con el nivel de eficacia que mostró la NET ($p = 0.003$) considerando un tamaño de efecto pequeño ($d = > 0.20 < 0.50$)

Finalmente, comparando las diferencias pre y postratamiento con las pruebas que valoran las funciones ejecutivas, el grupo de tratamiento EMDR mostró un rendimiento promedio de mejora ($M = 1.81$; $DS = 0.58$), comparado con lo alcanzado por el grupo de NET ($M = 0.67$; $DS = 0.49$). Las pacientes tratadas con EMDR, obtuvieron un mejor rendimiento en las pruebas de tareas ejecutivas, en comparación con las pacientes tratadas con la NET ($p = 0.001$; $d = > 0.20 < 0.50$).

(Figura 2, Anexo 2).

Figure 2

Efectividad de la Terapia EMDR comparado con la Terapia NET



EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing; TEN: Narrative Exposure Therapy.

Análisis de las diferencias encontradas en la eficacia del tratamiento con la Terapia EMDR y NET, según datos sociodemográficos

Se estudiaron varios grupos sociodemográficos, considerando la edad, estado civil, años de escolaridad, tipo de violencia y tiempo de exposición a la violencia. En la **Tabla 5** (Anexo 2), se muestra el análisis de las diferencias encontradas en la eficacia del tratamiento con la Terapia EMDR y NET según datos sociodemográficos, de aquellos grupos en los que se hallaron significancias estadísticas ($p < 0.05$).

CAPÍTULO 6
DISCUSIÓN GENERAL

El objetivo principal de este proyecto de investigación fue valorar el perfil cognitivo y clínico de las mujeres ecuatorianas expuestas a violencia de género, y la efectividad de la terapia EMDR, comparada con la terapia narrativa. Nuestro estudio [1] muestra que la mayoría de las mujeres que sufrieron violencia de género presentaron niveles clínicos de ansiedad, depresión y síntomas postraumáticos. Las funciones cognitivas con puntajes más bajos ($Z < -1.5$) fueron la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento, funciones que mostraron correlaciones con los años de escolaridad. Asimismo, respecto a las diferencias entre los grupos estudiados, se encontró que el grupo de mujeres expuestas a violencia sexual mostraron más índices de sintomatología postraumática, comparado con las mujeres expuestas a violencia de género, mientras que las mujeres que están viviendo con pareja sentimental reportaron mayores niveles de ansiedad [1, tabla 2].

El estudio [2] mostró que el grupo de mujeres expuestas a violencia física y psicológica que recibieron terapia EMDR logró una mayor disminución de la ansiedad, depresión y síntomas postraumáticos, así como un aumento en la calidad de vida, memoria de trabajo, capacidad atencional y velocidad de procesamiento. En comparación con la de NET, la eficacia de EMDR fue mayor, mediada por factores sociodemográficos. Las mujeres expuestas a la violencia sexual, las mujeres mayores y las mujeres con menor nivel educativo mostraron un menor progreso terapéutico en cuanto a la reducción de los síntomas clínicos.

6.1 Perfil clínico, neuropsicológico y calidad de vida, de las mujeres expuestas a violencia basada en el género.

El primer objetivo específico planteado en el proyecto de estudio fue explorar el perfil clínico, neuropsicológico, y calidad de vida, de las mujeres ecuatorianas expuestas a violencia de género.

Respecto a los efectos de la violencia en la salud física, mental y social de las mujeres expuestas, se encontró en la literatura previa estudiada, que la violencia contra la mujer provoca graves problemas de salud física, mental, sexual y reproductiva a corto y largo plazo (Stewart et al., 2017; Chmielowska et al., 2017; Williams et al., 2017; Morris et al., 2019). Asimismo, la exposición a la violencia puede afectar la salud mental de las víctimas, desencadenando múltiples trastornos asociados, principalmente el estrés postraumático, los trastornos ansiosos, depresivos, estrés postraumático y los trastornos de la personalidad (Sakar et al., 2019; Karlsson et al., 2020; Taha et al., 2020; Bailey et al., 2021). También, a esto se suma la violencia contra la mujer en el contexto de la pandemia, que ha afectado la economía y desarrollo de las mujeres en distintos ámbitos, personal, profesional, laboral y relacional (Fernández, 2020; da Silva – Telles et al., 2020).; Stewart et al., 2019).

Estos resultados muestran similitud con nuestros hallazgos, pues más del 50 % de las mujeres participantes de nuestro estudio presentó ansiedad clínica, niveles leves de depresión clínica, presencia moderada de sintomatología postraumática y bajo índice de calidad de vida. Considerando el alcance del impacto de la violencia, que parece mostrarse en todas las culturas con cifras ya reportadas por la OMS (2013), donde se encontró que una de cada 3 mujeres en el mundo ha sido víctima de violencia por parte de su pareja íntima, se debería implementar una medida de acción que permita atender este problema desde una visión más integral, con enfoque en los derechos de las víctimas, más aún al considerarse la violencia contra la mujer una prioridad de salud pública (WHA, 1996).

Respecto al perfil neuropsicológico, los resultados de las pruebas neuropsicológicas aplicadas mostraron valores por debajo de la media esperada en población general. Estos resultados se muestran consistentes con la literatura previa revisada (Stewart et al., 2017) pueden

tener graves efectos en el rendimiento cognitivo, especialmente en procesos atencionales (Wrong et al., 2014) y dificultades para inhibir respuestas durante la realización de las tareas cognitivas, mostrando una disminución de la flexibilidad neuronal durante la inhibición (Aupperle et al., 2016). Es probable que, a mayor abuso físico se genere peor rendimiento de las funciones ejecutivas, reduciendo en las mujeres violentadas la posibilidad de obtener recursos básicos para solventar sus necesidades básicas (Lee et al., 2017). En esta misma línea, Galovski et al. (2021) mostraron cómo se relaciona la violencia de pareja, que incluye golpes en la cabeza con lesión cerebral traumática, el estrés postraumático (PTSD), los síntomas psicoafctivos y cognitivos asociados. Estos estudios, que han sido realizados en diversas poblaciones de mujeres afectadas por la violencia, concuerda parcialmente con nuestros hallazgos, pues tal como se ha mostrado en el estudio [1], en el análisis de los puntajes z obtenidos en las pruebas neuropsicológicas aplicadas, la mayoría de participantes obtuvieron puntajes promedios por debajo de la media esperada en la población general; siendo las funciones más afectadas la memoria, la velocidad de procesamiento y la flexibilidad cognitiva.

Por otra parte, el estudio [1, figura 1] muestra el análisis del índice de la calidad de vida, reportado por las mujeres víctimas expuestas a violencia basada en el género. Tal como lo respalda el resultado encontrado la mayoría de las mujeres expuestas a violencia de género reportan un bajo índice de calidad de vida. Este resultado es consistente con los estudios que se han realizado en otros contextos culturales. Al parecer en la mayoría de países existe una clara falencia de los sistemas de protección judicial, atención en salud y apoyo a las víctimas, a pesar de los esfuerzos realizados por los gobiernos locales. Siendo las poblaciones más afectadas las que viven en condiciones de pobreza y en países en vías de desarrollo, que afrontan otras problemáticas como la inmigración, la falta de empleo, la desigualdad de género (ONU

MUJERES, 2020., OMS, 2021). Asimismo, en el material suplementario analizado en el estudio 1 [Anexo 1], se encontró que la calidad de vida muestra correlaciones negativas con los puntajes obtenidos en las escalas clínicas, a mayor afectación clínica, menor calidad de vida. Ya Stewart et al. (2017) reportó una lista de algunos costos sociales / económicos de la violencia de pareja íntima, como el aislamiento social, la pérdida de hábitos sanos, inasistencia escolar, inasistencia laboral, peor calidad de vida. Entendiendo, que la calidad de vida es un determinante de la salud, se hace emergente seguir insistiendo en un oportuno seguimiento a las mujeres víctimas de violencia, que pueda garantizarles el derecho a una vida digna, libre de violencia (Cislaghi et al., 2020).

6.2 Relación entre las variables clínicas, neuropsicológicas, calidad de vida y sociodemográficas

Nuestra investigación aporta a la literatura previa al considerar la relación entre variables clínicas, neuropsicológicas, calidad de vida con datos sociodemográficos. Bajo este antecedente, en el estudio [1] se presenta el análisis de la relación entre estas variables, encontrando significancia entre algunas de estas. Así, se observaron puntajes directos más elevados en las escalas clínicas, comparado con los grupos de mujeres expuestas a violencia psicológica y física respectivamente, quienes reportaron puntajes directos más bajos [estudio 1, figura 2]. También, se encontró diferencias, aunque no significativas, en los puntajes directos de las pruebas neuropsicológicas aplicadas, que coloca en cierta desventaja al grupo de mujeres expuestas a violencia de tipo sexual, quienes obtuvieron menor rendimiento en las pruebas que miden la velocidad de procesamiento y la flexibilidad cognitiva [estudio 1, figura 4]. A pesar que en la literatura previa no se encontró muchos estudios que hayan incluido un análisis de los efectos psicológicos considerando el tipo de violencia al que ha sido expuesta la víctima, ya se han

reportado los efectos adversos para la salud física, mental, sexual y social de las víctimas (Sharps et al., 2019; Apatinga et al., 2020; Thananowan et al., 2021).

Por otra parte, respecto a la relación entre los grupos años de escolaridad y los puntajes obtenidos en las pruebas neuropsicológicas, se observó que a más años de estudio mayor rendimiento cognitivo, colocando al factor años de escolaridad como un indicador mediador en el efecto de la violencia. Tomando en cuenta que las poblaciones más afectadas por la violencia provienen de entornos con bajos recursos económicos y educación escolar básica, tal contexto coloca a las víctimas en un estado de vulnerabilidad y riesgo de volver a experimentar nuevos hechos de violencia (Machisa et al., 2018; Jonker et al., 2019; Navarro et al., 2018).

Un aspecto que llamó la atención en los hallazgos encontrados en nuestro estudio [1], fue las correlaciones bajas entre la variable de “tiempo de exposición a la violencia” y la mayoría de pruebas clínicas y neuropsicológicas aplicadas. Esto abre otras líneas de investigación, pues al parecer, los efectos de la violencia pueden ser tan adversos en mujeres que han vivenciado violencia un cierto tiempo, como en mujeres que han padecido violencia de forma sistemática. Entonces, convendría explorar otros factores que pudieran ser predictores del impacto de la violencia, al considerar el tiempo de exposición al que ha sido expuesta la víctima.

6.3 Efectividad de las intervenciones terapéuticas aplicadas

En el estudio [estudio 2], se comparan la efectividad de los métodos terapéuticos utilizados para mejorar la salud mental y mejora de calidad de vida de las mujeres expuestas a violencia de género.

Desde hace ya varios años se han reportado estudios realizados con diversas poblaciones, indicando los beneficios que aporta EMDR en la mejora de la salud mental de las víctimas expuestas a eventos traumáticos estresantes (Colosetti y Thyer, 2000; Peterson, 2002; Mankuta et

al., 2012). Actualmente, existen nuevos hallazgos que confirman estos positivos efectos en la recuperación de la salud mental de las mujeres expuestas a violencia (Cuijpers et al., 2020; Valedi, et al., 2022; Goga et al., 2022).

Tal como se reportó en el estudio [2], respecto al análisis de las diferencias en la eficacia del tratamiento de terapia EMDR y NET en la reducción de sintomatología clínica; en la figura 1, se mostró los promedios con mayores cambios entre el pre y postratamiento, comparado con la Terapia de Exposición Narrativa. Este resultado se muestra similar comparado con las poblaciones de mujeres en las que se ha trabajado con la terapia EMDR (Allon et al., 2015; Aranda et al., 2015; Mosquera et al., 2017). Bajo este antecedente, se puede mencionar que indistintamente del nivel cultural la terapia EMDR, parece mostrar resultados eficaces en la reducción de sintomatología clínica y mejora en la calidad de vida. Considerando, que el estrés postraumático es el principal síntoma que afecta a las mujeres víctimas de violencia, EMDR ha mostrado en diversas poblaciones efectividad en la disminución de síntomas asociados al TEPT (Matthijssen et al., 2021; Rousseau et al., 2020; Novo Navarro et al., 2018). Además, la Organización Mundial de la salud (2013) ha sugerido su utilización terapéutica en pacientes expuestos a eventos traumáticos violentos.

Por otra parte, en el estudio [2], se mostró el análisis de las diferencias en la eficacia del tratamiento de terapia EMDR y NET en la mejora del rendimiento cognitivo. A pesar, que la mayoría de pacientes presentaron dificultades en las pruebas neuropsicológicas aplicadas, pocas mostraron deterioro significativo grave. Sin embargo, se pudo mostrar que la utilización de los recursos integrativos, utilizados en las fases que provee la terapia EMDR, mejoró el rendimiento cognitivo, elevando la capacidad de atención, memoria y función ejecutiva, comparado con el

grupo de mujeres tratadas con la Terapia de Exposición Narrativa, quienes reportaron menos cambios en las puntuaciones reportadas entre el pre y postratamiento.

Son escasos los estudios que han mostrado interés en estudiar el efecto de la terapia EMDR en la mejora de alteraciones neuropsicológicas (Coubard, 2016; Nijdam et al., 2018); Pagani et al., 2018; Santarnecki et al., 2019), es por ello, que, a pesar de las limitaciones de nuestro estudio, estos primeros resultados dejan abierto un campo importante que podría ser sugerido en otras poblaciones a fin de determinar el alcance de los beneficios de esta terapia.

Otro aspecto importante que se consideró en esta investigación fue el factor sociodemográfico, en esta dirección, se encontró ciertas diferencias entre la respuesta terapéutica en los grupos estudiados. Desde este contexto, se debería sugerir la implementación de programas diversos, inclusivos, pertinentes, de calidad, ajustados a las necesidades y perfil de las mujeres víctimas.

6.4 Implicaciones clínicas y líneas de investigación futuras

La violencia contra las mujeres se reconoce como un problema social de salud pública, afecta. Según datos oficiales de la ONU Mujeres (2020). A nivel global, se estima que 736 millones de mujeres -alrededor de una de cada tres- ha experimentado alguna vez en su vida violencia física o sexual por parte de una pareja íntima, o violencia sexual perpetrada por alguien que no era su pareja (el 30% de las mujeres de 15 años o más). Estos datos no incluyen el acoso sexual y algunos estudios nacionales muestran que la proporción puede llegar al 70 por ciento de las mujeres. Tal como lo indican los estudios más recientes, muchas son las mujeres sobrevivientes del impacto de la violencia, algunas con mayor afectación que otras, pues esto tal como se ha estudiado estos síntomas podrían estar mediados por el factor sociodemográfico (Navarro et al., 2018; El Abani & Pourmehdi, 2018).

Bajo esta perspectiva, es fundamental realizar un mejor análisis de los programas de apoyo gubernamental en el acompañamiento que se están brindando a las mujeres expuestas a violencia. Estudiando más ampliamente los factores protectores y de riesgo, así como también el aspecto cultural, socioeconómico, educativo y demográfico, a fin de tener rutas de actuación más efectivas, a fin de minimizar el impacto de la violencia. De igual manera, tal como se ha visibilizado existen terapias recomendadas por Organizaciones Internacionales como la OMS (2013) y el National Institute for health and Care Excellence (2018), quienes han descrito una lista de enfoques terapéuticos para el abordaje de pacientes expuestos a eventos violentos, entre las cuales se ha considerado EMDR.

Es importante hablar de los costos que asumen los gobiernos en el diseño e implementación de planes de salud mental y de mejoras en el sistema de protección social, a fin de disminuir el problema de la violencia contra las mujeres, pero cada día se observan más casos de víctimas, especialmente en los países en vías de desarrollo, en donde este fenómeno reporta mayores tasas anuales (CEPAL, 2020). En este sentido, EMDR, ha mostrado ser una terapia beneficiosa, tanto en la capacidad para la reducción de síntomas asociados al TEPT, como en la prolongación de sesiones terapéuticas subsecuentes (Karatzias et al., 2019; Linder et al., 2022; Deisenhofer et al., 2018). Por lo tanto, es importante recomendar el entrenamiento en este enfoque terapéutico a los profesionales de salud mental, para que posteriormente, puedan considerar su utilización en los servicios de salud pública en los que intervienen con mujeres expuestas a la violencia.

Sería interesante para futuras investigaciones con este tema, estudiar otras poblaciones de mujeres afectadas por la violencia, a fin de observar el impacto real en su salud física y mental, integrando otras variables de tipo culturales, que en este estudio no han sido consideradas.

Asimismo, integrar otros enfoques terapéuticos, para establecer una línea de base terapéutica más completa, ya que se conoce que los enfoques integrativos, holísticos y con pertinencia cultural, tienden a mostrar mejor efectividad con las mujeres expuestas a violencia que se adhieren a terapia. Esto especialmente en las comunidades indígenas ecuatorianas, en donde se promueve la medicina ancestral y las terapias alternativas.

6.5 Fortalezas y Limitaciones

En comparación con estudios anteriores que han investigado sobre la violencia basada en el género en mujeres, nuestros estudios se caracterizan por uno o más de los siguientes puntos fuertes: un tamaño de muestra adecuado para las comparaciones intergrupales (N=120; 60 por grupo). Se consideró la variable tipo de violencia, de esta forma hacer comparaciones entre cuál tipo de violencia genera mayor afectación neuropsicológica y clínica. Se utilizó criterios estrictos para la inclusión de la muestra. Por razones éticas no se incluyó un grupo control, ya que la Normativa Legal Vigente en el Ecuador no contempla ese tipo de diseños en casos asociados a violencia basada en el género, entonces todas las mujeres recibieron el tratamiento terapéutico. Se utilizó una batería de test clínicos y neuropsicológicos completa. Por último, nuestro estudio consideró el factor sociodemográfico dentro del estudio integral de las mujeres expuestas a violencia basada en el género.

Las posibles limitaciones de este proyecto de investigación podrían haberse generado al no disponer de un grupo control, ya que por razones éticas no ha sido posible un diseño de casos - control. Asimismo, la muestra colectada de participantes son floricultoras, provienen de zonas rurales, por lo cual se limita la generalización de los resultados.

Otro factor limitante fue la Covid – 19 que afectó a las comunidades de Cayambe y Pedro Moncayo y supuso en ciertos casos la interrupción provisional de algunos de los tratamientos asignados.

CAPÍTULO 7
CONCLUSIONES

En síntesis, presentamos los hallazgos más significativos de nuestro proyecto de investigación:

En primer lugar, nuestros resultados mostraron que las mujeres expuestas a violencia basada en el género, reportaron niveles clínicos significativos de ansiedad y de estrés postraumático. Asimismo, en su mayoría reportaron un índice bajo de calidad de vida.

En segundo lugar, se encontró que la mayoría de mujeres expuestas a violencia basada en el género, presentaron un bajo rendimiento (menor al promedio en general), en las pruebas que valoran las funciones cognitivas, memoria, atención, velocidad de procesamiento y funciones ejecutivas; siendo el manejo de funciones ejecutivas las que mayor afectación mostraron ($<1,5$).

En tercer lugar, se comprobó que el factor sociodemográfico influye en los síntomas clínicos y neuropsicológicos reportados por las mujeres que participaron del estudio. En este sentido, la variable violencia sexual mostró puntajes directos diferentes en la variable nivel de estrés postraumático y en la variable funciones ejecutivas, en relación al grupo de mujeres expuestas a violencia física y psicológica

En cuarto lugar, nuestra investigación encontró que el efecto de la terapia con EMDR, resultó más eficaz, comparado con la terapia de exposición narrativa en la disminución de los niveles de ansiedad, depresión y sintomatología postraumática; elevando el índice de calidad de vida.

En quinto lugar, hemos encontrado que la terapia con EMDR, resultó más efectiva comparada con la terapia de exposición narrativa para el aumento en el rendimiento de la memoria de trabajo, la atención y las funciones ejecutivas, mediado por factores sociodemográficos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adenauer, H., Catani, C., Gola, H., Keil, J., Ruf, M., Schauer, M., & Neuner, F. (2011). Narrative exposure therapy for PTSD increases top-down processing of aversive stimuli - evidence from a randomized controlled treatment trial. *BMC Neuroscience*, *12* (1).
<https://doi.org/10.1186/1471-2202-12-127>
- Al-Natour, A., Alshareideh, K. H., Obeisat, S. M., Alzoubi, F., & ALBashtawy, M. (2020). Marital Violence affecting female nurses and its physical and mental health consequences. *International Nursing Review*, *67*(2). <https://doi.org/10.1111/inr.12580>
- Allon, M. (2015). EMDR Group Therapy with Women Who Were Sexually Assaulted in the Congo. *Journal of EMDR Practice and Research*, *9*(1), 28–34.
<http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.9.1.28>
- Alsaker, K., Moen, B. E., Morken, T., & Baste, V. (2018). Intimate partner violence associated with low quality of life - a cross-sectional study. *BMC Women's Health*, *18*(1).
<https://doi.org/10.1186/s12905-018-0638-5>
- Amano, T., & Toichi, M. (2016). The Role of Alternating Bilateral Stimulation in Establishing Positive Cognition in EMDR Therapy: A Multi-Channel Near-Infrared Spectroscopy Study. *PLoS ONE*, *11*(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0162735>
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5®*. American Psychiatric Publishing.

- Apatinga, G. A., Tenkorang, E. Y., & Issahaku, P. (2020). Silent and Lethal: Consequences of Sexual Violence Against Married Women in Ghana. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(23-24), NP13206–NP13228. <https://doi.org/10.1177/0886260520905552>
- Aranda, B. D. E., Ronquillo, N. M., & Calvillo, M. E. N. (2015). Neuropsychological and Physiological Outcomes Pre- and Post-EMDR Therapy for a Woman with PTSD: A Case Study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9(4), 174–187. <http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.9.4.174>
- Aupperle, R. L., Stillman, A. N., Simmons, A. N., Flagan, T., Allard, C. B., Thorp, S. R., Norman, S. B., Paulus, M. P., & Stein, M. B. (2016). Intimate Partner Violence PTSD and Neural Correlates of Inhibition. *Journal of Traumatic Stress*, 29(1), 33–40. <https://doi.org/10.1002/jts.22068>
- Baek, J., Lee, S., Cho, T., Kim, S.-W., Kim, M., Yoon, Y., Kim, K. K., Byun, J., Kim, S. J., Jeong, J., & Shin, H.-S. (2019). Neural circuits underlying a psychotherapeutic regimen for fear disorders. *Nature*, 566(7744), 339–343. <https://doi.org/10.1038/s41586-019-0931-y>
- Bailey, K., Trevillion, K., & Gilchrist, G. (2019). What works for whom and why: A narrative systematic review of interventions for reducing post-traumatic stress disorder and problematic substance use among women with experiences of interpersonal violence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 99, 88–103. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.12.007>

- Bedford, L. E., Guo, V. Y., Yu, E. Y. T., Wong, C. K. H., Fung, C. S. C., & Lam, C. L. K. (2020). Do Negative Emotional States Play a Role in the Association Between Intimate Partner Violence and Poor Health-Related Quality of Life in Chinese Women from Low-Income Families? *Violence against Women*, 26(15-16), 2041–2061.
<https://doi.org/10.1177/1077801219892648>
- Bichard, H., Byrne, C., Saville, C. W. N., & Coetzer, R. (2021). The neuropsychological outcomes of non-fatal strangulation in domestic and sexual violence: A systematic review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 1(29), 1–29.
<https://doi.org/10.1080/09602011.2020.1868537>
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489–498.
<https://doi.org/10.1002/jts.22059>
- Both, L. M., Favaretto, T. C., & Freitas, L. H. M. (2019). Cycle of violence in women victims of domestic violence: Qualitative analysis of OPD 2 interview. *Brain and Behavior*, 9(11).
<https://doi.org/10.1002/brb3.1430>
- Boukezzi, S., Silva, C., Nazarian, B., Rousseau, P.-F., Guedj, E., Valenzuela-Moguillansky, C., & Khalifa, S. (2017). Bilateral Alternating Auditory Stimulations Facilitate Fear Extinction and Retrieval. *Frontiers in Psychology*, 8(8).
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00990>

- Breiding, M. J., Basile, K. C., Smith, S. G., Black, M. C., Mahendra, R., Frieden, T. R., Houry, D., & Mercy, J. A. (2015). *Intimate Partner Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements*.
<https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/ipv/intimatepartnerviolence.pdf>
- Brickenkamp, R. (2012). *d2: Test de atención (Cuarta edición)*. Madrid: Tea Ediciones.
- Cao, J., Yang, Q., Steinberg, D., Convoy, S., & Humphreys, J. (2021). Symptom Trajectory among Formerly Abused Women: An Exploratory Study. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(11), 1–15. <https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1919806>
- Caribe, C. E. para A. L. y el. (2020, November 24). *CEPAL: Preocupa la persistencia de la violencia contra las mujeres y las niñas en la región y su máxima expresión, el feminicidio o femicidio*. <https://www.cepal.org/es/comunicados/cepal-preocupa-la-persistencia-la-violencia-mujeres-ninas-la-region-su-maxima-expresion>
- Carleial, S., Nätt, D., Unternährer, E., Elbert, T., Robjant, K., Wilker, S., Vukojevic, V., Kolassa, I.-T., Zeller, A. C., & Koebach, A. (2021). DNA methylation changes following narrative exposure therapy in a randomized controlled trial with female former child soldiers. *Scientific Reports*, 11(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-98067-9>
- Carleton, R. N., Mulvogue, M. K., & Duranceau, S. (2015). PTSD personality subtypes in women exposed to intimate-partner violence. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(2), 154–161. <https://doi.org/10.1037/tra0000003>

Carlson, B. E. (2005). The Most Important Things Learned About Violence and Trauma in the Past 20 Years. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(1), 119–126.

<https://doi.org/10.1177/0886260504268603>

Centers for Disease Control and Prevention. (2019). *Risk and Protective Factors/Intimate Partner Violence/Violence Prevention/Injury Center/CDC*. Centers for Disease Control and Prevention.

<https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/riskprotectivefactors.html>

Chmielowska, M., & Fuhr, D. C. (2017). Intimate partner violence and mental ill health among global populations of Indigenous women: a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(6), 689–704. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1375-z>

Cimino, A. N., Yi, G., Patch, M., Alter, Y., Campbell, J. C., Gundersen, K. K., Tang, J. T., Tsuyuki, K., & Stockman, J. K. (2019). The Effect of Intimate Partner Violence and Probable Traumatic Brain Injury on Mental Health Outcomes for Black Women. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 28(6), 714–731.

<https://doi.org/10.1080/10926771.2019.1587657>

Cislaghi, B., Weber, A. M., Gupta, G. R., & Darmstadt, G. L. (2020). Gender equality and global health: intersecting political challenges. *Journal of Global Health*, 10(1).

<https://doi.org/10.7189/jogh.10.010701>

- Colosetti, S. D., & Thyer, B. A. (2000). The Relative Effectiveness of Emdr Versus Relaxation Training with Battered Women Prisoners. *Behavior Modification*, 24(5), 719–739. <https://doi.org/10.1177/0145445500245006>
- Coubard, O. A. (2016). An Integrative Model for the Neural Mechanism of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 10(10). <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2016.00052>
- Cuijpers, P., Veen, S. C. van, Sijbrandij, M., Yoder, W., & Cristea, I. A. (2020). Eye movement desensitization and reprocessing for mental health problems: a systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 49(3), 1–16. <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1703801>
- Das, T., & Basu Roy, D. T. (2020). More than individual factors; is there any contextual effect of unemployment, poverty and literacy on the domestic spousal violence against women? A multilevel analysis on Indian context. *SSM - Population Health*, 12, 100691. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100691>
- de Bont, P. A. J. M., van den Berg, D. P. G., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de Jongh, A., van der Gaag, M., & van Minnen, A. M. (2016). Prolonged exposure and EMDR for PTSD v. a PTSD waiting-list condition: effects on symptoms of psychosis, depression and social functioning in patients with chronic psychotic disorders. *Psychological Medicine*, 46(11), 2411–2421. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001094>

- de Bont, P. A., van den Berg, D. P., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., Mulder, C. L., Becker, E. S., de Jongh, A., van der Gaag, M., & van Minnen, A. (2013). A multi-site single blind clinical study to compare the effects of prolonged exposure, eye movement desensitization and reprocessing and waiting list on patients with a current diagnosis of psychosis and co morbid post-traumatic stress disorder: study protocol for the randomized controlled trial Treating Trauma in Psychosis. *Trials*, *14*(1), 151. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-14-151>
- Deisenhofer, A.-K., Delgadillo, J., Rubel, J. A., Böhnke, J. R., Zimmermann, D., Schwartz, B., & Lutz, W. (2018). Individual treatment selection for patients with posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, *35*(6), 541–550. <https://doi.org/10.1002/da.22755>
- Edeby, A., & San Sebastián, M. (2021). Prevalence and sociogeographical inequalities of violence against women in Ecuador: a cross-sectional study. *International Journal for Equity in Health*, *20*(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01456-9>
- Edmond, T., & Rubin, A. (2004). Assessing the Long-Term Effects of EMDR: Results from an 18-Month Follow-Up Study with Adult Female Survivors of CSA. *Journal of Child Sexual Abuse*, *13*(1), 69–86. https://doi.org/10.1300/J070v13n01_04
- El Abani, S., & Pourmehdi, M. (2018). Gender and Educational Differences in Perception of Domestic Violence Against Women Among Libyan Migrants in Manchester. *Journal of Interpersonal Violence*, *36*(5-6), 088626051876000. <https://doi.org/10.1177/0886260518760006>

- Every-Palmer, S., Flewett, T., Dean, S., Hansby, O., Colman, A., Weatherall, M., & Bell, E. (2019). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy for posttraumatic stress disorder in adults with serious mental illness within forensic and rehabilitation services: a study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *20*(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3760-2>
- Faraci, P., Triscari, M. T., Catalisano, D., D'Angelo, V., & Urso, V. (2015). Effectiveness of cognitive behavioral therapy integrated with systematic desensitization, cognitive behavioral therapy combined with eye movement desensitization and reprocessing therapy, and cognitive behavioral therapy combined with virtual reality exposure therapy methods in the treatment of flight anxiety: a randomized trial. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *7*(11), 2591. <https://doi.org/10.2147/NDT.S93401>
- Fedele, K. M., Johnson, N. L., Caldwell, J. C., Shteynberg, Y., Sanders, S. E., Holmes, S. C., & Johnson, D. M. (2018). The impact of comorbid diagnoses on the course of posttraumatic stress disorder symptoms in residents of battered women's shelters. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *10*(6), 628–635. <https://doi.org/10.1037/tra0000335>
- Ferreira Correia, A., & Campagna Osorio, I. (2013). The Rey Auditory Verbal Learning Test: Normative Data Developed for the Venezuelan Population. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *29*(2), 206–215. <https://doi.org/10.1093/arclin/act070>

- Feske, U., & Goldstein, A. J. (1997). Eye movement desensitization and reprocessing treatment for panic disorder: A controlled outcome and partial dismantling study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(6), 1026–1035. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.6.1026>
- Gainer, D., Alam, S., Alam, H., & Redding, H. (2020). A FLASH OF HOPE: Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy. *Innovations in Clinical Neuroscience, 17*(7-9), 12–20. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33520399/>
- Galovski, T. E., Werner, K. B., Iverson, K. M., Kaplan, S., Fortier, C. B., Fonda, J. R., Currao, A., Salat, D., & McGlinchey, R. E. (2021). A Multi-Method Approach to a Comprehensive Examination of the Psychiatric and Neurological Consequences of Intimate Partner Violence in Women: A Methodology Protocol. *Frontiers in Psychiatry, 12*(569335). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.569335>
- Gerhardt, A., Leisner, S., Hartmann, M., Janke, S., Seidler, G. H., Eich, W., & Tesarz, J. (2016). Eye Movement Desensitization and Reprocessing vs. Treatment-as-Usual for Non-Specific Chronic Back Pain Patients with Psychological Trauma: A Randomized Controlled Pilot Study. *Frontiers in Psychiatry, 7*(7). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00201>
- Gielkens, E. M. J., Sobczak, S., & Van Alphen, S. P. J. (2016). Eye movement desensitization and reprocessing therapy for personality disorders in older adults? *International Psychogeriatrics, 28*(10), 1751–1752. <https://doi.org/10.1017/S1041610216000892>

- Goga, N., Boianuiu, C.-A., Vasileteanu, A., Popovici, A.-F., Drăgoi, M.-V., Popovici, R., Gancea, I. O., Pîrlog, M. C., Popa, R. C., & Hadăr, A. (2022). An Efficient System for Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy: A Pilot Study. *Healthcare*, 10(1), 133. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010133>
- Golden, C. J. (2007). *STROOP: test de colores y palabras*. Madrid: TEA.
- Goldstein, A. J., de Beurs, E., Chambless, D. L., & Wilson, K. A. (2000). EMDR for panic disorder with agoraphobia: Comparison with waiting list and credible attention-placebo control conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 947–956. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.6.947>
- Hameed, M., O’Doherty, L., Gilchrist, G., Tirado-Muñoz, J., Taft, A., Chondros, P., Feder, G., Tan, M., & Hegarty, K. (2020). Psychological therapies for women who experience intimate partner violence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7), CD013017. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013017.pub2>
- Hase, M., Balmaceda, U. M., Hase, A., Lehnung, M., Tumani, V., Huchzermeier, C., & Hofmann, A. (2015). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in the treatment of depression: a matched pairs study in an inpatient setting. *Brain and Behavior*, 5(6): 1-9. <https://doi.org/10.1002/brb3.342>
- Hase, M., Schallmayer, S., & Sack, M. (2008). EMDR Reprocessing of the Addiction Memory: Pretreatment, Posttreatment, and 1-Month Follow-Up. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(3), 170–179. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.3.170>

- Hensley, B. J. (2016). *An EMDR therapy primer: from practicum to practice*. Springer Publishing Company, Llc.
- Herkt, D., Tumani, V., Grön, G., Kammer, T., Hofmann, A., & Abler, B. (2014). Facilitating Access to Emotions: Neural Signature of EMDR Stimulation. *PLoS ONE*, 9(8), e106350. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0106350>
- Hisasue, T., Kruse, M., Raitanen, J., Paavilainen, E., & Rissanen, P. (2020). Quality of life, psychological distress and violence among women in close relationships: a population-based study in Finland. *BMC Women's Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12905-020-00950-6>
- Hossain, M., Pearson, R. J., McAlpine, A., Bacchus, L. J., Spangaro, J., Muthuri, S., Muuo, S., Franchi, G., Hess, T., Bangha, M., & Izugbara, C. (2020). Gender-based violence and its association with mental health among Somali women in a Kenyan refugee camp: a latent class analysis. *J Epidemiol Community Health*, 75(4). <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214086>
- Illescas Zhicay, M. M., Tapia Segarra, J. I., & Flores Lazo, E. T. (2018). Factores socioculturales que influyen en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar. *Killkana Social*, 2(3), 187–196. <https://doi.org/10.26871/killkanasocial.v2i3.348>

- Imai, R., Hori, H., Itoh, M., Lin, M., Niwa, M., Ino, K., Ogawa, S., Ishida, M., Sekiguchi, A., Matsui, M., Kunugi, H., Akechi, T., Kamo, T., & Kim, Y. (2018). Inflammatory markers and their possible effects on cognitive function in women with posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychiatric Research*, *102*, 192–200.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.04.009>
- INEC. (2019). *Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres -ENVIGMU*. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Violencia_de_genero_2019/Principales%20resultados%20ENVIGMU%202019.pdf
- Iverson, K. M., Dardis, C. M., Grillo, A. R., Galovski, T. E., & Pogoda, T. K. (2019). Associations between traumatic brain injury from intimate partner violence and future psychosocial health risks in women. *Comprehensive Psychiatry*, *92*, 13–21.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.05.001>
- Iverson, K. M., Dardis, C. M., & Pogoda, T. K. (2017). Traumatic brain injury and PTSD symptoms as a consequence of intimate partner violence. *Comprehensive Psychiatry*, *74*, 80–87. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.01.007>
- Jarero, I., & Artigas, L. (2018). AIP model-based Acute Trauma and Ongoing Traumatic Stress Theoretical Conceptualization. *Iberoamerican Journal of Psychotraumatology and Dissociation. Revista Iberoamericana de Psicotraumatología Y Disociación*, *10*(1), 2007–8544.
https://www.revibapst.com/files/ugd/c70085_bdf830b1ebf14e82afc742a4e11626c1.pdf

- Jennings, W. G., Powers, R. A., & Perez, N. M. (2020). A Review of the Effects of the Violence Against Women Act on Law Enforcement. *Violence against Women*, 27(1), 107780122094969. <https://doi.org/10.1177/1077801220949694>
- Jonker, I. E., Lako, D. A. M., Beijersbergen, M. D., Sijbrandij, M., van Hemert, A. M., & Wolf, J. R. L. M. (2018). Factors Related to Depression and Post-Traumatic Stress Disorder in Shelter-Based Abused Women. *Violence against Women*, 25(4), 401–420. <https://doi.org/10.1177/1077801218790700>
- Kadir Shahar, H., Jafri, F., Mohd Zulkefli, N. A., & Ahmad, N. (2020). Prevalence of intimate partner violence in Malaysia and its associated factors: a systematic review. *BMC Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09587-4>
- Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., Hyland, P., Maercker, A., Ben-Ezra, M., Coventry, P., Mason-Roberts, S., Bradley, A., & Hutton, P. (2019). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(11), 1761–1775. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000436>
- Karlsson, M. E., & Zielinski, M. J. (2018). Sexual Victimization and Mental Illness Prevalence Rates Among Incarcerated Women: A Literature Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(2), 152483801876793. <https://doi.org/10.1177/1524838018767933>
- Kaur, N., & Kumar, A. (2020). Vitriolage (vitriolism) - a medico-socio-legal review. *Forensic Science, Medicine and Pathology*, 16(3), 481–488. <https://doi.org/10.1007/s12024-020-00230-7>

- Kennedy, C. M., Tarokh, L., & Stein, M. B. (2001). Cognitive Difficulties and Posttraumatic Stress Disorder in Female Victims of Intimate Partner Violence. *CNS Spectrums*, 6(09), 787–792. <https://doi.org/10.1017/s1092852900001541>
- Kim, D., Choi, J., Kim, S.-H., Oh, D.-H., Park, S.-C., Lee, S.-H., Kim, D., Choi, J., Kim, S.-H., Oh, D.-H., Park, S.-C., & Lee, S.-H. (2010). A Pilot Study of Brief Eye Movement Desensitization and Reprocessing(EMDR) for Treatment of Acute Phase Schizophrenia. *Journal of the Korean Society of Biological Psychiatry*, 94–102. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/wpr-725303>
- Kısa, S., Zeyneloğlu, S., & Sergek Verim, E. (2019). The Level of Hopelessness and Psychological Distress among Abused Women in A Women’s Shelter in Turkey. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(1), 30–36. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.08.009>
- Kotan, Z., Kotan, V. O., Yalvaç, H. D., & Demir, S. (2017). Association of Domestic Violence Against Women with Sociodemographic Factors, Clinical Features, and Dissociative Symptoms in Patients Who Receive Services from Psychiatric Outpatient Units in Turkey. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(15-16), 088626051770337. <https://doi.org/10.1177/0886260517703372>
- Kozubik, M., van Dijk, J. P., & Rac, I. (2020). Health Risks Related to Domestic Violence against Roma Women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 6992. <https://doi.org/10.3390/ijerph17196992>

- Landin-Romero, R., Moreno-Alcazar, A., Pagani, M., & Amann, B. L. (2018). How Does Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy Work? A Systematic Review on Suggested Mechanisms of Action. *Frontiers in Psychology, 9*(1395).
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01395>
- Lee, M. S., & DePrince, A. P. (2017). Impact of executive function on efficacy obtaining resources following intimate partner violence. *Journal of Community Psychology, 45*(6), 704–714. <https://doi.org/10.1002/jcop.21887>
- Lely, J. C. G., Smid, G. E., Jongedijk, R. A., W. Knipscheer, J., & Kleber, R. J. (2019). The effectiveness of narrative exposure therapy: a review, meta-analysis and meta-regression analysis. *European Journal of Psychotraumatology, 10*(1), 1550344.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1550344>
- Lever, H., Ottenheimer, D., Teysir, J., Singer, E., & Atkinson, H. G. (2018). Depression, Anxiety, Post-traumatic Stress Disorder and a History of Pervasive Gender-Based Violence Among Women Asylum Seekers Who Have Undergone Female Genital Mutilation/Cutting: A Retrospective Case Review. *Journal of Immigrant and Minority Health, 21*(3), 483–489. <https://doi.org/10.1007/s10903-018-0782-x>
- Linder, J. N., Niño, A., Negash, S., & Espinoza, S. (2022). Thematic analysis of therapists' experiences integrating EMDR and EFT in couple therapy: Theoretical and clinical complementarity, and benefits to client couples. *Journal of Marital and Family Therapy, 0.1111/jmft.12587*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jmft.12587>

- Lutgendorf, M. A. (2019). Intimate Partner Violence and Women's Health. *Obstetrics & Gynecology*, 134(3), 470–480. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003326>
- Machisa, M., & Shamu, S. (2018). Mental ill health and factors associated with men's use of intimate partner violence in Zimbabwe. *BMC Public Health*, 18(1).
<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5272-5>
- Malik, M., Munir, N., Ghani, M. U., & Ahmad, N. (2021). Domestic violence and its relationship with depression, anxiety and quality of life: A hidden dilemma of Pakistani women. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 37(1), 191–194.
<https://doi.org/10.12669/pjms.37.1.2893>
- Mankuta, D., Aziz-Suleyman, A., Yochai, L., & Allon, M. (2012). Field evaluation and treatment of short-term psycho-medical trauma after sexual assault in the Democratic Republic of Congo. *The Israel Medical Association Journal: IMAJ*, 14(11), 653–657.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23240367/>
- Margulis, L. E., Louhau, M. R. S., & Ferreres, A. (2018). Baremo del Trail Making Test para Capital Federal y Gran Buenos Aires. *Revista Argentina de Ciencias Del Comportamiento (RACC)*, 10(3), 58–67.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6626364>

- Marquine, M. J., Morlett Paredes, A., Madriaga, C., Blumstein, Y., Umlauf, A., Kamalyan, L., Rivera Mindt, M., Suarez, P., Artiola I. Fortuni, L., Heaton, R. K., & Cherner, M. (2020). Demographically-adjusted norms for selected tests of verbal fluency: Results from the Neuropsychological Norms for the US-Mexico Border Region in Spanish (NP-NUMBRS) project. *The Clinical Neuropsychologist*, *35*(2), 1–24.
<https://doi.org/10.1080/13854046.2020.1762931>
- Matthijssen, S. J. M. A., Brouwers, T., van Roozendaal, C., Vuister, T., & de Jongh, A. (2021). The effect of EMDR versus EMDR 2.0 on emotionality and vividness of aversive memories in a non-clinical sample. *European Journal of Psychotraumatology*, *12*(1).
<https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1956793>
- McAllister, P., & Vennun, A. (2022). Sexual Violence and Mental Health: An Analysis of the Mediating Role of Self-Compassion Using a Feminist Lens. *Violence against Women*, *28*(5), 107780122110120. <https://doi.org/10.1177/10778012211012097>
- McClintock, H. F., & Dulak, S. L. (2020). Intimate Partner Violence and Sexually Transmitted Infections Among Women in Sub-Saharan Africa. *Journal of Immigrant and Minority Health*, *23*(2). <https://doi.org/10.1007/s10903-020-01064-9>
- Mendonça, M. F. S. de, & Ludermir, A. B. (2017). Intimate partner violence and incidence of common mental disorder. *Revista de Saúde Pública*, *51*(32), 32.
<https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006912>
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Violeta Cardenal Hernández, & SánchezP. (2018). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-IV (MCMI-IV)*. Madrid: Pearson.

Ministerio de Salud Pública. (2014). *Norma Técnica Integral de Atención Integral en Violencia de Género*. Quito, Ecuador.

<https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/NORMA%20TECNICA%20ODE%20VIOLENCIA%20DE%20GENERO.pdf>

Molero-Zafra, M., Mitjans-Lafont, M. T., Hernández-Jiménez, M. J., & Pérez-Marín, M. (2022).

Psychological Intervention in Women Victims of Childhood Sexual Abuse: An Open Study—Protocol of a Randomized Controlled Clinical Trial Comparing EMDR Psychotherapy and Trauma-Based Cognitive Therapy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(12), 7468.

<https://doi.org/10.3390/ijerph19127468>

Morris, M. C., Bailey, B., & Ruiz, E. (2019). Pain in the Acute Aftermath of Stalking:

Associations with Posttraumatic Stress Symptoms, Depressive Symptoms, and Posttraumatic Cognitions. *Violence against Women*, *26*(11), 107780121985782.

<https://doi.org/10.1177/1077801219857829>

Navarro-Mantas, L., Velásquez, M. J., Lemus, S. de, & Megías, J. L. (2018). Prevalence and

Sociodemographic Predictors of Intimate Partner Violence Against Women in El Salvador. *Journal of Interpersonal Violence*, *36*(7-8), 088626051877906.

<https://doi.org/10.1177/0886260518779065>

- Nazari, H., Momeni, N., Jariani, M., & Tarrahi, M. J. (2011). Comparison of eye movement desensitization and reprocessing with citalopram in treatment of obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 15(4), 270–274.
<https://doi.org/10.3109/13651501.2011.590210>
- Neuner, F., Elbert, T., & Schauer, M. (2020). Narrative exposure therapy for PTSD. *Casebook to the APA Clinical Practice Guideline for the Treatment of PTSD.*, 187–205.
<https://doi.org/10.1037/0000196-009>
- NICE. (2018, December 5). *Overview / Post-traumatic stress disorder / Guidance / NICE.*
Nice.org.uk; NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- Nieuwenhuis, S., Elzinga, B. M., Ras, P. H., Berends, F., Duijs, P., Samara, Z., & Slagter, H. A. (2013). Bilateral saccadic eye movements and tactile stimulation, but not auditory stimulation, enhance memory retrieval. *Brain and Cognition*, 81(1), 52–56.
<https://doi.org/10.1016/j.bandc.2012.10.003>
- Nijdam, M. J., van der Meer, C. A. I., van Zuiden, M., Dashtgard, P., Medema, D., Qing, Y., Zhutovsky, P., Bakker, A., & Olf, M. (2018). Turning wounds into wisdom: Posttraumatic growth over the course of two types of trauma-focused psychotherapy in patients with PTSD. *Journal of Affective Disorders*, 227, 424–431.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.031>
- Novo Navarro, P., Landin-Romero, R., Guardiola-Wanden-Berghe, R., Moreno-Alcázar, A., Valiente-Gómez, A., Lupo, W., García, F., Fernández, I., Pérez, V., & Amann, B. L. (2018). 25 years of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): The

- EMDR therapy protocol, hypotheses of its mechanism of action and a systematic review of its efficacy in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Revista de Psiquiatria Y Salud Mental*, 11(2), 101–114. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.12.002>
- Novo, P., Landin-Romero, R., Radua, J., Vicens, V., Fernandez, I., Garcia, F., Pomarol-Clotet, E., McKenna, P. J., Shapiro, F., & Amann, B. L. (2014). Eye movement desensitization and reprocessing therapy in subsyndromal bipolar patients with a history of traumatic events: A randomized, controlled pilot-study. *Psychiatry Research*, 219(1), 122–128. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.012>
- OMS. (2013). *OMS / La OMS publica unas directrices sobre la atención de salud mental tras los eventos traumáticos*. WHO. https://apps.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/es/index.html
- OMS. (2021a). *La violencia contra la mujer es omnipresente y devastadora: la sufren una de cada tres mujeres*. <https://www.who.int/es/news/item/09-03-2021-devastatingly-pervasive-1-in-3-women-globally-experience-violence>
- OMS. (2021b). *Violencia contra la mujer*. Wwww.who.int.
- ONU Mujeres. (2015). *Preguntas frecuentes: Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas*. ONU Mujeres. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-againstwomen#:~:text=Las%20estimaciones%20sobre%20la%20prevalencia>

ONU-MUJERES. (2020). *Hechos y cifras: Acabar con la violencia contra mujeres y niñas*.

ONU Mujeres. <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>

Orang, T., Ayoughi, S., Moran, J. K., Ghaffari, H., Mostafavi, S., Rasoulia, M., & Elbert, T.

(2018). The efficacy of narrative exposure therapy in a sample of Iranian women exposed to ongoing intimate partner violence-A randomized controlled trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(6), 827–841. <https://doi.org/10.1002/cpp.2318>

Pagani, M., Castelnuovo, G., Daverio, A., La Porta, P., Monaco, L., Ferrentino, F., Chiaravalloti, A., Fernandez, I., & Di Lorenzo, G. (2018). Metabolic and Electrophysiological Changes Associated to Clinical Improvement in Two Severely Traumatized Subjects Treated with EMDR—A Pilot Study. *Frontiers in Psychology*, 9(9).

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00475>

Pagani, M., Di Lorenzo, G., Monaco, L., Daverio, A., Giannoudas, I., La Porta, P., Verardo, A.

R., Niolu, C., Fernandez, I., & Siracusano, A. (2015). Neurobiological response to EMDR therapy in clients with different psychological traumas. *Frontiers in Psychology*,

6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01614>

Pagani, M., Di Lorenzo, G., Verardo, A. R., Nicolais, G., Monaco, L., Lauretti, G., Russo, R.,

Niolu, C., Ammaniti, M., Fernandez, I., & Siracusano, A. (2012). Neurobiological Correlates of EMDR Monitoring – An EEG Study. *PLoS ONE*, 7(9).

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0045753>

Patel, A. R., Prabhu, S., Sciarrino, N. A., Presseau, C., Smith, N. B., & Rozek, D. C. (2021).

Gender-based violence and suicidal ideation among Indian women from slums: An examination of direct and indirect effects of depression, anxiety, and PTSD symptoms.

Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 13(6), 694–702.

<https://doi.org/10.1037/tra0000998>

Peterson, G. (2002). EMDR for Women Who Experience Traumatic Events. *The Journal of*

Clinical Psychiatry, 63(11), 1047–1048. <https://www.psychiatrist.com/read-pdf/6380/>

Pluck, G., Almeida-Meza, P., Ps, C., Gonzalez-Lorza, A., Ps, M., Muñoz-Ycaza, R., & Trueba,

A. (2017). ARTÍCULO ORIGINAL. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 26(3).

<http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2018/03/Estimacion-Funcion-Cognitiva-Premorbida.pdf>

Potter, L. C., Morris, R., Hegarty, K., García-Moreno, C., & Feder, G. (2020). Categories and

health impacts of intimate partner violence in the World Health Organization multi-country study on women's health and domestic violence. *International Journal of*

Epidemiology, 50(2). <https://doi.org/10.1093/ije/dyaa220>

Raghuraman, S., Stuttard, N., & Hunt, N. (2020). Evaluating Narrative Exposure Therapy for

Posttraumatic Stress Disorder and Depression Symptoms: A Meta-Analysis of the Evidence-base. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(1).

<https://doi.org/10.1002/cpp.2486>

- Regehr, C., Alaggia, R., Dennis, J., Pitts, A., & Saini, M. (2013). Interventions to Reduce Distress in Adult Victims of Sexual Violence and Rape: A Systematic Review. *Campbell Systematic Reviews*, 9(1), 1–133. <https://doi.org/10.4073/csr.2013.3>
- Registro Oficial N° 175 Gobierno del Ecuador. (2018). *LEY PARA PREVENIR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Ley 0 Registro Oficial Suplemento 175 de Estado: Vigente LEY ORGANICA INTEGRAL PARA PREVENIR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES ASAMBLEA NACIONAL REPUBLICA DEL ECUADOR*. https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/05/ley_prevenir_y_erradicar_violencia_mujeres.pdf
- Richardson, R., Nandi, A., Jaswal, S., & Harper, S. (2019). The effect of intimate partner violence on women's mental distress: a prospective cohort study of 3010 rural Indian women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(1). <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01735-5>
- Rimini, D., Molinari, F., Liboni, W., Balbo, M., Darò, R., Viotti, E., & Fernandez, I. (2016). Effect of Ocular Movements during Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy: A Near-Infrared Spectroscopy Study. *PLOS ONE*, 11(10), e0164379. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0164379>
- Rivera-Vélez, G. M., González-Viruet, M., Martínez-Taboas, A., & Pérez-Mojica, D. (2014). Post-Traumatic Stress Disorder, Dissociation, and Neuropsychological Performance in Latina Victims of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(1), 55–73. <https://doi.org/10.1080/10538712.2014.864746>

Robjant, K., & Fazel, M. (2010). The emerging evidence for Narrative Exposure Therapy: A review. *Clinical Psychology Review*, *30*(8), 1030–1039.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.07.004>

Robjant, K., Roberts, J., & Katona, C. (2017). Treating Posttraumatic Stress Disorder in Female Victims of Trafficking Using Narrative Exposure Therapy: A Retrospective Audit.

Frontiers in Psychiatry, *8*(63). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00063>

Rodriguez-Jimenez, R., Fares-Otero, N. E., & García-Fernández, L. (2020). Gender-based violence during COVID-19 outbreak in Spain. *Psychological Medicine*, *1*, 1–5.

<https://doi.org/10.1017/S0033291720005024>

Rothbaum, B. O. (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disordered sexual assault victims. *Bulletin of the*

Menninger Clinic, *61*(3), 317–334. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9260344/>

Rousseau, P.-F., Boukezzi, S., Garcia, R., Chaminade, T., & Khalfa, S. (2020). Cracking the EMDR code: Recruitment of sensory, memory and emotional networks during bilateral alternating auditory stimulation. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *54*(8),

818–831. <https://doi.org/10.1177/0004867420913623>

Said, G., & King, D. (2020). Implementing Narrative Exposure Therapy for unaccompanied asylum-seeking minors with post-traumatic stress disorder: A pilot feasibility report.

Clinical Child Psychology and Psychiatry, *25*(1), 135910451986412.

<https://doi.org/10.1177/1359104519864123>

- Santarneccchi, E., Bossini, L., Vatti, G., Fagiolini, A., La Porta, P., Di Lorenzo, G., Siracusanò, A., Rossi, S., & Rossi, A. (2019). Psychological and Brain Connectivity Changes Following Trauma-Focused CBT and EMDR Treatment in Single-Episode PTSD Patients. *Frontiers in Psychology, 10*(129). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00129>
- Santos, A. G. D., Monteiro, C. F. de S., Feitosa, C. D. A., Veloso, C., Nogueira, L. T., & Andrade, E. M. L. R. (2018). Types of non-psychotic mental disorders in adult women who suffered intimate partner violence: an integrative review. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P, 52*, e03328. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017030203328>
- Sapkota, D., Baird, K., Anderson, D., Saito, A., & Seib, C. (2022). Self-efficacy and social support as mediators of mental health among abused women. *Nursing & Health Sciences, 24*(2), 458–468. <https://doi.org/10.1111/nhs.12943>
- Schauer, M. (2011). *Narrative Exposure Therapy*. Hogrefe Publishing.
- Scheck, M. M., Schaeffer, J. A., & Gillette, C. (1998). Brief psychological intervention with traumatized young women: The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Traumatic Stress, 11*(1), 25–44. <https://doi.org/10.1023/A:1024400931106>
- Schubert, S. J., Lee, C. W., & Drummond, P. D. (2011). The efficacy and psychophysiological correlates of dual-attention tasks in eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). *Journal of Anxiety Disorders, 25*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.06.024>

- Schwarz, J. E., Baber, D., Barter, A., & Dorfman, K. (2019). A Mixed Methods Evaluation of EMDR for Treating Female Survivors of Sexual and Domestic Violence. *Counseling Outcome Research and Evaluation, 11*(1), 4–18.
<https://doi.org/10.1080/21501378.2018.1561146>
- Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 20*(3), 211–217.
[https://doi.org/10.1016/0005-7916\(89\)90025-6](https://doi.org/10.1016/0005-7916(89)90025-6)
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Press.
- Shapiro, F. (2014). The Role of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy in Medicine: Addressing the Psychological and Physical Symptoms Stemming from Adverse Life Experience. *The Permanente Journal, 18*(1), 71–77.
<http://dx.doi.org/10.7812/TPP/13-098>
- Shapiro, F. (2018). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: basic principles, protocols, and procedures*. The Guilford Press.
- Sharma, K., Vatsa, M., Kalaivani, M., & Bhardwaj, D. (2019). Mental health effects of domestic violence against women in Delhi: A community-based study. *Journal of Family Medicine and Primary Care, 8*(7), 2522.
https://journals.lww.com/jfmpc/Fulltext/2019/08070/Mental_health_effects_of_domestic_violence_against.64.aspx

- Sharps, P. W., Njie-Carr, V. P. S., & Alexander, K. (2019). The Syndemic Interaction of Intimate Partner Violence, Sexually Transmitted Infections, and HIV Infection among African American Women: Best Practices and Strategies. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 30*(6), 811–827.
<https://doi.org/10.1080/10926771.2019.1667464>
- Sinko, L., Regier, P., Curtin, A., Ayaz, H., Rose Childress, A., & Teitelman, A. M. (2022). Neural correlates of cognitive control in women with a history of sexual violence suggest altered prefrontal cortical activity during cognitive processing. *Women's Health, 18*, 174550572210813. <https://doi.org/10.1177/17455057221081326>
- Stapleton, J. A., Taylor, S., & Asmundson, G. J. G. (2007). Efficacy of Various Treatments for PTSD in Battered Women: Case Studies. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 21*(1), 91–102. <https://connect.springerpub.com/content/sgrjcp/21/1/91>
- Staring, A. B. P., van den Berg, D. P. G., Cath, D. C., Schoorl, M., Engelhard, I. M., & Korrelboom, C. W. (2016). Self-esteem treatment in anxiety: A randomized controlled crossover trial of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) versus Competitive Memory Training (COMET) in patients with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy, 82*, 11–20. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.04.002>
- Stewart, D. E., & Vigod, S. N. (2017). Mental Health Aspects of Intimate Partner Violence. *Psychiatric Clinics of North America, 40*(2), 321–334.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.01.009>

- Stewart, D. E., & Vigod, S. N. (2019). Update on Mental Health Aspects of Intimate Partner Violence. *The Medical Clinics of North America*, 103(4), 735–749.
<https://doi.org/10.1016/j.mcna.2019.02.010>
- Streng, H. (2016). Zur Beziehung von EMDR und Augenbewegungen – Eine Analyse der aktuellen neurobiologischen Studienlage. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 66(08), 307–315. <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0042-110852>
- Sugg, N. (2015). Intimate Partner Violence. *Medical Clinics of North America*, 99(3), 629–649.
<https://doi.org/10.1016/j.mcna.2015.01.012>
- Taghizadeh, Z., Baloushah, S., Mohammadi, N., Taha, A., & Farnam, F. (2019). Learn to live with it: Lived experience of Palestinian women suffering from intimate partner violence. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(7), 2332.
https://journals.lww.com/jfmpc/Fulltext/2019/08070/Learn_to_live_with_it_Lived_experience_of.28.aspx
- Taha, P. H., & Slewa-Younan, S. (2020). Measures of depression, generalized anxiety, and posttraumatic stress disorders amongst Yazidi female survivors of ISIS slavery and violence. *International Journal of Mental Health Systems*, 14(1).
<https://doi.org/10.1186/s13033-020-00412-4>
- Tarquinio, C., Brennstuhl, M.-J., Rydberg, J. A., Schmitt, A., Mouda, F., Laurel, M., & Tarquinio, P. (2012). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in the treatment of victims of domestic violence: A pilot study. *European Review of Applied*

Psychology, 62(4), 205–212. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2012.08.006>

Tarzia, L., Maxwell, S., Valpied, J., Novy, K., Quake, R., & Hegarty, K. (2017). Sexual violence associated with poor mental health in women attending Australian general practices. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 41(5), 518–523.
<https://doi.org/10.1111/1753-6405.12685>

Tekkas Kerman, K., & Betrus, P. (2020). Violence Against Women in Turkey: A Social Ecological Framework of Determinants and Prevention Strategies. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(3), 152483801878110. <https://doi.org/10.1177/1524838018781104>

Telles, L. E. de B., Valença, A. M., Barros, A. J. S., & da Silva, A. G. (2020). Domestic violence in the COVID-19 pandemic: a forensic psychiatric perspective. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 43(3). <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1060>

Teunissen, T. a. M., Lo Fong Wong, S. H., & Lagro-Janssen, A. L. M. (2016). [Recognizing signs of sexual abuse]. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 160, D546.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27758724/>

Thananowan, N., Vongsirimas, N., & Rachapromma, P. (2020). Intimate partner violence and factors associated with sexually transmitted infections among Thai women attending gynecology clinics. *International Journal of STD & AIDS*, 32(4), 336–343.
<https://doi.org/10.1177/0956462420966136>

Tullio, V., Lanzarone, A., Scalici, E., Vella, M., Argo, A., & Zerbo, S. (2021). Violence against women in heterosexual couples: A review of psychological and medico-legal

considerations. *Medicine, Science and the Law*, 61(1_suppl), 113–124.

<https://doi.org/10.1177/0025802420936081>

Tutty, L. M., Radtke, H. L., Thurston, W. E. (Billie), Nixon, K. L., Ursel, E. J., Ateah, C. A., & Hampton, M. (2019). The Mental Health and Well-Being of Canadian Indigenous and Non-Indigenous Women Abused by Intimate Partners. *Violence against Women*, 26(12-13), 107780121988412. <https://doi.org/10.1177/1077801219884123>

Valedi, S., MoradiBaglooei, M., Ranjbaran, M., Chegini, V., Griffiths, M. D., & Alimoradi, Z. (2022). The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing in reducing anxiety among female university students with primary dysmenorrhea. *BMC Psychology*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00757-0>

Valiente-Gómez, A., Moreno-Alcázar, A., Treen, D., Cedrón, C., Colom, F., Pérez, V., & Amann, B. L. (2017). EMDR beyond PTSD: A Systematic Literature Review. *Frontiers in Psychology*, 8(8). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01668>

van den Berg, D. P. G., de Bont, P. A. J. M., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de Jongh, A., Van Minnen, A., & van der Gaag, M. (2015). Prolonged Exposure vs Eye Movement Desensitization and Reprocessing vs Waiting List for Posttraumatic Stress Disorder in Patients With a Psychotic Disorder. *JAMA Psychiatry*, 72(3), 259.

<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2091663>

van den Hout, M. A., Engelhard, I. M., Rijkeboer, M. M., Koekebakker, J., Hornsveld, H., Leer, A., Toffolo, M. B. J., & Akse, N. (2011). EMDR: Eye movements superior to beeps in taxing working memory and reducing vividness of recollections. *Behaviour Research and*

Therapy, 49(2), 92–98. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.11.003>

van Minnen, A., van der Vleugel, Berber. M., van den Berg, David. P. G., de Bont, P. A. J. M., de Roos, C., van der Gaag, M., & de Jongh, A. (2016). Effectiveness of trauma-focused treatment for patients with psychosis with and without the dissociative subtype of post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 209(4), 347–348.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.185579>

van Veen, S. C., Engelhard, I. M., & van den Hout, M. A. (2016). The effects of eye movements on emotional memories: using an objective measure of cognitive load. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 30122. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.30122>

Velasco, V. M., OrdazM., & Al, E. (2003). *Muestreo y tamaño de muestra: una guía práctica para personal de salud que realiza investigación*. E-Libro.net.

Verdugo, M., Arias, B., Gómez, L., & Schalock, R. (2009). *Escala GENCAT: manual de aplicación de la Escala GENCAT de calidad de vida*. Generalitat De Catalunya, Departament D'acció Social I Ciutadania.

Volpe, E. M., Quinn, C. R., Resch, K., Sommers, M. S., Wieling, E., & Cerulli, C. (2017). Narrative Exposure Therapy. *Family & Community Health*, 40(3), 258–277.

<https://doi.org/10.1097/FCH.0000000000000072>

Wechsler, D. (2012). *WAIS-IV: Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos-IV*. Pearson.

WHA. (1996). *Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública*. WHA49.25.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/203955/WHA49_R25_spa.pdf

Wilson, G., Farrell, D., Barron, I., Hutchins, J., Whybrow, D., & Kiernan, M. D. (2018). The use of eye-movement desensitization reprocessing (EMDR) therapy in treating post-traumatic stress disorder—a systematic narrative review. *Frontiers in Psychology*, 9(923).

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00923>

Wong, J. Y., Choi, A. W., Wong, J. K., Ng, Z. L., Cheung, K., Lau, C., Kam, C., & Fong, D. Y. (2022). Impact of mild traumatic brain injury on physical, mental and cognitive functioning of abused women admitted to emergency units. *Health & Social Care in the Community*, 30(2). <https://doi.org/10.1111/hsc.13218>

Wong, J. Y.-H., Fong, D. Y.-T., Lai, V., & Tiwari, A. (2013). Bridging Intimate Partner Violence and the Human Brain. *Trauma, Violence, & Abuse*, 15(1), 22–33.

<https://doi.org/10.1177/1524838013496333>

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370.

<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

ANEXOS

- Anexo 1. Artículo 1
- Anexo 2. Artículo 2
- Anexo 3. Cartas de aceptación de los Artículos

Anexo 1

Artículo 1

Revista: Journal of Women's Health. ISSN: 1540-9996, Online ISSN: 1931-843X. Open Access.

JCR: Indexada

Factor de Impacto: 3.017* 2021. Journal Citation Reports (JCR). Q1

Estado del Artículo: Aceptado para publicación, octubre 2022. Vol. 31 Issue. 10.

Clinical-neuropsychological profile and quality of life in women who have suffered gender-based violence

Alexandra Yakeline Meneses Meneses^{1,2,3}, Sol Fernandez -Gonzalo^{3,4,5} and Mercé Jodar Vicente^{3,4,6*}

1. Health District 17D10 - Cayambe Pedro Moncayo, Ecuador.
2. Israel University, Quito - Ecuador.
3. Department of Clinical and Health Psychology. Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona - Spain.
4. Research Department, Parc Taulí Research and Innovation Institute, Sabadell (Spain).
5. Center for Online Biomedical Research in Mental Health (CIBERSAM). Carlos III Health Institute, Madrid (Spain).
6. Neurology Service. University Hospital Parc Taulí. Sabadell (Spain).

* Corresponding author. merce.jodar@uab.cat. c/Bac de Roda, 100-08019-Barcelona España.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8913-5977>

Abstract

Background

This research characterizes the clinical and neuropsychological profiles and the quality of life in a group of Ecuadorian women who suffered physical violence, psychological violence, or sexual violence, exploring their relationships with sociodemographic factors.

Methods

A battery of tests were used to explore the clinical and neuropsychological functions and quality of life in the participants who were selected by random sampling from a population affected by violence (N = 120).

Results

Sixty percent of the participants showed clinical anxiety, 26.7% clinical depression, 40% posttraumatic stress disorder symptoms, 15% moderate personality disorder, and 51.7% a low quality-of-life index. Their Z-scores in the neuropsychological domains evaluated were verbal memory (RAVLT = -1.35), working memory (Digits = -1.67), attention (D2 = -1.24), processing speed (Coding = -1.33; Trail Making Test A = - 1.81), and executive function (Trail Making Test B = -1.15; Stroop = -0.20; verbal-semantic fluency test = 0.05; verbal fluency test = -1.23). **Conclusions**

The majority of women who suffered gender-based violence presented clinical levels of anxiety, depression, and post-traumatic symptoms. The cognitive functions with lower scores ($Z < -1.5$) were working memory and processing speed, which functions showed correlations with years of schooling.

Keywords: gender-based violence; anxiety; depression; post-traumatic stress; personality; neuropsychological functions; quality of life.

Background

Violence against women, especially violence by their partners and sexual violence, constitutes a serious public health problem and a violation of the human rights of women. According to the World Health Organization [1], one in three women in the world has suffered physical and/or sexual violence by her partner or sexual violence by third parties at some point in their lives. There has been a recent increase in studies of how violence against women affects their health in different areas, including the mental [2, 3, 4], cognitive [5, 6], physical [7, 8], sexual [9, 10], and social dimensions [11, 12, 13]. Studies conducted in Ecuador indicate that 64.9% of women are victims of some type of violence [14], the most frequent being physical violence, psychological violence and sexual violence [15].

Authors such as Kaur [16] and Bichard et al. [17] have pointed out that these violent actions can have permanent physical sequelae such as motor disorders, burns, and scars, reaching high levels of severity and leading to loss of consciousness or mild head trauma. Cognitive functioning, including functions such as attention and executive functions, may be secondarily affected [18, 19, 20]. Sugg [21], reported other clinical symptoms associated with victims of violence: chronic pain, gastrointestinal disorders, obesity, chronic diseases, symptoms of insomnia, fatigue, and genitourinary infections. Sexually transmitted infections may appear, as well as serious consequences in the sexual and reproductive health of women as a result of the violent act [22, 23].

Another of the consequences observed is psychopathological alterations. The American Psychiatric Association [24], mentions that the disorders with the highest incidence are affective mood disorders and those related to stress, as well as anxiety disorders [25, 26, 27], depression [28, 29, 30], personality disorders [31, 32, 33], and post-traumatic stress [34, 35]. Factors such as age, marital status, level of education, and economic status have been correlated with the

severity of psychological symptoms and the increase in reported cognitive difficulties. [36, 37, 38].

Despite the aforementioned seriousness of the effects of gender-based violence on women, social support services, access to health services, accompaniment, and judicial protection have not shown efficiency and have not guaranteed the re-dignification of women and the rights of these victims, so the rapid and timely response of these services can have important implications on the recovery and well-being of women within their communities. [39, 40].

Few studies have comprehensively evaluated the impact of violence, differentiating between the type of violence to which the victims have been exposed. That is why our research aims to examine the clinical and neuropsychological profile and the quality of life in Ecuadorian women who suffered different types of violence (physical, psychological, and sexual). We hypothesized that women who suffered gender violence would present high levels of anxiety, depression, post-traumatic stress symptoms, alterations in the personality profile, and low performance on standardized cognitive tests; and that sociodemographic characteristics, such as level of education, marital status, type of violence, and time of exposure to violence, would be correlated with the presence and severity of psychopathological and cognitive effects.

This study is not without limitations. First, it was not possible to include a control group of women not exposed to violence to study the differences from women who suffered violence. Second, the low level of education of the women in this study and the fact that they all belonged to the same floriculture community does not allow the results to be generalized to other populations of women with other socioeconomic levels.

Methods

Participants

The sample was selected from a population group of women dedicated to floriculture who, in the survey administered by the mental health personnel of the Tabacundo Health Centre, reported having suffered gender-based violence [41]. A total of 120 women who confirmed in the psychological interview to have suffered physical, psychological, or sexual violence were included in the study according to the order of arrival. The inclusion criteria were as follows: 1) exposure to gender violence (physical, psychological, and/or sexual); 2) age between 18 and 50 years; and 3) agreement to voluntarily participate and having signed the informed consent form. The exclusion criteria were as follows: 1) intelligence quotient (IQ) less than 70; 2) history of acquired brain damage; 3) history of severe neurological or psychiatric illness; 4) history of toxic consumption habits; and 5) presence of sensory alterations that impede the performance of the tests.

Procedure

The research was approved by the health committee of District 17D10, Cayambe - Pedro Moncayo, and by the Ethics and Research Committee of the UTE University. The Mental Health staff of the Tabacundo Health Centre and external collaborating researchers of the Parc Taulí Hospital in Barcelona participated. By random sampling, we selected the women who could be part of the study under the inclusion and exclusion criteria. All participants were previously informed of the characteristics and procedures of the study and of the voluntary nature of their participation and signed the informed consent form. Women who agreed to participate in the study were first administered the National Adult Reading Test NART test [42] to rule out intellectual disability. All women who met the inclusion

criteria met with the study psychologist for the assessment of their psychopathological and cognitive status. The evaluation lasted at most 2 hours and consisted of the application of a wide battery of tests and questionnaires to evaluate the psycho-affective, cognitive, and quality-of-life dimensions.

Instruments

Survey on gender violence. Based on the Technical Standard for Comprehensive Attention to Gender Violence (2014). It allows collecting data associated with sociodemographic variables, age, gender, marital status, and economic status, as well as the type of reported violence and the time of exposure to violence.

National Adult Reading test NART [42]. This is a test for reading unstressed words, which correlates with the IQ index of the WAIS intelligence test [43] and allows estimating the level of IQ.

Psychopathological/Clinical Measures

Hospital Anxiety and Depression Scale HADS [44]. It allows to assess the levels of anxiety and depression that the subject presents. It consists of 7 items related to anxiety symptoms and 7 items related to depressive symptoms, each item is valued on a scale of 0 to 3 points. The cut point is 7.

Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) [45]. It is an instrument updated to the DSM –V, to evaluate post-traumatic symptoms. Respondents indicate how much each PTSD symptom has disturbed them in the past week (as opposed to the past month), using a 5-point scale ranging from 0 = not at all, 1 = a little, 2 = moderately, 3 = quite a bit, and 4 = extremely. The cut point is 31.

Million Clinical Multiaxial Inventory - III [46]. The scales corresponding to Axis 2 (Clinical Patterns of Personality and severe personality pathology) were considered.

Indicators: 0 - 34 = none, 35 - 59 = low, 60 - 74 = suggestive, 75 - 84 = moderate > = 85 high.

GENCAT Quality of Life Scale [47]. It evaluates the quality-of-life index of the users, in the dimensions: emotional well-being, interpersonal relationships, material well-being, personal development, physical well-being, self-determination, social inclusion and rights. The items of each dimension are stated using a frequency scale of four options.

Neuropsychological measures

The Rey Auditory Verbal Learning Test RAVLT. It measures verbal learning ability and short- and long-term retention. A target list of 15 words is read to the patient, who must try to remember it during 5 consecutive trials. Subsequently, a distracting list is presented, and the short-term memory of the target list is counted. After 30 minutes, long-term memory of the words on the list is collected. The adaptation of Ferreira for the Latin American population was applied [48].

Digits-WAIS IV [49]. It is used to measure immediate memory and working memory capacity. It consists of repeating a series of numbers from less to greater complexity, it starts in a sequential order, then in reverse order and finally in increasing order.

Coding - subtest WAIS IV [50]. The task consists of completing with the appropriate symbols, some squares that have a digit in their upper part. It evaluates, the speed and visual motor skills.

Test D2 [51]. It measures selective and sustained attention. The test contains 14 lines with 47 characters, totalizing 658 items. These stimuli contain the letters "d" or "p" that can be accompanied by one or two small lines located, individually or in pairs, at the top or bottom of each letter. The subject's task consists of carefully reviewing the content of each line from

left to right, then marking every letter "d" that has the assigned consignment or key, discriminating the relevant elements from the irrelevant ones.

Trail Making Test, part A (TMT-A) and part B (TMT-B). This test allows assessing visual-motor speed and cognitive flexibility. Part A consists of executing a task, joining, without releasing the line, numbers in chronological order from 1 to 25. *Part B*. Consists of executing another more complex task, in which numbers and letters must be joined in order alternate increasing (1 a, 2 b... 13. in sequential order) under time pressure, and the number of mistakes made is counted. A standardized version for the Latin population was used [52].

Stroop Test [53]. It is an instrument that assesses complex attention, through the ability to inhibit verbal interference, or faster automatic response, so it is a good measure of selective attention.

Phonological Verbal Fluency Test TFVF [54]. It consists of a controlled and programmed verbal production test, in which the subject must produce words that begin with a letter preestablished by the examiner for one minute (example: P - M - R).

Semantic Verbal Fluency Test TFVS [54]. Assesses the ability to retrieve stored semantic information. It is related to the speed to organize the thought and the strategies used for the fast search of words, in a time of 60 seconds.

Statistical analysis

SPSS v24.0.0 and R v3.6.2 were used for data processing. A descriptive analysis of the data was performed to present the sociodemographic profile, reporting the mean and standard deviation. The direct scores of the cognitive tests were transformed to z scores to place the women studied with respect to the standard averages that are offered by the scales of each test and that consider sex, age, and schooling. $Z < -1.5$ was set as the cut-off point to determine the cognitive impairment of clinical relevance in the cognitive tests [55]. ANOVA

and the Kruskal– Wallis test were used to analyse the differences between the groups (physical, psychological, and sexual violence) and the groups with different sociodemographic values. To determine the relationship between neuropsychological, clinical, and sociodemographic variables, Pearson's correlation coefficient was calculated.

Results

No differences in sociodemographic variables were observed between the groups who suffered physical, psychological, and sexual violence, except that the group with sexual violence showed a higher IQ than the group with sexual, physical, or psychological violence ($F = 4, 40; p = 0.014$) (Table 1).

The general results of the clinical tests administered indicate that 60.0% of women who suffered violence presented clinical anxiety (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)-A); on the other hand, 26.7% reported clinical depression (HADS-D), and 40.8% of the women evaluated presented post-traumatic stress symptoms (post-traumatic stress checklist for DSM-5 (PCL-5)). Regarding the personality profile (Million-III), 15.0% had a moderate risk of pathology or personality disorder, and 51.7% had a low quality-of-life index (GENCAT) (Figure 1).

When comparing the values obtained on the different tests applied, divided by type of violence suffered, those women who suffered sexual violence more often had clinical anxiety (66.7%), clinical depression (41.7%), posttraumatic stress (58%), moderate-risk personality disorder (42.9%), and low quality of life (50%) than those women who reported physical and psychological violence (Figure 2). No correlations were found between the clinical malady and the type of violence except that post-traumatic stress was more common in the group of women who suffered sexual violence ($p = 0.003$) (Table 2).

Regarding the neuropsychological variables, a clinically significant decrease was only observed in the working memory variable (Digits = -1.67) and in the processing speed variable (TMT-A = -1.81). It is important to mention that, although no clinically significant results were observed in the rest of the averages, there was a tendency to present values lower than the average for their age and cultural level of verbal memory (RAVLT = -1.35), attention (D2 = 1.24), visual-motor speed (Coding = -1.33), and executive function tasks (TMT-B = -1.15, Stroop = -0.20, phonetic verbal fluency with phonetic instruction = 0.05, and verbal fluency with semantic command = -1.23) (Figure 3).

Comparing the means of the scores on the neuropsychological tests between the groups of physical, psychological, and sexual violence, the group of women who suffered sexual violence had clinically significant scores ($Z < -1.5$) on the screening tests (TMT-A and TMT-B) and in the attention test (D2) compared with the averages among the physical and psychological violence groups, which were slightly but not significantly below the average for their age and schooling level (Figure 4).

The differences in the scores between the groups that differed by cognitive and clinical variables were mediated by the sociodemographic factor. Women with < 8 years of schooling showed lower scores on the attentional tests than women with > 8 years of schooling (D2, $p = 0.02$). The Kruskal–Wallis test showed that women who suffered sexual violence more often had post-traumatic symptoms than women who suffered physical and psychological violence (PCL5, $p = 0.003$). Women who lived with their romantic partner showed greater anxiety than women who did not live with a partner (HADS-A, $p = 0.012$) (Table 2). Weak correlations were found between the scores on the neuropsychological tests and the clinical variables (Table 3).

Looking at the sociodemographic groups, we found that only years of schooling ($M = 8.3$; $SD: 3.4$) was correlated with verbal memory (RAVLT, $p = 0.001$), working memory

(Digits, $p = 0.000$), sustained attention (D2, $p = 0.026$), and processing speed (Coding, $p = 0.000$).

Likewise, years of schooling was correlated with the executive functions cognitive flexibility (TMT-B, $p = 0.015$), verbal phonetic fluency ($p = 0.000$), and semantic verbal fluency ($p = 0.002$) (Table 4).

Discussion

To our knowledge, this is the first study to evaluate the impact of violence against women in the cognitive, psychoactive, and social dimensions and to explore its association with sociodemographic factors. As the main results of the study, women who suffered gender violence presented clinical levels of anxiety, depression, and post-traumatic stress, with decreased quality of life. Married women had higher levels of anxiety. Women exposed to sexual violence presented significantly greater symptoms of post-traumatic stress and had a worse cognitive profile, with difficulties with attention tasks and executive functions.

The hypothesis proposed at the beginning of this study was that women who suffered gender-based violence would have high levels of anxiety, depression, post-traumatic symptoms, and alterations in the personality profile and would perform worse on standardized cognitive tests. Sociodemographic characteristics, such as level of education, marital status, type of violence, and time of exposure to violence, were correlated with the presence and severity of psychopathological and cognitive conditions. In this sense, the results obtained in this work partially support the initial hypothesis: Although levels of anxiety, depression, and posttraumatic stress were observed in a significant percentage of the sample, only a small group presented personality pathologies. In addition, only marital status and type of violence were significantly

correlated with the level of anxiety and post-traumatic stress symptoms, respectively. The kinds of psychopathologies in the victims of violence studied here are comparable with findings in other populations of violence-suffering women, where anxiety disorders [25, 26, 27], depressive disorders [28, 29, 30], personality disorders [31, 32, 33], and post-traumatic stress have been found [3, 4, 34, 35]. On the other hand, our results are in line with various studies [18, 19, 20] that suggest that violence against women affects not only their emotional health but also their cognitive performance and social functioning, impacting their quality of life. The findings of this study also support the concept of violence of the WHO [1, 24], not only as a global social problem but also as a public health problem.

Other studies on types of violence and their relationships with clinical and neuropsychological alterations have warned about the devastating effects of sexual violence on the physical and mental health of its victims [55]. In this sense, women who suffer sexual violence have a higher risk of developing post-traumatic stress symptoms [34, 35]. Our results agree with these findings, since the group of women who suffered sexual violence had a higher index of psychopathological alterations, with a level of symptoms of post-traumatic stress statistically higher than that of women who suffered physical or psychological violence.

Additionally, the group of women who suffered sexual violence had clinically significant scores ($Z < -1.5$) in the tasks of sustained attention, processing speed, and executive functions. This finding is consistent with other findings in sexually abused women, who show greater impairment in verbal memory, executive functions, and attention than women who have not suffered sexual violence [10, 56].

Another notable result of this study is that more than 50% of the sample presented a low quality of life. These findings agree with Lucena et al. [57] and Soleimani et al. [58],

who found an association between violence against women and a low quality of life, which has been observed in various cohorts with different geographical and cultural traits, suggesting that in women who suffer violence, a characteristic pattern of common symptoms independent of their nationality and/or cultural group may be present [11, 12, 13]. This conclusion is of special relevance when proposing the design of psychological education, interventions, and global rehabilitation programmes that can help as many women as possible.

The results of this study support the need for a comprehensive assessment, not only physical but also psychological and social, of victims of violence, encouraging a rethinking of reception and intervention protocols in a way that prioritizes care for female victims of sexual violence.

Conclusions

In general, the majority of rural women who suffered gender-based violence showed psychopathological affectation; poor performance in the functions of verbal memory, attention, processing speed, and executive function; and a low quality of life.

Comparing groups of women who differed in cognitive and clinical variables, we found that, mediated by the sociodemographic factor, the women who suffered sexual violence had a higher level of post-traumatic stress and clinically significant negative scores in the sustained attention, processing speed, and executive capacity tests compared to the groups who suffered physical or psychological violence. Women with fewer years of schooling (< 8 years) showed worse performance in the attentional tests than women with more years (> 8 years). Additionally, women who lived with their romantic partners showed a higher level of anxiety than those who lived without a partner.

Low correlations were found between cognitive and clinical variables. Regarding the relationships between cognitive or clinical variables and sociodemographic factors, only years of schooling showed significant relationships with the level of cognitive performance (memory, attention, processing speed, and executive function).

In conclusion, clinical-neuropsychological profile and quality of life in women who have suffered gender-based violence is affected, and the level of involvement is mediated by the sociodemographic factor. Therefore, the sociodemographic factor should be included in the future research with different populations of women exposed to gender violence.

The integration of the results yields a clearer picture of the physical, psychological, and social damage in the victims of violence and suggests we need to rethink reception and intervention protocols to prioritize female victims of sexual violence.

Abbreviations

DSM -5: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale

IQ: Intelligence quotient

NART: National Adult Reading Test

PCL-5: Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5

RAVLT: Rey Auditory Verbal Learning Test

TMT: Trail Making Test

Acknowledgements

The authors would like to thank Health District 17D10 - Cayambe Pedro Moncayo, Ecuador for their extensive support. To o the technical team and tutors of the Department of Clinical and Health Psychology. Autonomous University of Barcelona.

Authors' contributions

Author 1: Lead author; conceptualized theoretical model; literature review; conducted analyses, conducted original data collection, editing. conceptualized and interpreted theoretical model; literature review; interpreted results; editing. Author 2: Supervised data analyses; supervised, wrote segments of the methods and results segment; editing. Provided supplemental data analysis. Author 3: managed institutional support, editing and guidance; prepared and submitted manuscript for peer review. All authors read and approved the final manuscript.

Funding

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Availability of data and materials

The data that support the findings of this study are available from the corresponding author upon reasonable request.

Declarations

Ethics approval and consent to participate

The research received an approval by the Ethical Committee and Human Research of UTE University of Medical Sciences <https://www.ute.edu.ec/comite-de-etica-de-investigacion-ensereres-humanos-ute-ceish/#1507826021858-0b8f2ecb-bb21> with a

protocol identifier code of 040-CEISH-jcm. Informed consent has been obtained from the participants before the beginning of data collection. I confirm that all methods were performed in accordance with the Declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects.

Consent for publication

N/A (no individual participants are identified in this manuscript)

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

References

1. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer [Internet].
www.who.int. 2021 [cited 2021 Mar 15]. Available from:
<https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/violence-against-women>
2. Oram S, Khalifeh H, Howard LM. Violence against women and mental health. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2017;4(2):159–70. Available from:
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30261-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30261-9)
3. Morris MC, Bailey B, Ruiz E. Pain in the Acute Aftermath of Stalking: Associations with Posttraumatic Stress Symptoms, Depressive Symptoms, and Posttraumatic Cognitions. *Violence Against Women* [Internet]. 2019;26(11):107780121985782. Available from:
<https://doi.org/10.1177/1077801219857829>
4. Carson KW, Babad S, Brown EJ, Brumbaugh CC, Castillo BK, Nikulina V. Why Women Are Not Talking About It: Reasons for Nondisclosure of Sexual Victimization and Associated Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder and Depression. *Violence Against Women* [Internet]. 2019;26(3-4):107780121983291. Available from: <https://doi.org/10.1177/1077801219832913>
5. Cuevas KM, Balbo J, Duval K, Beverly EA. Neurobiology of Sexual Assault and Osteopathic Considerations for Trauma-Informed Care and Practice. *The Journal of the American Osteopathic Association* [Internet]. 2018;118(2): e2. Available from:
<https://doi.org/10.7556/jaoa.2018.018>

6. Sumner JA, Hagan K, Grodstein F, Roberts AL, Harel B, Koenen KC. Posttraumatic stress disorder symptoms and cognitive function in a large cohort of middle-aged women. *Depression and anxiety* [Internet]. 2017;34(4):356–66. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5378624/>
7. Kekelidze Z. I, Kachayeva MA, Kharitonova NK, Vasianina VI, Shishkina OA, Skibina NV, et al. Medical aspects of domestic violence against women and girls (review). *Problems of Social Hygiene Public Health and History of Medicine* [Internet]. 2019;27(5). Available from: <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-5-936-939>
8. Cimino AN, Yi G, Patch M, Alter Y, Campbell JC, Gundersen KK, et al. The Effect of Intimate Partner Violence and Probable Traumatic Brain Injury on Mental Health Outcomes for Black Women. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* [Internet]. 2019;28(6):714–31. Available from: <https://doi.org/10.1080/10926771.2019.1587657>
9. Forest M, Blanchette I. Memory for neutral, emotional and trauma-related information in sexual abuse survivors. *European Journal of Psychotraumatology* [Internet]. 2018;9(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6161603/>
10. QuidéY, CléryH, AnderssonF, DescriaudC, Saint-Martin P, Barantin L, et al. Neurocognitive, emotional and neuroendocrine correlates of exposure to sexual

assault in women. *Journal of Psychiatry & Neuroscience* [Internet]. 2018;43(5):318–

26. Available from: <https://doi.org/10.1503/jpn.170116>

11. Hisasue T, Kruse M, Raitanen J, Paavilainen E, Rissanen P. Quality of life, psychological distress and violence among women in close relationships: a population-based study in Finland. *BMC Women's Health* [Internet]. 2020;20(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12905020-00950-6>
12. Bedford LE, Guo VY, Yu EYT, Wong CKH, Fung CSC, Lam CLK. Do Negative Emotional States Play a Role in the Association Between Intimate Partner Violence and Poor Health-Related Quality of Life in Chinese Women from Low-Income Families? *Violence Against Women* [Internet]. 2020;26(15-16):2041–61. Available from: <https://doi.org/10.1177/1077801219892648>
13. Chaudhury S, Kumari S, Kiran M. Severity of violence and quality of life of women with psychiatric disorders as compared to normal controls. *Industrial Psychiatry Journal* [Internet]. 2020;29(2):213. Available from: https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_33_20
14. INEC. ENCUESTA NACIONAL SOBRE RELACIONES FAMILIARES Y VIOLENCIA DE GÉNERO CONTRA LAS MUJERES (ENVIGMU) METODOLOGÍA [Internet]. 2018. Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Estadisticas_Sociales/Violencia_de_genero_2019/Documento%20metodologico%20ENVIGMU.pdf

15. LEY PARA PREVENIR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Ley 0 Registro Oficial Suplemento 175 de Estado: Vigente LEY ORGANICA INTEGRAL PARA PREVENIR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES ASAMBLEA NACIONAL REPUBLICA DEL ECUADOR [Internet]. 2018. Available from: https://www.igualdad.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2018/05/ley_prevenir_y_erradicar_violencia_mujeres.pdf
16. Kaur N, Kumar A. Vitriolage (vitriolism) - a médico-socio-legal review. Forensic Science, Medicine and Pathology [Internet]. 2020;16(3):481–8. Available from: <https://doi.org/10.1007/s12024-020-00230-7>
17. Bichard H, Byrne C, Saville CWN, Coetzer R. The neuropsychological outcomes of nonfatal strangulation in domestic and sexual violence: A systematic review. Neuropsychological Rehabilitation [Internet]. 2021;1(29):1–29. Available from: <https://doi.org/10.1080/09602011.2020.1868537>
18. Valera E, Kucyi A. Brain injury in women experiencing intimate partner-violence: neural mechanistic evidence of an “invisible” trauma. Brain Imaging and Behavior [Internet]. 2016;11(6):1664–77. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11682-016-9643-1>
19. Campbell JC, Anderson JC, McFadgion A, Gill J, Zink E, Patch M, et al. The Effects of Intimate Partner Violence and Probable Traumatic Brain Injury on Central Nervous System Symptoms. Journal of Women’s Health [Internet]. 2018;27(6):761–7. Available from: <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.6311>

20. Galovski TE, Werner KB, Iverson KM, Kaplan S, Fortier CB, Fonda JR, et al. A MultiMethod Approach to a Comprehensive Examination of the Psychiatric and Neurological Consequences of Intimate Partner Violence in Women: A Methodology Protocol. *Frontiers in Psychiatry* [Internet]. 2021;12(569335). Available from: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.569335>
21. Sugg N. Intimate Partner Violence. *Medical Clinics of North America* [Internet]. 2015;99(3):629–49. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2015.01.012>
22. Vyas S. Marital violence and sexually transmitted infections among women in postrevolution Egypt. *Sexual & Reproductive Healthcare* [Internet]. 2017; 13:68–74. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2017.06.002>
23. Sharps PW, Njie-Carr VPS, Alexander K. The Syndemic Interaction of Intimate Partner Violence, Sexually Transmitted Infections, and HIV Infection among African American Women: Best Practices and Strategies. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* [Internet]. 2019;30(6):811–27. Available from: <https://doi.org/10.1080/10926771.2019.1667464>
24. PAHO. OPS/OMS | Comprender y abordar la violencia contra las mujeres [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2014. Available from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9265:2014comprender-abordar-violencia-contra-mujeres&Itemid=0&lang=es

25. Karakuła Juchnowicz H, Łukasik P, Moryłowska-Topolska J, Krukow P. Risk factors of anxiety and depressive symptoms in female patients experiencing intimate partner violence. *Psychiatria Polska* [Internet]. 2017;51(1):63–74. Available from: <https://doi.org/10.12740/PP/64193>
26. Han Almis B, Koyuncu Kutuk E, Gumustas F, Celik M. Risk Factors for Domestic Violence in Women and Predictors of Development of Mental Disorders in These Women. *Noro Psikiyatri Arsivi* [Internet]. 2017;55(1). Available from: <https://doi.org/10.29399/npa.19355>
27. An JH, Moon CS, Kim DE, Lee-Tauler SY, Jeon HJ, Cho SJ, et al. Prevalence of intimate partner violence victimization and its association with mental disorders in the Korean general population. *Archives of Women's Mental Health* [Internet]. 2019;22(6):751–8. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00997-x>
28. Ahmadzad-Asl M, Davoudi F, Zarei N, Mohammad-Sadeghi H, Rasoulilian M. Domestic violence against women as a risk factor for depressive and anxiety disorders: findings from domestic violence household survey in Tehran, Iran. *Archives of Women's Mental Health* [Internet]. 2016;19(5):861–9. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0626-4>
29. Chang EC, Kahle ER, Hirsch JK. Understanding How Domestic Abuse Is Associated with Greater Depressive Symptoms in a Community Sample of Female Primary Care Patients. *Violence Against Women* [Internet]. 2015;21(6):700–11. Available from: <https://doi.org/10.1177/1077801215576580>

30. Dekel R, Shaked O, Ben-Porat A, Itzhaky H. The Interrelations of Physical and Mental Health: Self-Rated Health, Depression, and PTSD Among Female IPV Survivors. *Violence Against Women* [Internet]. 2019;26(3-4):379–94. Available from:
<https://doi.org/10.1177/1077801219832916>
31. Walsh K, Hasin D, Keyes KM, Koenen KC. Associations between gender-based violence and personality disorders in U.S. Women. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* [Internet]. 2016;7(2):205–10. Available from:
<https://doi.org/10.1037/per0000158>
32. de Aquino Ferreira LF, Queiroz Pereira FH, Neri Benevides AML, Aguiar Melo MC. Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. *Psychiatry Research* [Internet]. 2018; 262:70–7. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178117312921>
33. Scheffers F, van Vugt E, Lanctôt N, Lemieux A. Experiences of (young) women after out of home placement: An examination of personality disorder symptoms through the lens of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect* [Internet]. 2019; 92:116–25. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.03.022>
34. Mahoney CT, Lynch SM, Benight CC. The Indirect Effect of Coping Self-Efficacy on the Relation Between Sexual Violence and PTSD Symptoms. *Journal of Interpersonal Violence* [Internet]. 2019;36(21-22):088626051988152. Available from:
<https://doi.org/10.1177/0886260519881525>

35. Lutgendorf MA. Intimate Partner Violence and Women's Health. *Obstetrics & Gynecology* [Internet]. 2019;134(3):470–80. Available from: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003326>
36. Williams MR, Murphy CM, Dore GA, Evans MK, Zonderman AB. Intimate Partner Violence Victimization and Cognitive Function in a Mixed-Sex Epidemiological Sample of Urban Adults. *Violence and Victims* [Internet]. 2017;32(6):1133–48. Available from: <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-16-00118>
37. Kurt E, Yorguner Kupeli N, Sonmez E, Bulut NS, Akvardar Y. Domestic Violence Among Women Attending to Psychiatric Outpatient Clinic. *Noro Psikiyatri Arsivi* [Internet]. 2016;55(1). Available from: <https://doi.org/10.29399/npa.14812>
38. Sanz-Barbero B, Barón N, Vives-Cases C. Prevalence, associated factors and health impact of intimate partner violence against women in different life stages. *PLoS ONE* [Internet]. 2019;14(10). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6784976/>
39. Lutwak N. The Psychology of Health and Illness: The Mental Health and Physiological Effects of Intimate Partner Violence on Women. *The Journal of Psychology* [Internet]. 2018;152(6):373–87. Available from: <https://doi.org/10.1080/00223980.2018.1447435>

40. Woerner J, Wyatt J, Sullivan TP. If You Can't Say Something Nice: A Latent Profile Analysis of Social Reactions to Intimate Partner Violence Disclosure and Associations with Mental Health Symptoms. *Violence Against Women* [Internet]. 2018;25(10):1243–Available from: <https://doi.org/10.1177/1077801218811681>
41. WOMEN U. Infographic: Violence against women [Internet]. UN Women. 2015. Available from: <https://www.unwomen.org/en/digital-library/multimedia/2015/11/infographic-violenceagainst-women>
42. Pluck G, Almeida-Meza P, Ps C, Gonzalez-Lorza A, Ps M, Muñoz-Ycaza R, et al. ARTÍCULO ORIGINAL. *Revista Ecuatoriana de Neurología* [Internet]. 2017 [cited 2022 Mar 8];26(3). Available from: <http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2018/03/Estimacion-Funcion-Cognitiva-Premorbida.pdf>
43. Nelson HE, Willison J. National adult reading test (NART). Windsor: Nfer-Nelson; 1991.
44. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica* [Internet]. 1983;67(6):361–70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6880820>
45. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of traumatic stress* [Internet]. 2015;28(6):489–98. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26606250>

46. Millon T, Davis RD. The MCMI--III: Present and Future Directions. *Journal of Personality Assessment*. 1997;68(1):69–85.
47. Verdugo M, Arias B, Gómez L & Schalock R. Formulario de la Escala Gencat de Calidad de vida. Manual de aplicación de la Escala Gencat de Calidad de vida. Departamento de Acción Social y Ciudadanía. Generalitat de Cataluña; 2009.
Available from:
<https://sidinico.usal.es/documentacion/escala-gencat-formulario-de-la-escala-gencat-de-calidadde-vida/>
48. Ferreira Correia A, Campagna Osorio I. The Rey Auditory Verbal Learning Test: Normative Data Developed for the Venezuelan Population. *Archives of Clinical Neuropsychology* [Internet]. 2013;29(2):206–15. Available from:
<https://doi.org/10.1093/arclin/act070>
49. Wechsler D. WAIS-IV: escala de inteligencia de Wechsler para adultos-IV. Madrid Etc.: Pearson Educación; 2012.
50. Brickenkamp R. d2: Test de atención. Madrid: TEA; 2012.
51. Margulis LE, Louhau MRS, Ferreres AR. Baremo del Trail Making Test para Capital Federal y Gran Buenos Aires. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento* [Internet]. 2018;10(3):54–63. Available from:
<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/racc/article/view/19741>

- 52.- Golden CJ, Belén Ruiz-Fernandez, Luque T, F Sánchez-Sánchez. Stroop: test de colores y palabras: manual. Madrid TEA; 2020.
53. Marquine MJ, Morlett Paredes A, Madriaga C, Blumstein Y, Umlauf A, Kamalyan L, et al. Demographically-adjusted norms for selected tests of verbal fluency: Results from the Neuropsychological Norms for the US-Mexico Border Region in Spanish (NP-NUMBRS) project. *The Clinical Neuropsychologist* [Internet]. 2020;35(2):1–24. Available from: <https://doi.org/10.1080/13854046.2020.1762931>
- 54 Ott CV, Knorr U, Jespersen A, Obenhausen K, Røen I, Purdon SE, et al. Norms for the Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry and cognitive trajectories in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. 2021; 281:33–40. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.119>
- 55 Shin KM, Chung YK, Shin YJ, Kim M, Kim NH, Kim KA, et al. Post-Traumatic Cognition Mediates the Relationship between a History of Sexual Abuse and the Post-Traumatic Stress Symptoms in Sexual Assault Victims. *Journal of Korean Medical Science* [Internet]. 2017;32(10):1680. Available from: <https://doi.org/10.3346/jkms.2017.32.10.1680>
- 56 Rivera-Vélez GM, González-Viruet M, Martínez-Taboas A, Pérez-Mojica D. Post-Traumatic Stress Disorder, Dissociation, and Neuropsychological Performance in Latina Victims of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse* [Internet]. 2014;23(1):55–73. Available from: <https://doi.org/10.1080/10538712.2014.864746>

57 Lucena KDT de, Vianna RP de T, Nascimento JA do, Campos HFC, Oliveira ECT.

Association between domestic violence and women's quality of life. *Revista Latino-americana de Enfermagem* [Internet]. 2017;25(0). Available from:

<https://doi.org/10.1590/1518-8345.1535.2901>

58 Soleimani R, Ahmadi R, Yosefnezhad A. Health consequences of intimate partner

violence against married women: a population-based study in northern Iran.

Psychology, Health & Medicine [Internet]. 2016;22(7):845–50. Available from:

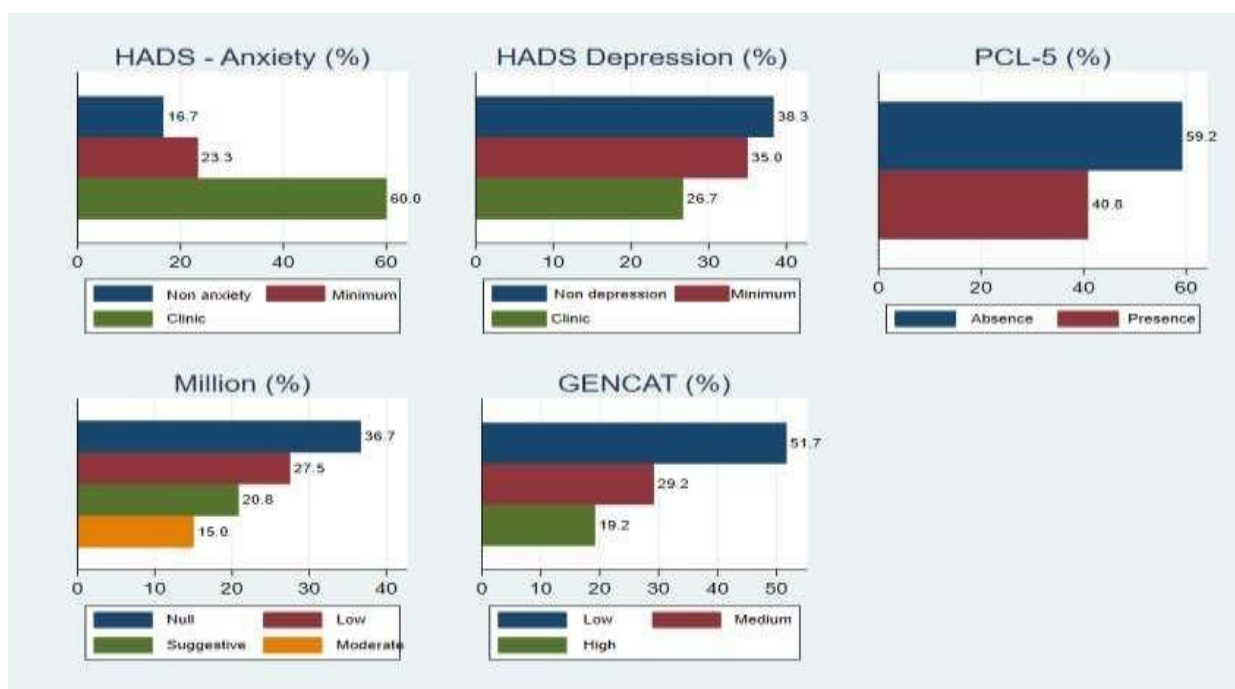
<https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1263755>

Table 1*Sociodemographic characteristics of the participants*

Variables	Total	Physical violence	Psychological violence	Sexual violence	p-valor
N	120	56	52	12	
Age (M: SD)	34,3; 0,7	35,4; 1,1	33,6; 1,1	32,3; 2,9	0,341
Years of schooling (M: SD)	8,3; 0,3	7,8; 0,4	8,7; 0,5	8,8; 0,9	0,301
Violence exposure time (M: SD)	6,6; 0,5	7,2; 0,8	6,2; 0,7	5,7; 1,3	0,583
Intelligence quotient (M: SD)	81,1; 0,8	81; 0,9	80; 1,1	88; 4,0	0,014
Marital status (N, %)					
Single	16; 100	6; 37,5	7. 43,8	3, 18,8	0,504
Married	38; 100	19; 50,0	15; 39,5	4; 10,5	0,504
Divorced	7; 100	5; 71,4	1; 14,3	1; 14,3	0,504
Free union	59; 100	26; 44,1	29; 49,2	4; 6,8	0,504

Figure 1

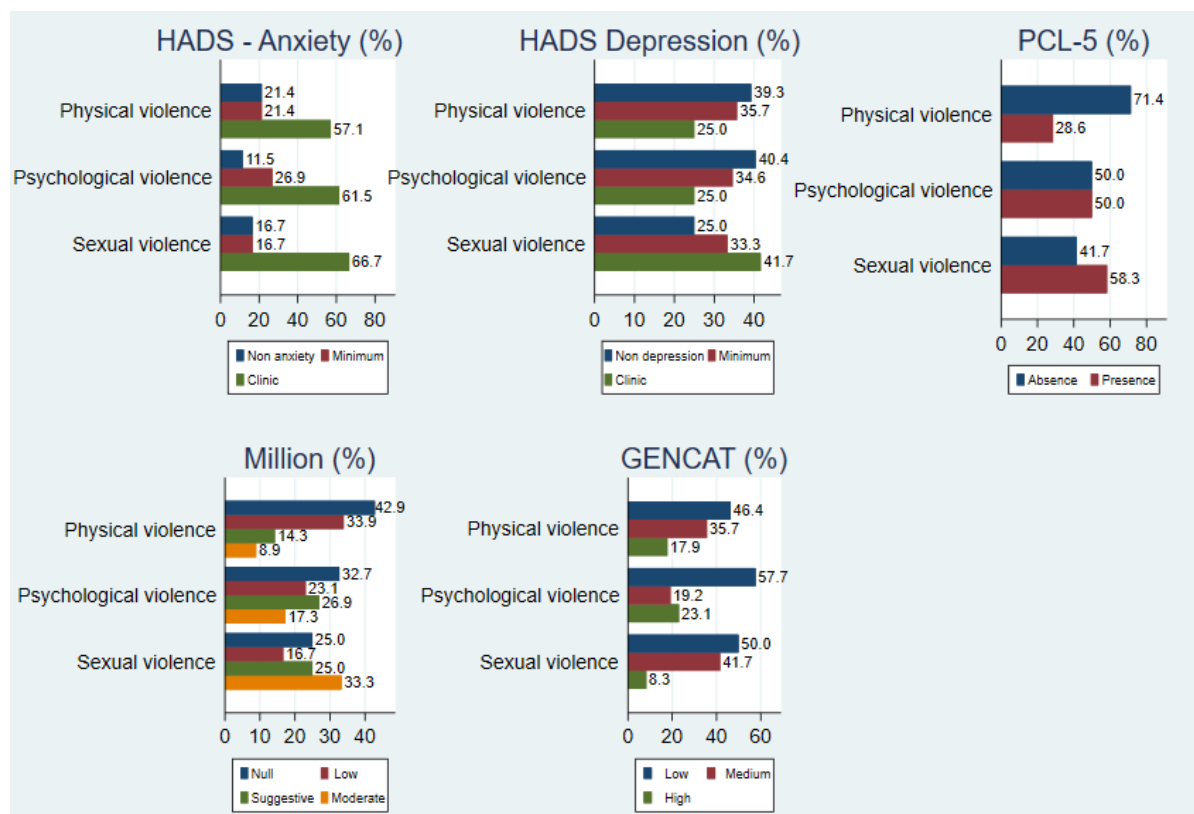
Percentages obtained in the tests that indicate the presence or absence of clinical/psychopathological alterations in the global sample



Note. HADS-Anxiety: Hospital Anxiety and Depression Scale (Anxiety); HADS Depression: Hospital Anxiety and Depression Scale (Depression); PCL-5: The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5; Million: Million Clinical Multiaxial Inventory – III; GENCAT: GENCAT Quality of Life Scale.

Figure 2

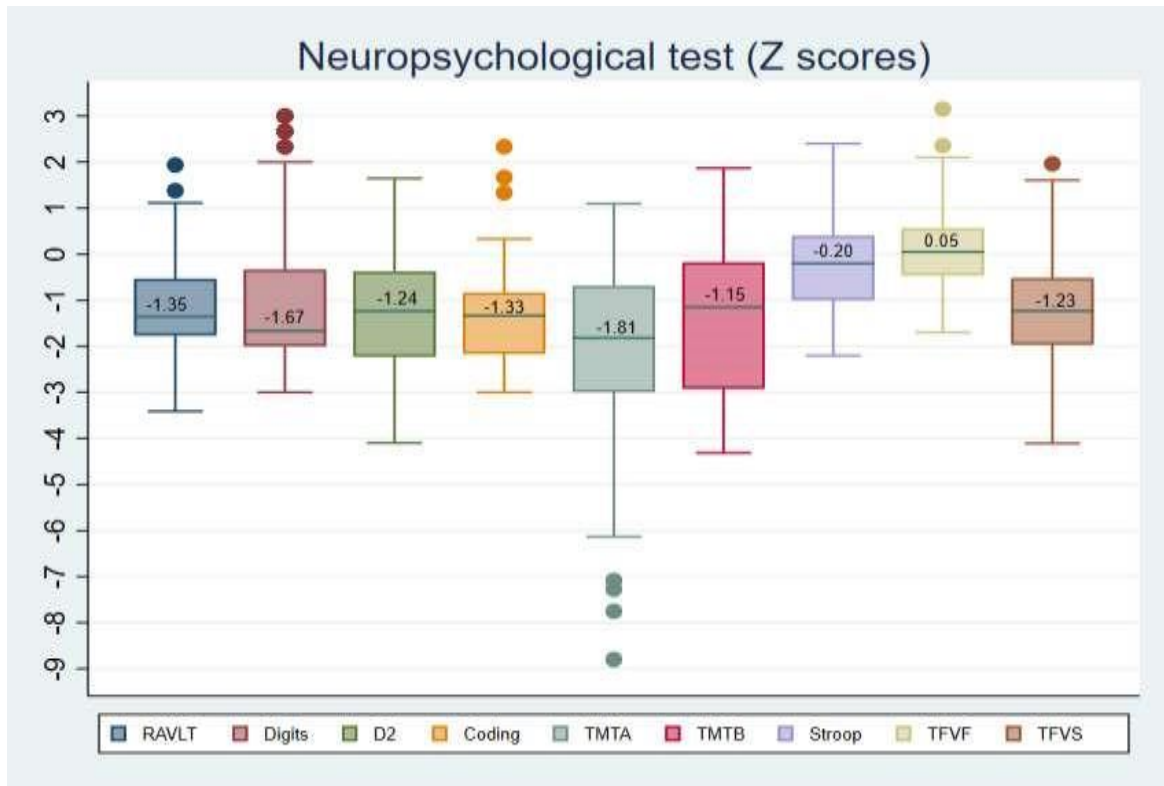
Results obtained from the tests applied in the clinical/psychopathological variables by type of violence



Note. HADS-Anxiety: Hospital Anxiety and Depression Scale (Anxiety); HADS Depression: Hospital Anxiety and Depression Scale (Depression); PCL-5: The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5; Million: Million Clinical Multiaxial Inventory – III; GENCAT: GENCAT Quality of Life Scale.

Figure 3

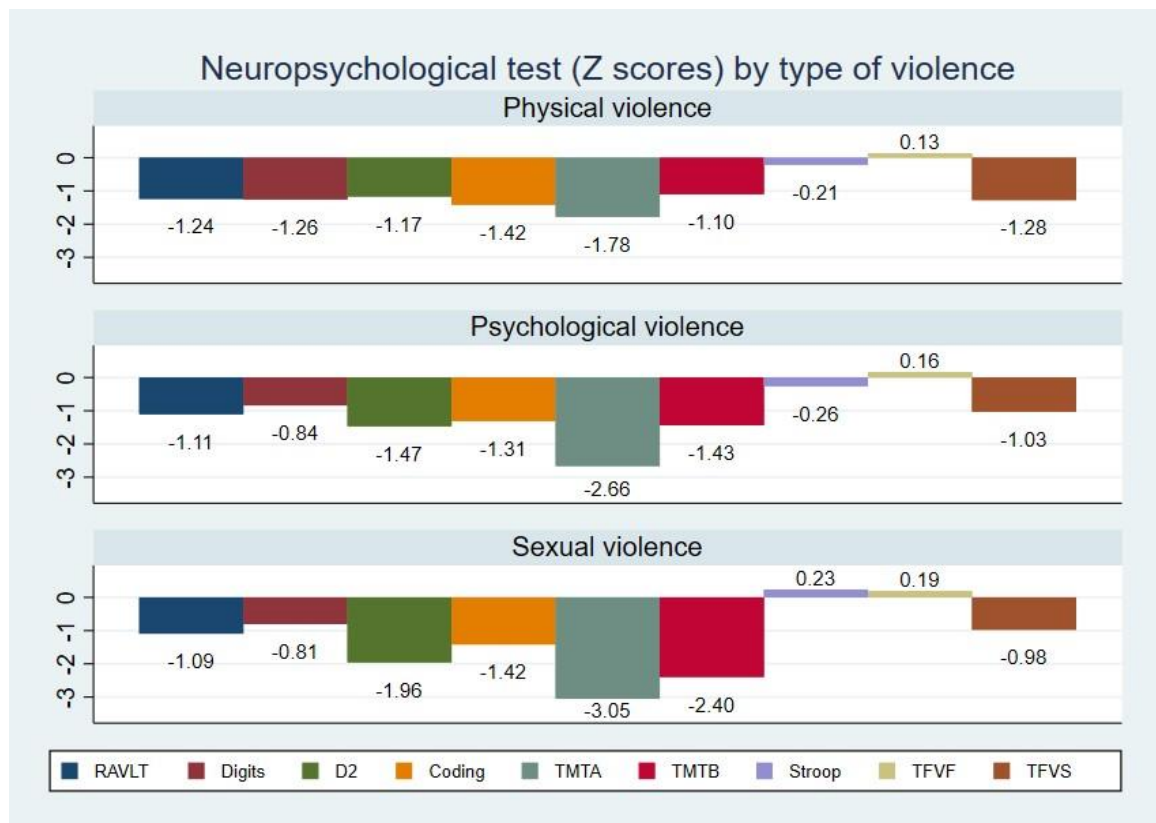
Z score distribution of the tests that assess neuropsychological functions



Note: RAVLT: The Rey Auditory Verbal Learning Test; Digits: WAIS IV Digits subtest; D2: Test D2; Coding: WAIS IV Coding subtest; TMT-B: Trail Making Test Part -B; Stroop: Stroop Test; TFVF: Phonetic Verbal Fluency; TFVS: Semantic Verbal Fluency Test.

Figure 4

Differences between the groups of physical, psychological, and sexual violence studied, regarding the reported neuropsychological performance



Note: RAVLT: The Rey Auditory Verbal Learning Test; Digits: WAIS IV Digits subtest; D2: Test D2; Coding: WAIS IV Coding subtest; TMT-B: Trail Making Test Part -B; Stroop: Stroop Test; TFVF: Phonetic Verbal Fluency; TFVS: Semantic Verbal Fluency Test.

Table 2

Differences between groups of cognitive, clinical and sociodemographic variables

Variables	Test	Age		Anova	Years of schooling		Anova	Living without a partner (n=22)	Living with a partner (n=97)	Wallis Kruskal	Physical violence (n=56)	Psychological violence (n=52)	Sexual violence (n=12)	Kruskal Wallis
		18 a 30 años; n= 37	31 a 50 años; N= 83		< 8 años (n=70)	> 8 años (n=50)								
		M; DS	M; DS		M; DS	M; DS								
Verbal memory	RAVLT	-0,97; 0,68	-1,26; 0,58	.606	-1,25; 0,66	-1,06; 0,65	.253	-0,88; 0,58	-1,31; 0,55	.354	-1,24; 0,56	-1,11; 0,55	-1,09; 0,55	.726
Working memory	Digits	-1,28; 0,60	-1,43; 0,66	.384	-1,47; 0,63	-1,55; 0,66	.078	-1,58; 0,60	-1,47; 0,65	.599	-1,26; 0,63	-0,84; 0,64	-0,81; 0,63	.392
Attention	D2	-1,07; 0,64	-1,51; 0,65	.200	-1,54; 0,66	-1,14; 0,65	.002	-1,00; 0,66	-1,67; 0,65	.137	-1,17; 0,65	-1,47; 0,60	-1,96; 0,58	.082
Processing speed	Coding	-1,43; 1,68	-1,34; 1,55	.649	-1,74; 0,87	-0,84; 0,72	.190	-1,54; 0,78	-1,28; 0,75	.836	-1,42; 0,75	-1,31; 0,70	-1,42; 0,65	.836
Executive functions	TMT- B	-1,11; 0,63	-1,20; 0,65	.492	-1,80; 0,79	-1,38; 0,75	.749	-2,17; 0,60	-1,59; 0,66	.177	-1,10; 0,65	-1,43; 0,65	-2,40; 0,68	.174
	Stroop	-0,85; 0,60	-0,60; 0,54	.812	-1,58; 0,64	-1,45; 0,65	.741	-1,17; 0,64	-1,51; 0,65	.281	-0,21; 0,64	-0,28; 0,64	0,23; 0,65	.279
	TFVF	0,03; 0,65	0,02; 0,65	.292	-0,89; 0,58	-0,79; 0,55	.478	-0,66; 0,52	-0,5; 0,55	.545	0,13; 0,57	0,16; 0,55	0,19; 0,54	.737
	TFVS	-1,04; 0,63	-1,23; 0,91	.366	-1,22; 0,57	-1,10; 0,60	.751	-1,44; 0,64	-0,74; 0,65	.231	-1,28; 0,63	-1,03; 0,65	-0,98; 0,68	.501
Anxiety	HADS - A	11,70; 4,55	11,3;4,24	.309	11,32; 3,82	11,68;4,50	.346	10,80; 4,52	12,39; 4,40	.012	10,86; 4,00	11,9; 3,50	12,5; 3,50	.335
Depression	HADS - D	8,29; 3,63	8,5; 4,03	.903	8,68; 4,09	8,22; 3,60	.326	9,06; 3,40	9,18; 3,30	.125	8,2; 3,20	8,48; 3,30	9,92; 3,60	.474
Posttraumatic stress	PCL-5	50,12; 5,25	50,4;5,25	.162	49,63; 7,89	51,4; 7,77	.423	31,06; 7,75	30,63; 7,20	.136	30,6; 7,30	34,0; 6,60	50,8; 6,70	.003
Personality	Million	46,16; 4,53	45,3;9,41	.317	44,78; 3,50	46,7; 4,30	.428	62,25; 4,30	49,34; 4,10	.070	45,03; 4,30	48,5; 3,40	54,25; 3,5	.068
Quality of life	GENCAT	94,24; 16,07	94,9;15,07	.156	93,27; 15,78	96,8;15,76	.423	96,33; 14,50	92,97; 13,70	.289	95,13; 14,30	94,5;13, 7	93,9; 14,1	.916

Note. RAVLT: The Rey Auditory Verbal Learning Test; Digits: WAIS IV Digits subtest; D2: Test D2; Coding: WAIS IV Coding subtest; TMT-B: Trail Making Test Part - B; Stroop: Stroop Test; TFVF: Phonetic Verbal Fluency; TFVS: Semantic Verbal Fluency Test. HADS-Anxiety: Hospital Anxiety and Depression Scale (Anxiety); HADS Depression: Hospital Anxiety and Depression Scale (Depression); PCL-5: The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5; Million: Million Clinical Multiaxial Inventory – III; GENCAT: GENCAT Quality of Life Scale.

Table 3*Relationship between cognitive and clinical variables*

Variable	Test	HADS-A		HADS -D		PCL-5		MILLION		GENCAT	
		Estatistical	Pearson's R	Estatistical	Pearson's R	Estatistical	Pearson's R	Estatistical	Pearson's R	Estatistical	Pearson's R
Verbal memory	RAVLT	.045	.625	.18	.849	-.104	.258	.072	.436	-.104	.258
Working memory	Digits	.162	.078	-.126	.169	.108	.241	-.048	.599	.108	.241
Attention	D2	-.024	.794	-.156	.088	-.063	.497	-.143	.118	-.063	.497
Processing speed	Coding	.010	.914	-.162	.076	.038	.681	-.001	.988	.038	.681
	TMT-A	-.067	.465	.066	.477	-.133	.148	.145	.115	-.133	.148
Executive functions	TMT- B	-.129	.162	-.037	.690	.002	.980	-.057	.535	.002	.980
	Stroop	-.004	.963	.074	.423	-.036	.699	-.008	.935	-.036	.699
	TFVF	.101	.273	-.028	.757	.033	.721	.056	.540	.033	.721
	TFVS	.052	.575	-.095	0.303	.074	.419	.047	.611	.074	.419

Note. RAVLT: The Rey Auditory Verbal Learning Test; Digits: WAIS IV Digits subtest; D2: Test D2; Coding: WAIS IV Coding subtest; TMT-B: Trail Making Test Part - B; Stroop: Stroop Test; TFVF: Phonetic Verbal Fluency; TFVS: Semantic Verbal Fluency Test. HADS-Anxiety: Hospital Anxiety and Depression Scale (Anxiety); HADS Depression: Hospital Anxiety and Depression Scale (Depression); PCL-5: The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5; Million: Million Clinical Multiaxial Inventory – III; GENCAT: GENCAT Quality of Life Scale.

Table 4

Relationship between cognitive and clinical variables, mediated by sociodemographic factors

Variable	Test	Age		Years of schooling		Violence exposure time	
		M = 34,3; SD= 8,3		M = 8,3; SD = 3,4		M = 6,3; SD= 5,7	
		r	p	r	p	r	p
Verbal memory	RAVLT	-0,16	0,079	0,23	0,001	-0,01	0,940
Working memory	Digits	-0,08	0,360	0,45	0,000	-0,05	0,587
Attention	D2	-0,18	0,047	0,20	0,026	-0,17	0,071
Processing speed	Coding	-0,03	0,729	0,44	0,000	-0,05	0,579
Executive functions	TMT- B	0,19	0,039	-0,22	0,015	0,13	0,148
	Stroop	0,00	0,968	0,08	0,373	-0,05	0,573
	TFVF	-0,01	0,895	0,41	0,000	0,02	0,837
	TFVS	-0,11	0,233	0,27	0,002	0,07	0,421
Anxiety	HADS - A	0,01	0,912	0,10	0,274	0,08	0,411
Depression	HADS - D	0,03	0,766	-0,07	0,432	0,14	0,126
Post-traumatic stress	PCL-5	-0,11	0,239	-0,01	0,938	0,16	0,089
Personality	Million	0,03	0,730	0,017	0,084	0,04	0,606
Quality of life	GENCAT	0,04	0,654	0,09	0,349	-0,14	0,124

Note. RAVLT: The Rey Auditory Verbal Learning Test; Digits: WAIS IV Digits subtest; D2: Test D2; Coding: WAIS IV Coding subtest; TMT-B: Trail Making Test Part - B; Stroop: Stroop Test; TFVF: Phonetic Verbal Fluency; TFVS: Semantic Verbal Fluency Test. HADS-Anxiety: Hospital Anxiety and Depression Scale (Anxiety); HADS Depression: Hospital Anxiety and Depression Scale (Depression); PCL-5: The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5; Million: Million Clinical Multiaxial Inventory – III; GENCAT: GENCAT Quality of Life Scale.

Anexo 2

Artículo 2

Revista: Journal Social Psychology Quarterly (SPQ). ISSN: 01902725, 19398999. Open Access.

JCR: Indexada

Factor de Impacto: 2.163. JCR, 2021 (Q4).

Estado del Artículo: aceptado para publicación, volumen septiembre, año 2022.

Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Efficacy in improving clinical, neuropsychological, and quality of life in women victims of violence

Alexandra Yakeline Meneses Meneses^{1,2,3}, Sol Fernandez -Gonzalo^{3, 4,5} and Mercé Jodar Vicente^{3, 4,6*}

1. Health District 17D10 - Cayambe Pedro Moncayo, Ecuador.
2. Israel University, Quito - Ecuador.
3. Department of Clinical and Health Psychology. Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona - Spain.
4. Research Department, Parc Taulí Research and Innovation Institute, Sabadell (Spain).
5. Center for Online Biomedical Research in Mental Health (CIBERSAM). Carlos III Health Institute, Madrid (Spain).
6. Neurology Service. University Hospital Parc Taulí. Sabadell (Spain).

* Corresponding author. merce.jodar@uab.cat. c/Bac de Roda, 100-08019-Barcelona España. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8913-5977>

Abstract

The number of women victims of violence has increased considerably in recent years, causing physical, mental and social damage. In this study, the efficacy of the psychotherapeutic model of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) was evaluated and compared with narrative exposure therapy (NET) as approaches for improving clinical and neuropsychological aspects and quality of life in abused women. A randomized experimental study was carried out in which 120 women exposed to physical, psychological and sexual violence participated and were assigned to an EMDR or NET group. An extensive battery of clinical, neuropsychological and quality of life tests were used pre- and posttreatment for 10 therapeutic sessions. The results indicated that the group of women exposed to physical and psychological violence who received EMDR therapy achieved a greater decrease in anxiety, depression and posttraumatic symptoms as well as an increase in quality of life, working memory, attentional capacity and processing speed. Compared with that of NET, the efficacy of EMDR was greater, mediated by sociodemographic factors. It is necessary to include protocols for comprehensive health care and psychological first aid for women who are victims of violence.

Keywords: *battered women; gender-based violence; posttraumatic stress, quality of life; EMDR therapy; narrative exposure therapy; NET.*

Introduction

Violence against women in all its possible forms is considered a human rights violation, a public health problem and an emerging social care area; therefore, it represents one of the biggest problems facing today's society (Pan American Health Organization [PAHO], 2020). Currently, 1 in 3 women (30%) reports having experienced physical or sexual violence by their romantic partners, ex-partners or third parties, providing evidence for the need to recognize the negative impact that this abuse represents in the general health of abused women (World Health Organization [WHO], 2021).

Several studies have shown the importance of addressing this problem (Fernández et al., 2017). Lately, research has emphasized on the study of negative effects of violence against women at the physical, mental and sexual violence (Kekelidze et al., 2019; Malik et al., 2020; Grose et al., 2021). Moreover, the influence of social role and culture on the perception of gender violence (Alsaker et al., 2018). Other studies have focused on the psychomotor alterations that are consequences of brain injuries (Maldonado et al., 2021).

In Latin America countries the reports higher incidences of violence against women; these higher incidences are associated with the environment in which cultural, social, religious and traditional patterns develop (Illescas et al., 2018). Hence, violence against women represents a serious health problem that leads to psychopathological and cognitive alterations and even death (Fonseca et al., 2021). There are several aspects that represent a power of influence, to a greater or lesser degree of vulnerability, mediated in many situations by sociodemographic and socioeconomic factors (Navarro et al., 2021).

A latent association has been identified between clinical symptoms and cognitive functioning in this group of women (Williams et al., 2017). In this sense, women who report anxiety, depression, posttraumatic stress, or exposure to sexual violence tend to show low performance in neuropsychological evaluations, especially in attentional, visuospatial and executive tasks (Forest et al., 2018; Galovski et al. to 2021). Added to this is the evidence that sociodemographic factors are related to the adverse effects of violence on the physical and mental health of female victims (Öberg et al., 2021) as well as on their quality of life (Bedford et al., 2020).

Consequently, with the reality surrounding this problem, during the last 5 years, intensive treatments have emerged for women who experience the trauma associated with exposure to physical, psychological and sexual violence, with the aim of addressing and overcoming the effects caused physically and mentally (Hameed et al., 2020;

Karatzias et al., 2016). Many studies have shown therapeutic treatments with benefits at the cognitive, emotional and social levels in female victims; however, they have not yet demonstrated a comprehensive effectiveness among patients (Bailey, 2019; Cloitre et al., 2017).

From this perspective, eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), the psychotherapeutic model originally developed by Francine Shapiro to treat traumatic memories and stress symptoms in people who experienced trauma (Perline et al., 2018; Shapiro, 2001), has been recommended by the National Institute for Care Excellence (NICE, 2018), with a certain degree of evidence for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in different age groups.

Scientific evidence for the mechanism of action of EMDR therapy works has been presented in 87 studies classified into 3 general models, i.e., psychological models, psychophysiological models and neurobiological models (Bergmann, 2019; Landin, 2018); neuroimaging studies were used before, during and after EMDR therapy, showing evidence of how EMDR acts, stimulating working memory and physiological changes in patients.

EMDR therapy has been used in different populations for the treatment of posttraumatic stress disorder (Acarturk et al., 2016; Novo et al., 2018; Wilson et al., 2018), showing benefits in improving sleep quality and quality of life and decreasing symptoms associated with comorbid PTSD (Haour et al., 2016; Moreno-Alcázar et al., 2017; Van Woudenberg, 2018). Similarly, EMDR therapy has been applied in people with serious mental illnesses, such as psychosis (Adams et al., 2020), and in forensic and rehabilitation services (Every-Palmer et al., 2019; Susanty et al., 2021).

Recent studies have reported the benefits of EMDR in the physical and mental health of women victims of violence (Allon et al., 2015; Aranda et al., 2015; Mosquera et al., 2017). Thus, international treatment guidelines recommend this therapy as an effective therapy for posttraumatic stress disorder, being considered as effective as trauma-focused cognitive behavioural therapy to treat depression and posttraumatic stress disorder (Santarnecci et al., 2019).

Narrative exposure therapy (NET) has shown efficacy in the psychological treatment of different populations and cultures exposed to multiple and highly complex traumatic events (Lely et al., 2019). Therefore, this intervention, which is based on connecting traumatic memories, facilitates the reevaluation of events and cognitive reorganization through the organization of a chronological line of painful events that the patient

experiences, allowing him or her to narrate the traumatic experiences, generate new meanings of positive and negative events and acknowledge the value of resilience to redefine their life history (Schauer et al., 2011).

Therefore, has been applied mainly in socio-community contexts and with people who have been exposed to trauma due to political, social or cultural causes, for which the efficacy of NET in reducing posttraumatic stress and depression and improving quality of life has been reported (Neuner et al., 2020; Raghuraman et al., 2021).

However, although NET has shown positive results in reducing depression and posttraumatic symptoms, it is not known what scope this therapy has in other dimensions of the health of victims (Moreira et al., 2020); the same is unknown for interventions based on EMDR, which has received little focus with regard to women victims of violence (Orang et al., 2018). Thus, given that both EMDR interventions and NET have shown therapeutic utility in the treatment of people exposed to violent events, the following question arises: How effective is EMDR compared to NET in reducing clinical symptoms, increasing cognitive performance and improving quality of life in raped women who received therapeutic treatment?

Under this background, the objective of this study was to evaluate the efficacy of EMDR therapy compared to NET as treatments for improving clinical and neuropsychological aspects and the quality of life of women victims of violence.

Methodology

Design

This study was framed within an open randomized experimental design; the intervention is based on the methodology for health studies with 2 comparative groups with pre-post repeated measures, through which we sought to determine the effect of an intervention (Ato et al., 2013).

Participants

A total of 120 women exposed to gender-based violence participated; the women were identified and invited to participate in the study through professionals from the public health network of the Tabacundo Health Center in Ecuador. The participants were randomly divided into 2 treatment groups (Figure 1). The inclusion criteria were: 1)

exposed to gender violence (physical, psychological and/or sexual); 2) between 18 and 50 years of age; and 3) signed the informed consent form. The exclusion criteria were: 1) intelligence quotient (IQ) lower than 70; 2) history of brain damage; 3) history of severe neurological or psychiatric illness; 4) history of toxic consumption; and 5) presence of sensory alterations that impeded the performance of the tests.

Procedure

This study was approved by the health committee of District 17D10, Cayambe - Pedro Moncayo and by the Committee of Ethics and Research with Human Beings (CEISH) of the Universidad Tecnológica Equinoccial (UTE). All selected women were informed of the characteristics and procedures of the study and of the voluntary nature of their participation, and they signed an informed consent form. Women who agreed to participate in the study were administered the Spanish version of the National Adult Reading Test (NART) (Nelson et al., 1991; Pluck et al., 2017) to rule out intellectual disability, and those who met the inclusion criteria underwent the pretest, which consisted of a complete battery to evaluate the clinical profile, cognitive functions, and quality of life of the participants. Subsequently, the women were assigned to the corresponding therapy groups: Group A – 60 women who received EMDR therapy; and Group B – 60 women who received NET. Dropouts that occurred during the treatment phase were considered in the analysis (Figure 1). Following the protocols for the treatment plan designed for each group and the recommendations of the ethics committee, 2 specialized therapists were assigned to a random list of participants based on the specialty of the therapist, i.e., EMDR or NET. Ten personalized therapeutic sessions were scheduled, each with a duration of 60 minutes.

Therapeutic interventions

For the group that received EMDR therapy, the standard protocol was applied (Perline et al., 2018; Shapiro, 2001) based on the adaptive information processing states (Hase et al., 2017; Jarero et al., 2018), which has 8 treatment phases. The techniques used were those indicated in the same standard EMDR protocol. The following desensitization and reprocessing techniques were implemented: *float back*, *float forward*, *affective scan* and *dual attention* (Schubert et al., 2011), *bilateral auditory stimulation*

(Boukezzi et al., 2017) and *bilateral visual stimulation* (van den Hout et al., 2011). Additionally, stress management techniques, exercises based on mental games for cognitive stimulation, and cognitive interweaving for the management of complex targets were used. A description of the tasks used per each phase of the protocol is provided in Table 1.

For the group that received NET, the NET treatment model was applied (Schauer, Neuner & Elbert, 2011). As seen in Table 2, the intervention was structured into 4 practical elements (Robjant et al., 2010).

Instruments

Survey on gender violence. Based on the Technical Standard for Comprehensive Attention to Gender Violence (2014). It allows collecting data associated with sociodemographic variables, age, gender, marital status, and economic status, as well as the type of reported violence and the time of exposure to violence.

National Adult Reading test NART [42]. This is a test for reading unstressed words, which correlates with the IQ index of the WAIS intelligence test [43] and allows estimating the level of IQ.

Psychopathological/Clinical Measures

Hospital Anxiety and Depression Scale HADS [44]. It allows to assess the levels of anxiety and depression. It consists of 7 items related to anxiety symptoms and 7 items related to depressive symptoms, each item is valued on a scale of 0 to 3 points. The cut point is 7.

Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) [45]. It is an instrument updated to the DSM –V, to evaluate post-traumatic symptoms. Respondents indicate how much each PTSD symptom has disturbed them in the past week (as opposed to the past month), using a 5-point scale ranging from 0 = not at all, 1 = a little, 2 = moderately, 3 = quite a bit, and 4 = extremely. The cut point is 31.

GENCAT Quality of Life Scale [47]. It evaluates the quality-of-life index of the users, in the dimensions: emotional well-being, interpersonal relationships, material well-being, personal development, physical well-being, self-determination, social inclusion and rights. The items of each dimension are stated using a frequency scale of four options.

Neuropsychological measures

The Rey Auditory Verbal Learning Test RAVLT. It measures verbal learning ability and short- and long-term retention. A target list of 15 words is read to the patient, who must try to remember it during 5 consecutive trials. Subsequently, a distracting list is presented, and the short-term memory of the target list is counted. After 30 minutes, long-term memory of the words on the list is collected. The adaptation of Ferreira for the Latin American population was applied [48]. *Digits-WAIS IV* [49]. It is used to measure immediate memory and working memory

capacity. It consists of repeating a series of numbers from less to greater complexity, it starts in a sequential order, then in reverse order and finally in increasing order.

Coding - subtest WAIS IV [50]. The task consists of completing with the appropriate symbols, some squares that have a digit in their upper part. It evaluates, the speed and visual motor skills.

Test D2 [51]. It measures selective and sustained attention. The test contains 14 lines with 47 characters, totalizing 658 items. These stimuli contain the letters "d" or "p" that can be accompanied by one or two small lines located, individually or in pairs, at the top or bottom of each letter. The subject's task consists of carefully reviewing the content of each line from left to right, then marking every letter "d" that has the assigned consignment or key, discriminating the relevant elements from the irrelevant ones.

Trail Making Test, part A (TMT-A) and part B (TMT-B). This test allows assessing visual-motor speed and cognitive flexibility. Part A consists of executing a task, joining, without releasing the line, numbers in chronological order from 1 to 25. Part B. Consists of executing another more complex task, in which numbers and letters must be joined in order alternate increasing (1 a, 2 b... 13. in sequential order) under time pressure, and the number of mistakes made is counted. A standardized version for the Latin population was used [52].

Stroop Test [53]. It is an instrument that assesses complex attention, through the ability to inhibit verbal interference, or faster automatic response, so it is a good measure of selective attention.

Phonological Verbal Fluency Test TFVF [54]. It consists of a controlled and programmed verbal production test, in which the subject must produce words that begin with a letter pre-established by the examiner for one minute (example: P - M - R).

Semantic Verbal Fluency Test TFVS [54]. Assesses the ability to retrieve stored semantic information. It is related to the speed to organize the thought and the strategies used for the fast search of words, in a time of 60 seconds.

Data analysis

Data analysis was performed using the statistical software SPSS v.26.0. Initially, an analysis of basic descriptive data (central tendency (*mean*) and dispersion (*standard deviation*)) was performed, with the objective of obtaining a sociodemographic profile of the participants. Next, the variables of the neuropsychological tests (*z*) were standardized, and a frequency table (percentages) was designed for the clinical variables. Subsequently, contingency tables were created and a regression analysis was conducted to estimate the relationships between variables using normality (Kolmogorov-Smirnov), parametric (Student-T) and nonparametric (chi-square, Mann-Whitney) tests to assess differences between the pre- and posttreatment results. As a final analysis, the effect size of the differences found was measured through the *Cohen statistic*.

Results

Figure 1 shows the CONSORT statement and provides the flow chart of the patient inclusion process. Table 3 shows the sociodemographic data of the participants.

Analysis of the differences in the efficacy of EMDR and NET in reducing clinical symptoms

The average values for the group of women treated with EMDR exhibited greater changes between pre- and posttreatment ($M = 9.71$; $SD = 4.59$) than did the average values for the group of women treated with TEN ($M = 4.98$; $SD = 3.37$), with a reduction in clinical anxiety ($p = 0.001$), with a moderate effect size ($d = 0.62$). Likewise, patients treated with EMDR showed greater changes with regard to a reduction in depression ($M = 6.1$; $SD = 3.5$) than did the group of women treated with TEN ($M = 4.9$ $SD = 3.3$); the differences between pre- and posttreatment were significant ($p = 0.001$), with a moderate effect size ($d = 0.51$). The changes in average values between pre- and posttreatment indicated that the EMDR treatment was more effective than NET for reducing posttraumatic stress ($p = 0.002$), with a moderate effect size ($d = 0.59$). Finally, the EMDR treatment resulted in more changes between pre- and posttreatment, on average

($M = -23.3$; $SD = 13.9$), than did NET ($M = -9.1$; $SD = 9.2$) with regard to increasing the quality of life index ($p = 0.001$), with a moderate effect size ($d > 0.52$) (see Table 4).

Analysis of the differences in the efficacy of EMDR and NET in improving cognitive performance.

Regarding the differences between pre- and posttreatment in tests that assessed working memory, the group treated with EMDR showed greater improvement ($M = 0.90$; $SD = 0.51$; $p = 0.001$), with a small effect size ($d = 0.23$), than did the group that received NET ($M = 0.39$; $SD = 0.31$; $d = 0.15$). Similarly, regarding attentional capacity, the EMDR group exhibited greater improvement between pre- and posttreatment ($M = 0.53$; $SD = 0.35$) than that exhibited by the NET group ($M = 0.05$; $SD = 0.22$), with a small effect size in each group ($d = 0.27$; 0.20). Compared with NET, EMDR showed better efficacy by increasing attentional capacity to a greater extent ($p = 0.001$). In the EMDR group, the processing speed improved between pre- and posttreatment ($M = 0.23$; $SD = 0.37$) to a greater extent than that exhibited in the NET group ($M = -0.09$; $SD = 0.43$). EMDR resulted in a better therapeutic response, increasing processing speed performance, than that generated by NET ($p = 0.003$), with a small effect size ($d \geq 0.20 < 0.50$).

Finally, comparing the pre- and posttreatment differences in executive function, the EMDR treatment group showed greater improvement ($M = 1.81$; $SD = 0.58$) than did the NET group ($M = 0.67$; $SD = 0.49$). The patients treated with EMDR exhibited better performance in executive tasks than did the patients treated with NET ($p = 0.001$; $d \geq 0.20 < 0.50$).

Analysis of the differences in the efficacy of treatment with EMDR and NET based on sociodemographic data.

Several sociodemographic groups (age, marital status, education level, type of violence and time of exposure to violence) were studied. Table 5 provides the results of the analysis of the differences in the efficacy of treatment with EMDR and NET based on sociodemographic data for those groups in which statistical significance was found ($p < 0.05$).

Discussion

The literature has shown the existence of various therapies that have been suggested as interventions for women victims of violence, some with a greater benefits and others with limitations with regard to their efficacy (Bailey, 2018; Cloitre et al., 2017; Vaca-Ferrer et al., 2020).

In this study, both therapeutic approaches had beneficial effects on the health of the participating women. However, the group of women who received EMDR therapy and who were exposed to physical, psychological or sexual violence showed greater reductions in levels of anxiety, depression and posttraumatic symptoms in the posttreatment evaluation. The results indicate a relationship between interventions focused on populations of women victims of violence from diverse sociocultural contexts and improvement after undergoing treatment based on EMDR (Allon et al., 2015; Mosquera et al., 2017).

EMDR therapy has been shown to be effective for the comprehensive treatment of various populations affected by different psychopathologies (Acarturk et al., 2016; Ostacoli et al., 2018; Marsden et al., 2018), such as posttraumatic stress (Shap Shapiro, 2001; Novo et al., 2018; Van Woudenberg et al., 2018; Haour et al., 2016), the prevention of affective relapses in bipolar patients with a history of trauma (Moreno et al., 2017) and psychotic episodes (Adams et al., 2020).

Women exposed to violence can develop multiple psychopathologies that affect their mental health (Malik et al., 2020). This problem is recognized worldwide, and EMDR therapy is a functional approach for treating female victims with long-term effects that can occur in various cultural environments; in addition to its therapeutic benefits, this therapy is associated with lower economic costs (Snoek et al., 2020).

There is an association between posttraumatic symptoms and low cognitive performance in women exposed to violence (Forest et al., 2018; Galovski et al., 2021). Therefore, one of the objectives of this study was to identify the existence of a relationship between clinical symptomatology and low cognitive performance, in addition to determining whether EMDR therapy and NET generated positive effects in the participants. For this, the pre- and posttreatment design allowed the evaluation of such effects through clinical and neuropsychological tests, whose results were encouraging with regard to the therapeutic response of the women who received treatment. The group of women who received EMDR therapy obtained better results than did the group of women who

underwent NET with regard to improvements in posttraumatic symptomatology and working memory and executive functions; these findings are similar to the results reported by a few studies that have focused on this topic , i.e., EMDR therapy modified the neuropsychological and physiological responses of patients diagnosed with comorbid posttraumatic stress disorder and major depressive disorder (Aranda, 2015), modifications that were associated with significant improvements in negative emotional experiences (Bergmann et al., 2019).

There are still several relevant points to investigate in relation to the theoretical-scientific foundations of EMDR therapy and even more to investigate in relation to the therapeutic effect that this would represent in the spheres of the life of women affected by violence in different social settings. Therefore, at the multidisciplinary level, there has been greater interest in studying this therapeutic response, with the application of exploratory and neurobiological studies that have included electroencephalography to monitor neuronal activation during the bilateral stimulation phase in sessions. EMDR (Pagani et al., 2015).

Research on integrative psychological therapies, as shown by EMDR, should continue from a psychological, psychophysiological and neurobiological approach (Landin - Romero, 2018) to rehabilitate the mental health and improve the quality of life of women victims of violence (Raboni et al., 2006); the results from such studies will provide a basis for the implementation of strategies that benefit women who face the effects (general health, educational, judicial, social, etc.) of violence.

Conclusions

Both EMDR therapy and NET-based interventions were beneficial for the women who underwent treatment. However, EMDR therapy showed greater efficacy with regard to comprehensive improvements in the psycho-affective, cognitive and quality of life dimensions of women exposed to gender violence. Some variables, such as age, marital status, education level and type of violence, were dependent on the results achieved. Women exposed to sexual violence, older women and women with lower education levels showed less therapeutic progress regarding reductions in clinical symptoms. These results, in combination with results reported for other studies, make it essential for organizations responsible for global health issues to rethink comprehensive intervention programmes for women victims of violence, considering all possible influencing factors,

as well as activate protection measures in the judicial sphere and adequate social support, with the objective of assessing the damage to and prejudice towards the victims, preventing new events of violence against them.

Therefore, comprehensive assessments should be considered first, focusing on the psychosocial and cultural environment of the victim; then, an appropriate integrative therapeutic approach, such as EMDR, which has been shown to be effective, beneficial, economical and facilitate therapeutic efficacy, should be chosen. In this way, clinicians should seriously consider the recommendation by the WHO (2013), i.e., EMDR is a useful approach for interventions for and therapeutic monitoring of people who are victims of violence.

Limitations of the research

This study has limitations. It did not have a control group, and the women who participated in the study lived in rural environments. Additionally, although the number of participants was appropriate based on the standards proposed by the scientific community for this type of clinical study, the sample size can be a limitation with regard to generalizing the results. Therefore, in future research, the sample size should be expanded, and women from different sociocultural contexts should be included.

Conflict of interest

The authors declare that they have no conflicts of interest associated with the study.

References

- Acarturk, C., Konuk, E., Cetinkaya, M., Senay, I., Sijbrandij, M., Gulen, B., & Cuijpers, P. (2016). The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees: Results of a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 46(12).
<https://doi.org/10.1017/S0033291716001070>
- Adams, R., Ohlsen, S., & Wood, E. (2020). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for the treatment of psychosis: a systematic review. In *European Journal of Psychotraumatology* (Vol. 11, Issue 1).
<https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1711349>
- Allon, M. (2015). EMDR group therapy with women who were sexually assaulted in the Congo. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9(1). <https://doi.org/10.1891/1933-3196.9.1.28>
- Alsaker, K., Moen, B. E., Morken, T., & Baste, V. (2018). Intimate partner violence associated with low quality of life—a cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 18(1).
<https://doi.org/10.1186/s12905-018-0638-5>
- Aranda, B. D. E., Ronquillo, N. M., & Calvillo, M. E. N. (2015). Neuropsychological and physiological outcomes pre- and post-EMDR therapy for a woman with PTSD: A case study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9(4).
<https://doi.org/10.1891/1933-3196.9.4.174>
- Ato, M., López-García, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3).
<https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Bailey, K., Trevillion, K., & Gilchrist, G. (2019). What works for whom and why: A narrative systematic review of interventions for reducing post-traumatic stress disorder and problematic substance use among women with experiences of interpersonal violence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 99.
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.12.007>
- Bedford, L. E., Guo, V. Y., Yu, E. Y. T., Wong, C. K. H., Fung, C. S. C., & Lam, C. L. K. (2020). Do Negative Emotional States Play a Role in the Association Between Intimate Partner Violence and Poor Health-Related Quality of Life in Chinese Women from Low-Income Families? *Violence Against Women*, 26(15–16).
<https://doi.org/10.1177/1077801219892648>
- Bergmann, U. (2019). Neurobiological Foundations for EMDR Practice. In *Neurobiological Foundations for EMDR Practice*.
<https://doi.org/10.1891/9780826172679>

- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6). <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
- Boukezzi, S., Silva, C. G., Nazarian, B., Rousseau, P. F., Guedj, E., Valenzuela-Moguillansky, C., & Khalfa, S. (2017). Bilateral alternating auditory stimulations facilitate fear extinction and retrieval. *Frontiers in Psychology*, 8(JUN). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00990>
- Brickenkamp, R., & Seisedos, C. (2012). d2, Test de atención (adaptación española, Nicolás Seisedos Cubero). Tea, 4.
- Cloitre, M., Garvert, D. W., & Weiss, B. J. (2017). Depression as a moderator of STAIR Narrative Therapy for women with post-traumatic stress disorder related to childhood abuse. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1377028>
- Every-Palmer, S., Flewett, T., Dean, S., Hansby, O., Colman, A., Weatherall, M., & Bell, E. (2019). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy for posttraumatic stress disorder in adults with serious mental illness within forensic and rehabilitation services: A study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3760-2>
- Fernández-González, L., Calvete, E., & Orue, I. (2017). Mujeres víctimas de violencia de género en centros de acogida: características sociodemográficas y del maltrato. *Psychosocial Intervention*, 26(1), 9–17. <https://doi.org/10.1016/J.PSI.2016.10.001>
- Ferreira Correia, A., & Campagna Osorio, I. (2014). The rey auditory verbal learning test: Normative data developed for the venezuelan population. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 29(2). <https://doi.org/10.1093/arclin/act070>
- Fonseca-Rodríguez, O., & San Sebastián, M. (2021). “The devil is in the detail”: geographical inequalities of femicides in Ecuador. *International Journal for Equity in Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01454-x>
- Forest, M., & Blanchette, I. (2018). Memory for neutral, emotional and trauma-related information in sexual abuse survivors. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1476439>
- Galovski, T. E., Werner, K. B., Iverson, K. M., Kaplan, S., Fortier, C. B., Fonda, J. R., Currao, A., Salat, D., & McGlinchey, R. E. (2021). A Multi-Method Approach to a Comprehensive Examination of the Psychiatric and Neurological Consequences of Intimate Partner Violence in Women: A Methodology Protocol. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.569335>

- Golden, C. J. (2005). Test de colores y palabras (Stroop). In TEA Ediciones.
- Grose, R. G., Chen, J. S., Roof, K. A., Rachel, S., & Yount, K. M. (2021). Sexual and Reproductive Health Outcomes of Violence Against Women and Girls in Lower-Income Countries: A Review of Reviews. *Journal of Sex Research*, 58(1).
<https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1707466>
- Hameed, M., O'Doherty, L., Gilchrist, G., Tirado-Muñoz, J., Taft, A., Chondros, P., Feder, G., Tan, M., & Hegarty, K. (2020). Psychological therapies for women who experience intimate partner violence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD013017.pub2>
- Haour, F., & de Beaurepaire, C. (2016). Évaluation scientifique de la psychothérapie EMDR pour le traitement des traumatismes psychiques. *L'Encéphale*, 42(3).
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.02.012>
- Hase, M., Balmaceda, U. M., Ostacoli, L., Liebermann, P., & Hofmann, A. (2017). The AIP model of EMDR therapy and pathogenic memories. *Frontiers in Psychology*, 8(SEP). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01578>
- Illescas Zhicay, M. M., Tapia Segarra, J. I., & Flores Lazo, E. T. (2018). Factores socioculturales que influyen en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar. *Killkana Social*, 2(3), 187–196.
https://doi.org/10.26871/killkana_social.v2i3.348
- Jarero, I., & Artigas, L. (2018). AIP model-based acute trauma and ongoing traumatic stress theoretical conceptualization. *Iberoamerican Journal of Psychotraumatology and Dissociation. Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 10(1), 1–9. Retrieved from <http://revibapst.com>
- Karatzias, T., Ferguson, S., Gullone, A., & Cosgrove, K. (2016). Group psychotherapy for female adult survivors of interpersonal psychological trauma: a preliminary study in Scotland. *Journal of Mental Health*, 25(6).
<https://doi.org/10.3109/09638237.2016.1139062>
- Kekelidze, Z. I., Kachayeva, M. A., Kharitonova, N. K., Vasianina, V. I., Shishkina, O. A., Skibina, N. V., & Nazarova, L. N. (2019). Medical aspects of domestic violence against women and girls (review). In *Problemy sotsial'noi gigieny, zdravookhraneniia i istorii meditsiny* (Vol. 27, Issue 5).
<https://doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-5-936-939>
- Landin-Romero, R., Moreno-Alcazar, A., Pagani, M., & Amann, B. L. (2018). How does eye movement desensitization and reprocessing therapy work? A systematic review on suggested mechanisms of action. In *Frontiers in Psychology* (Vol. 9, Issue AUG). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01395>

- Lely, J. C. G., Smid, G. E., Jongedijk, R. A., W. Knipscheer, J., & Kleber, R. J. (2019). The effectiveness of narrative exposure therapy: a review, meta-analysis and meta-regression analysis. In *European Journal of Psychotraumatology* (Vol. 10, Issue 1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1550344>
- Maldonado-Rodriguez, N., Crocker, C. V., Taylor, E., Jones, K. E., Rothlander, K., Smirl, J., Wallace, C., & van Donkelaar, P. (2021). Characterization of Cognitive-Motor Function in Women Who Have Experienced Intimate Partner Violence-Related Brain Injury. *Journal of Neurotrauma*. <https://doi.org/10.1089/neu.2021.0042>
- Malik, M., Munir, N., Usman Ghani, M., & Ahmad, N. (2020). Domestic violence and its relationship with depression, anxiety and quality of life: A hidden dilemma of pakistani women. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 37(1). <https://doi.org/10.12669/pjms.37.1.2893>
- Margulis, L. E., Squillace Louhau, M. R., & Ferreres, A. R. (2018). Norms of the trail making test for Capital Federal and Gran Buenos Aires. *Revista Argentina de Ciencias Del Comportamiento*, 10(3). <https://doi.org/10.30882/1852.4206.v10.n2.19741>
- Marquine, M. J., Morlett Paredes, A., Madriaga, C., Blumstein, Y., Umlauf, A., Kamalyan, L., Rivera Mindt, M., Suarez, P., Artiola I. Fortuni, L., Heaton, R. K., & Cherner, M. (2021). Demographically-adjusted norms for selected tests of verbal fluency: Results from the Neuropsychological Norms for the US-Mexico Border Region in Spanish (NP-NUMBERS) project. *Clinical Neuropsychologist*, 35(2). <https://doi.org/10.1080/13854046.2020.1762931>
- Marsden, Z., Lovell, K., Blore, D., Ali, S., & Delgadillo, J. (2017). A randomized controlled trial comparing EMDR and CBT for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(1), e10–e18. <https://doi.org/10.1002/cpp.2120>
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Violeta Cardenal Hernáez, & SánchezP. (2018). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-IV (MCMI-IV)*. Pearson.
- Moreira, A., Moreira, A. C., & Rocha, J. C. (2020). Randomized Controlled Trial: Cognitive-Narrative Therapy for IPV Victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(5-6), 088626052094371. <https://doi.org/10.1177/0886260520943719>
- Moreno-Alcázar, A., Radua, J., Landín-Romero, R., Blanco, L., Madre, M., Reinares, M., Comes, M., Jiménez, E., Crespo, J. M., Vieta, E., Pérez, V., Novo, P., Doñate, M., Cortizo, R., Valiente-Gómez, A., Lupo, W., McKenna, P. J., Pomarol-Clotet, E., & Amann, B. L. (2017). Eye movement desensitization and reprocessing therapy versus supportive therapy in affective relapse prevention in bipolar patients with a history of trauma: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-017-1910-y>

- Mosquera, D., & Knipe, J. (2017). Idealization and maladaptive positive emotion: EMDR therapy for women who are ambivalent about leaving an abusive partner. *Journal of EMDR Practice and Research*, 11(1). <https://doi.org/10.1891/1933-3196.11.1.54>
- National Institute for health and Care Excellence. (2018, December 5). Recommendations | Posttraumatic Stress Disorder | Guidance | NICE. Nice.org.uk; NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/Recommendations>
- Nelson, H. E., & Willison, J. (1991). National adult reading test (NART) (pp. 1-26). Windsor: Nfer-Nelson.
- Neuner, F., Elbert, T., & Schauer, M. (2020). Narrative exposure therapy for PTSD. Casebook to the APA Clinical Practice Guideline for the Treatment of PTSD., 187–205. <https://doi.org/10.1037/0000196-009>
- Navarro-Mantas, L., Velásquez, M. J., Lemus, S. de, & Megías, J. L. (2021). Prevalence and Sociodemographic Predictors of Intimate Partner Violence Against Women in El Salvador. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(7–8). <https://doi.org/10.1177/0886260518779065>
- Ministerio de Salud Pública. (2014). Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género. Quito: MSP. Disponible en: <http://somossalud.msp.gob.ec/>
- Novo Navarro, P., Landin-Romero, R., Guardiola-Wanden-Berghe, R., Moreno-Alcázar, A., Valiente-Gómez, A., Lupo, W., García, F., Fernández, I., Pérez, V., & Amann, B. L. (2018). 25 years of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): The EMDR therapy protocol, hypotheses of its mechanism of action and a systematic review of its efficacy in the treatment of post-traumatic stress disorder. In *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* (Vol. 11, Issue 2). <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.12.002>
- Öberg, M., Skalkidou, A., Heimer, G., & Lucas, S. (2021). Sexual violence against women in Sweden: Associations with combined childhood violence and sociodemographic factors. *Scandinavian Journal of Public Health*, 49(3). <https://doi.org/10.1177/1403494820939015>
- Orang, T., Ayoughi, S., Moran, J. K., Ghaffari, H., Mostafavi, S., Rasouljan, M., & Elbert, T. (2018). The efficacy of narrative exposure therapy in a sample of Iranian women exposed to ongoing intimate partner violence-A randomized controlled trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(6), 827–841. <https://doi.org/10.1002/cpp.2318>
- Ostacoli, L., Carletto, S., Cavallo, M., Baldomir-Gago, P., Di Lorenzo, G., Fernandez, I., Hase, M., Justo-Alonso, A., Lehnung, M., Migliaretti, G., Oliva, F., Pagani, M.,

- Recarey-Eiris, S., Torta, R., Tumani, V., Gonzalez-Vazquez, A. I., & Hofmann, A. (2018). Comparison of Eye Movement Desensitization Reprocessing and Cognitive Behavioral Therapy as Adjunctive Treatments for Recurrent Depression: The European Depression EMDR Network (EDEN) Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychology*, 9(74) <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00074>
- Pagani, M., Di Lorenzo, G., Monaco, L., Daverio, A., Giannoudas, I., La Porta, P., Verardo, A. R., Niolu, C., Fernandez, I., & Siracusano, A. (2015). Neurobiological response to EMDR therapy in clients with different psychological traumas. *Frontiers in Psychology*, 6(OCT). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01614>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). La OMS publica unas directrices sobre la atención de salud mental tras los eventos traumáticos. In *Centro de Prensa*. https://apps.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/es/index.html
- OMS. (2021). Violencia contra la mujer. [Www.who.int](http://www.who.int). <https://www.who.int/es/newsroom/factsheets/detail/violence-against-women>
- OPS. (2020). COVID-19 y violencia contra la mujer. Lo que el sector y el sistema de salud pueden hacer. *Organización Panamericana de Salud*, 7(5), 1–4. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52034>
- Perlini, C., Donisi, V., Rossetti, M. G., Moltrasio, C., Bellani, M., & Brambilla, P. (2020). The potential role of EMDR on trauma in affective disorders: A narrative review. In *Journal of Affective Disorders* (Vol. 269). <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.001>
- Pluck, G., Almeida-Meza, P., Gonzalez-Lorza, A., Muñoz-Ycaza, R. A., & Trueba, A. F. (2017). Estimación de la función cognitiva premórbida con el test de acentuación de palabras. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 26(3).
- Raboni, M. R., Tufik, S., & Suchecki, D. (2006). Treatment of PTSD by Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) improves sleep quality, quality of life, and perception of stress. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071. <https://doi.org/10.1196/annals.1364.054>
- Raghuraman, S., Stuttard, N., & Hunt, N. (2021). Evaluating narrative exposure therapy for posttraumatic stress disorder and depression symptoms: A meta-analysis of the evidence base. In *Clinical Psychology and Psychotherapy* (Vol. 28, Issue 1). <https://doi.org/10.1002/cpp.2486>
- Robjant, K., & Fazel, M. (2010). The emerging evidence for Narrative Exposure Therapy: A review. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 1030–1039. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.07.004>
- Santaracchi, E., Bossini, L., Vatti, G., Fagiolini, A., Porta, P. La, Di Lorenzo, G., Siracusano, A., Rossi, S., & Rossi, A. (2019). Psychological and brain connectivity changes following trauma-focused CBT and EMDR treatment in single-episode

- PTSD patients. *Frontiers in Psychology*, 10(FEB).
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00129>
- Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2011). *Narrative exposure therapy: A short-term treatment for traumatic stress disorders* (2nd rev. and expanded ed.). Hogrefe Publishing.
<https://psycnet.apa.org/record/2011-16922-000>
- Schubert, S. J., Lee, C. W., & Drummond, P. D. (2011). The efficacy and psychophysiological correlates of dual-attention tasks in eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1).
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.06.024>
- Shapiro, F. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures (2nd ed.). In *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.).
- Snoek, A., Beekman, A. T. F., Dekker, J., Aarts, I., van Grootheest, G., Blankers, M., Vriend, C., van den Heuvel, O., & Thomaes, K. (2020). A randomized controlled trial comparing the clinical efficacy and cost-effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and integrated EMDR-Dialectical Behavioural Therapy (DBT) in the treatment of patients with post-traumatic stress disorder and comorbid (Sub)clinical borderline personality disorder: study design. *BMC Psychiatry*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02713-x>
- Susanty, E., Sijbrandij, M., Srisayekti, W., & Huizink, A. C. (2021). Eye Movement Desensitization (EMD) to reduce posttraumatic stress disorder-related stress reactivity in Indonesia PTSD patients: a study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 22(1).
<https://doi.org/10.1186/s13063-021-05100-3>
- Vaca-Ferrer, R., Ferro Garcia, R., & Valero-Aguayo, L. (2020). Eficacia de un programa de intervención grupal con mujeres víctimas de violencia de género en el marco de las terapias contextuales. *Anales de Psicología*, 36(2), 188–199.
<https://doi.org/10.6018/analesps.396901>
- Van den Hout, M. A., Engelhard, I. M., Rijkeboer, M. M., Koekebakker, J., Hornsveld, H., Leer, A., Toffolo, M. B. J., & Akse, N. (2011). EMDR: Eye movements superior to beeps in taxing working memory and reducing vividness of recollections. *Behaviour Research and Therapy*, 49(2).
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.11.003>
- Van Woudenberg, C., Voorendonk, E. M., Bongaerts, H., Zoet, H. A., Verhagen, M., Lee, C. W., van Minnen, A., & De Jongh, A. (2018). Effectiveness of an intensive treatment programme combining prolonged exposure and eye movement desensitization and reprocessing for severe post-traumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1).
<https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1487225>

- Wechsler, D. (2012). Test de inteligencia de Wechsler para adultos-IV (WAIS-IV). Buenos Aires, Paídos.
- Williams, M. R., Murphy, C. M., Dore, G. A., Evans, M. K., & Zonderman, A. B. (2017). Intimate partner violence victimization and cognitive function in a Mixed-sex epidemiological sample of Urban adults. *Violence and Victims*, 32(6). <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-1600118>
- Wilson, G., Farrell, D., Barron, I., Hutchins, J., Whybrow, D., & Kiernan, M. D. (2018). The use of Eye-Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) therapy in treating post-traumatic stress disorder-A systematic narrative review. In *Frontiers in Psychology* (Vol. 9, Issue JUN). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00923>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6). <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Table 1*Description of the tasks used in the EMDR treatment phases*

Phases	Tasks
<i>Phase 1 History</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Develop the narrative or structured history. - Conduct an objective evaluation of symptoms. - Identify targets for reprocessing: past aetiological events for current symptoms, current triggers and future objectives.
<i>Phase 2 Preparation</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Guide the participant through trauma-based psychotherapy with EMDR - Provide metaphors for conscious observation in the reprocessing process. - Verify the usefulness of self-control methods through the diary of the participant.
<i>Phase 3 Evaluation</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Assess images, negative beliefs that currently govern, desired positive beliefs, emotions and physical sensations. - Record initial SUD and VoC scores.
<i>Phase 4 Desensitization</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Perform separate series of bilateral stimulation, and evaluate changes through brief reports from the participant. - Return to the target or incident periodically to evaluate changes and identify residual issues. - Make use of additional interventions if a blocked reprocessing is identified.
<i>Phase 5 Installation</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Conduct separate series of bilateral stimulations while the patient maintains consciousness of the target. - Continue until the moment when the participant reaches a VoC of 7 or 6.
<i>Phase 6 Examination of the body</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Conduct separate series of bilateral stimulations when the participant focuses on reprocessing any residual physical sensations and begins to have positive or neutral sensations.
<i>Phase 7 Closing</i>	<ul style="list-style-type: none"> - If necessary, use self-control techniques that guarantee stability and orientation. - Report the effects of the treatment to the participant. - Request a personal journal of observations between sessions.
<i>Phase 8 Reassessment</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Adjust the treatment plan - Check the target to ensure effects and assess stability.

Note. Based on the EMDR Standard Protocol Guide (Perline et al., 2018; Shapiro, 2001).

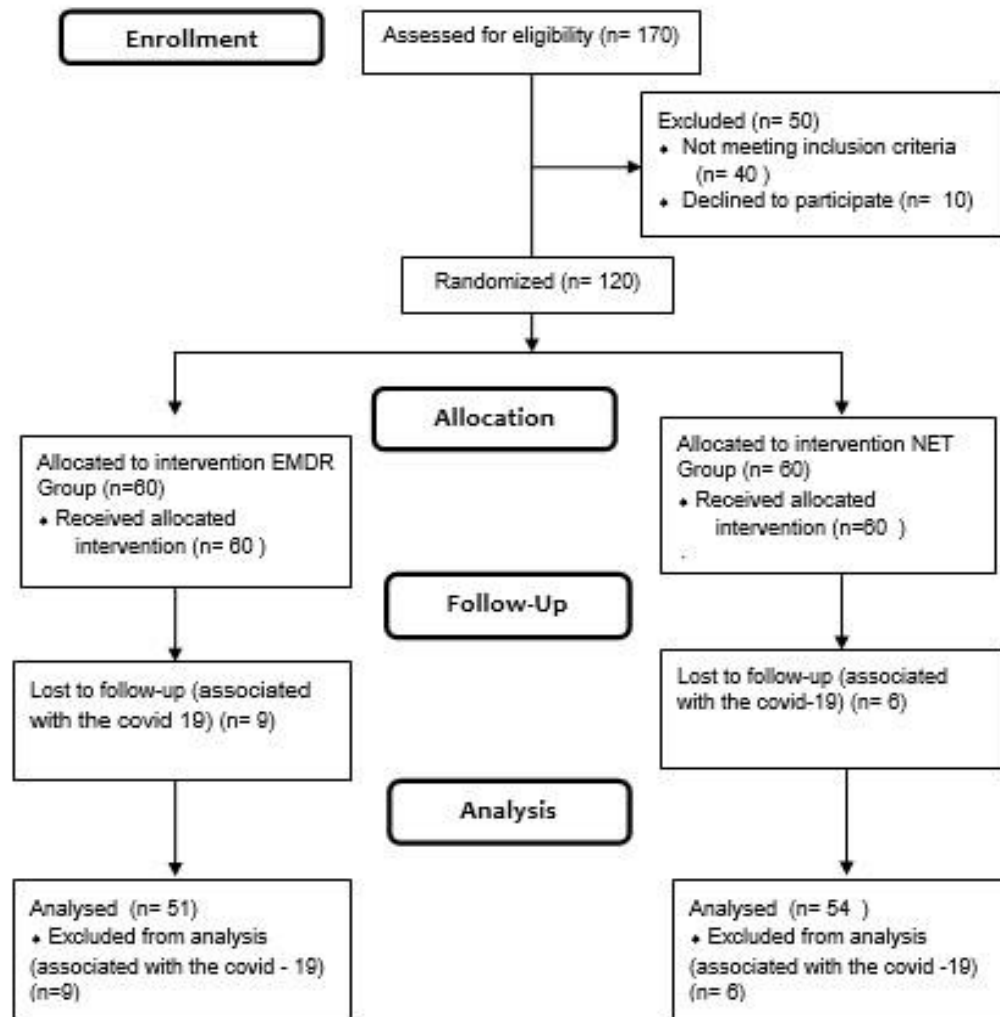
Table 2*Description of practical elements for NET*

ELEMENT		ACTIVITY
<i>1</i>	-	Diagnostic interview
	-	Psychoeducation
<i>2</i>	-	Description of lifeline (symbolic representation)
<i>3</i>	-	Initiation of NET sessions
<i>4</i>	-	Final session rituals

Note. Based on The emerging evidence for narrative exposure therapy (NET): A review, Robjant et al. (2010).

Figure 1

CONSORT Flow Diagram



EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing; NET: Narrative Exposure Therapy.

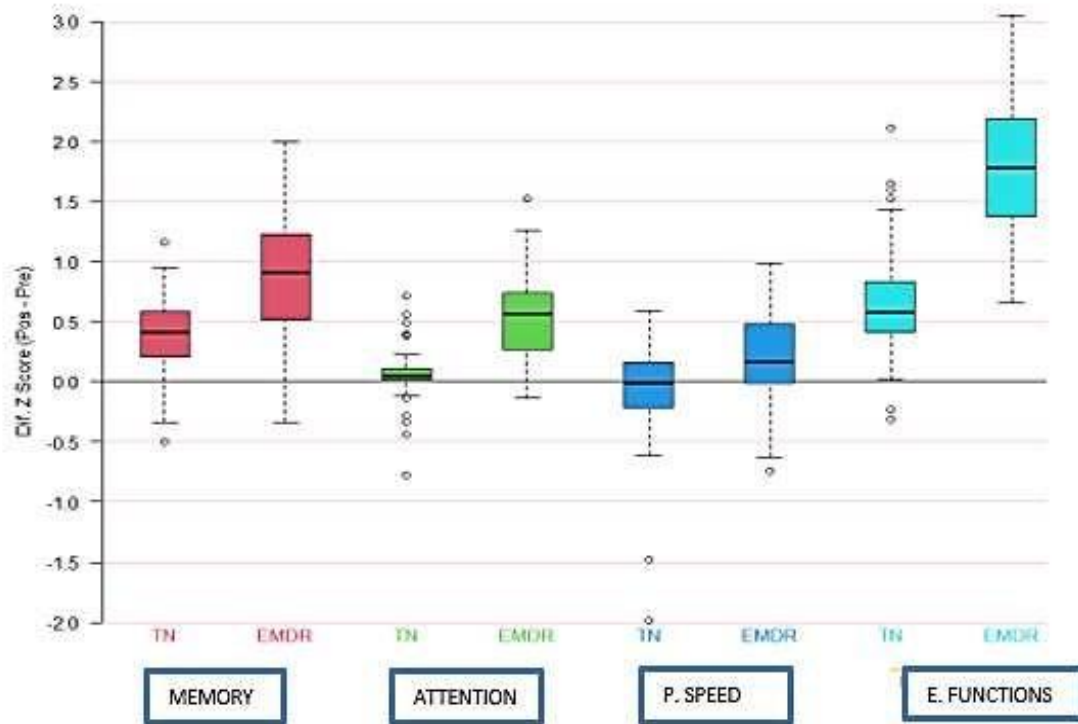
Tabla 3*Comparación de características de los participantes del grupo EMDR y NET*

Variables	EMDR Group (N = 51)	TEN Group (N = 54)	<i>p</i>
Age (M; SD)	35.2; 8.1	33.4; 8.3	0.644
Years of schooling (M; SD)	7.8; 3.1	9.1; 7.8	0.225
Violence exposure time (M; SD)	6.2; 4.7	6.6; 4.6	0.261
Physical violence	23; 45.1	25; 46.3	0.990
Psychological violence	22; 43.1	23; 42.6	
Sexual violence	6; 11.8	6; 11.1	
Participants living without a partner	11; 9.8	11; 7.9	0.997
Participants living with a partner	40; 39.2	43; 39.8	

EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing; NET: Narrative Exposure Therapy.

Figure 2

Effectiveness of EMDR and NET therapy



EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing; TEN: Narrative Exposure Therapy.

Table 4

Efficacy of treatment with EMDR Therapy and Narrative Exposure Therapy (NET), reducing clinical symptoms

Clinical variables	Pre treatment			Post treatment			differences			
	EMDR N= 51 M; DS	NET N= 54 M; DS	T student, U Valor -p	EMDR N= 51 M; DS	NET N= 54 M; DS	T student, U Valor -p	EMDR N= 51 M; DS	NET N= 54 M; DS	T student, U Valor -p	d de Cohen
HADS -A	11,2; 3,7	11,4; 3,9	0,702	1,5; 2,4	6,4; 3,2	0,000	9,7; 4,5	4,9; 3,3	0,001	0.62
HADS -D	8,8; 4,0	8,1; 3,8	0,485	1,9; 2,7	6,7; 3,2	0,001	6,1; 3,5	1,4; 2,2	0,001	0.51
PCL-5	49,8; 7,9	50,0; 7,8	0,939	6,0; 3,7	16,1; 6,9	0,002	44,0; 9,9	34,1 ;11,4	0,002	0.59
GENCAT	93,7; 15,9	94,0; 15,7	0,911	117,1; 9,8	103,2; 16,3	0,000	-23,3; 13,9	-9,1; 9,2	0,001	0.52

HADS-A: Hospital Anxiety and Depression Scale (Anxiety); HADS- D: Hospital Anxiety and Depression Scale (Depression); PCL-5: The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5; GENCAT: Quality of Life Scale.

Table 5

Differences found in the efficacy of treatment with EMDR and NET Therapy, considering sociodemographic variables

Socio-demographic variable	Category	Type of Treatment	Difference indicator	N	M	DS	ANOVA (P=)	d de Cohen
Age group	Quality of life (difference)	EMDR	18 – 30 years	13	61,8	7,65	0,016	0,50
			31 - 50 years	38	41,9	13,6		
Marital status	Anxiety (difference)	EMDR	Women living without of a partner	11	5,70	3,5	0,023	0,20
			Women living with a partner	40	10,5	4,2		
	Memory (difference)	NET	Women living without of a partner	11	0,41	0,26	0,044	0,52
			Women living with a partner	43	0,50	0,31		
Years of study	Memory (difference)	NET	< a 8 years	26	0,50	0,24	0,025	0,35
			> a 8 years	28	0,28	0,38		
	Processing speed (difference)	EMDR	< a 8 years	32	0,34	0,36	0,012	0,31
			> a 8 years	19	0,10	0,26		
	Executive functions (difference)	EMDR	< a 8 years	32	2,11	0,49	0,002	0,28
			> a 8 years	19	1,35	0,50		
		NET	< a 8 years	26	0,95	0,52	0,001	0,45
			> a 8 years	28	0,37	0,30		
	Depression (difference)	EMDR	< a 8 years	32	6,66	3,03	0,040	0,52
			> a 8 years	19	6,90	3,98		
Type of violence	Depression (difference)	NET	Physical	25	1,96	2,01	0,010	0,25
			Psychological	23	1,57	1,97		
			Sexual	6	-1,00	2,68		
Time of exposure to violence	Processing speed (difference)	NET	< 4 years	37	0,24	0,31	0,035	0,37
			> 4 years	34	-0,36	0,27		

EMDR: *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*; NET: *Narrative Exposure Therapy*.

ACADEMIC PAPER ACCEPTANCE LETTER

Date: 07-11-2022

Paper Id: JWH-P98-B5

Dear *Mercè Jodar Vicente PhD and Alexandra Yakeline Meneses.*

Title: Clinical-neuropsychological profile and quality of life in women who have suffered gender-based violence.

After peer review process, your article has been accepted for publication in **Journal of Women's Health** ISSN: 1540-9996, Online ISSN: 1931-843X, in the October 2022 Vol. 31 Issue. 10.

Authors should read the terms and conditions, as well as the guidelines of our Journal: <https://home.liebertpub.com/publications/journal-of-womens-health/42/for-authors>. All submitted manuscripts are subject to peer-review by the leading specialists for the respective topic.

Regards,



Robert W. Downs Jr., MD

Deputy Editor

Virginia Commonwealth University School of Medicine

Richmond, VA, USA

Web: <https://home.liebertpub.com/publications/journal-of-womens-health/42>



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 Unported License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) .

© 2022 Mary Ann Liebert, Inc., publishers. All rights reserved, USA and worldwide.
Call us toll free at (800) M-LIEBERT (800-654-3237).



Dears Authors: *Alexandra Yakeline Meneses Meneses ; Sol Fernández Gonzalo and Mercé Jodar Vicente.*

06/01/2022

Reference: EPR-1004FR

Acceptance Letter

We would like to inform you that your paper titled “*Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Efficacy in improving clinical, neuropsychological, and quality of life in women victims of violence*” has been accepted for publication in **Social Psychology Quarterly ISSN: 0190-2725 Online ISSN: 1939-8999**, current issue of 2022 based on the Recommendation of the Editorial Board after previous corrections made by the authors.

This letter is the official confirmation of acceptance of your research paper. Your research paper will be appearing in the **Issue 2 September 2022** of Social Psychology Quarterly. Kindly acknowledge the Paper acceptance.

Thank you.

Yours Sincerely,



Jody Clay-Warner Dr.
Chief editor
Social Psychology Quarterly
University of Georgia, EEUU.

Registered in Amsterdam HR number
33158992. Elsevier BV, Radarweg 29, 1043
NX AMSTERDAM, NL VAT registration
number: NL005033019B01.