



**Universidad
Internacional
de Valencia**

Diseño de un programa de intervención en EMDR-IGTP para el tratamiento del TEPT en mujeres adultas víctimas de violencia familiar de Lima Metropolitana

Titulación:
Master Universitario en
Terapias Psicológicas de
Tercera Generación

Curso académico
2022 – 2023

Alumno/a: Quedena Robles,
Sandra Sofía

D.N.I.: 72943387

Director/a de TFM:
Torregrosa, Mar Marzal

Convocatoria: Primera

Orientación profesional

Créditos: 12 ECTS

Índice

1. Resumen	2
2. Introducción y justificación	3
3. Marco teórico	5
3.1 Trastorno de estrés postraumático	5
3.2 Trastorno de estrés postraumático y violencia familiar	6
3.3 Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento mediante Movimientos Oculares (EMDR)	7
3.4 Modelo del Procesamiento Adaptativo de la Información (PAI)	8
3.5 Protocolo estándar de intervención de 8 Fases del EMDR	9
3.6 Protocolo de tratamiento grupal integrativo EMDR-IGTP en el abordaje del TEPT en mujeres víctimas de violencia familiar	11
4. Objetivos	13
4.1 Objetivo general	13
4.2 Objetivos específicos	13
4.3 Hipótesis	13
5. Metodología	14
5.1 Diseño	14
5.2 Participantes	14
5.3 Materiales e instrumentos	15
5.4 Procedimiento de recogida de datos	18
5.5 Análisis de datos	20
6. Intervención	21
6.1 Descripción de las sesiones	23
7. Conclusiones y recomendaciones	41
7.1 Aportaciones	41
7.2 Limitaciones y propuesta de mejora	42
7.3 Líneas futuras	42
8. Referencias bibliográficas	43
9. Anexos	53

1. Resumen

La Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento mediante Movimientos Oculares (EMDR) es una terapia de tercera generación, cuya evidencia empírica demuestra que programas basados en EMDR ayudan a las personas a recuperarse de un trauma y a reducir su malestar subjetivo respecto a otras experiencias relacionadas al acontecimiento traumático. Para este trabajo, el objetivo central fue diseñar una intervención basada en el Protocolo de Tratamiento Grupal Integrativo de EMDR (EMDR Integrative Group Treatment Protocol o EMDR-IGTP) para trabajar el trastorno de estrés postraumático (TEPT), depresión y ansiedad en dos grupos de 10 mujeres adultas víctimas de violencia familiar de Lima Metropolitana. Para ello, se diseñaron 7 sesiones grupales de EMDR-IGTP con evaluación pre-post-tratamiento, y 3 sesiones de seguimiento a los tres meses, seis meses y al año de finalizar la intervención.

Palabras clave: EMDR, EMDR-IGTP, TEPT, Trauma, Violencia familiar, Depresión.

2. Introducción y justificación

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), un 30% de mujeres en el mundo han sido víctimas de violencia física y/o sexual por su pareja o de violencia sexual cometida por terceros en algún momento de sus vidas. En esta línea, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020) señala que una de cada tres mujeres ha sufrido alguna vez violencia física o sexual, siendo la violencia de pareja la más recurrente.

De igual manera, en el contexto peruano, la violencia contra la mujer resulta ser uno de los grandes problemas sociales que afecta de forma desproporcionada a las mujeres (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2021; Hernández, 2019). Por ejemplo, respecto a la violencia familiar que compone todos los actos de agresión que se originan en el seno de un hogar, incluyendo la violencia contra la mujer, el maltrato infantil y la violencia contra el hombre, se han observado altos niveles de violencia psicológica y/o verbal (50.8%), física (26.7 %) y sexual (5.9%) contra la mujer (INEI, 2021). En esta línea, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2021) resalta que el 54.9 % de las mujeres peruanas encuestadas han sufrido por lo menos alguna vez violencia ejercida por el esposo o compañero.

A la problemática se le suma la pandemia de la COVID-19 que ha generado mayor incremento de la violencia doméstica y de pareja a nivel mundial, debido al aumento de la carga de cuidados que sobrellevan las mujeres, la permanencia en el hogar, las dificultades de adquisición de productos de primera necesidad, la dificultad de acceder a redes de apoyo, así como, las limitaciones para acceder a servicios esenciales (OMS, 2020). Respecto a ello, diversos países vienen presentando reportes alarmantes del aumento de la violencia contra las mujeres durante el tiempo en pandemia; por ejemplo, en el caso peruano, las líneas y chats de ayuda incrementaron bordeando los 11 mil y 60 mil (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2021).

La violencia contra la mujer, particularmente la violencia de pareja y doméstica, puede generar problemas graves de salud física, sexual, reproductiva, y problemas de salud

mental como depresión, trastorno de estrés postraumático, entre otros trastornos de ansiedad, insomnio, trastornos alimentarios e intentos de suicidio (OMS, 2021; OMS, 2013).

En este sentido, el trastorno por estrés postraumático (TEPT) es un desorden de ansiedad que puede ocurrir posterior a la exposición a un suceso traumático, como puede ser sufrir violencia de pareja y/o violencia doméstica (Bailey et al., 2019; Jones et al, 2001; Stein y Kennedy, 2001). Además, se le suman otras comorbilidades psicológicas como la depresión y otros trastornos de ansiedad (Flory y Yehuda, 2022; Van Der Kolk et al., 2019; Marthoenis et al., 2019) que pueden desencadenar un peor pronóstico y calidad de vida para la persona. Por ejemplo, la depresión, al ser una de las principales causas de discapacidad mundial, puede generar gran sufrimiento al ocasionar dificultades en el funcionamiento personal, familiar, social, educativo y ocupacional, y, en el peor de los casos, puede llevar al suicidio (OMS, 2021).

De ahí la relevancia de tratar el TEPT por medio de una terapia efectiva, como es la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento mediante Movimientos Oculares (EMDR). La terapia EMDR se engloba dentro de las terapias de tercera generación, y ha demostrado ser efectiva ayudando a las personas a recuperarse de un trauma y a reducir su malestar subjetivo respecto a otras experiencias relacionadas al acontecimiento traumático (OMS, 2013). Para el logro de ello, combina determinados patrones de movimiento ocular, kinestésico y/o sonidos que provocan una alteración del foco de atención, proporcionando el acceso y reprocesamiento de los recuerdos (Shapiro, 2001).

Actualmente, la terapia EMDR ha demostrado ser eficaz para el tratamiento de los traumas, siendo avalada por la comunidad científica, la Organización Mundial de la Salud y otros determinados organismos (Tarquinio et al., 2012; OMS, 2013). Es por ello que, para la presente intervención, se usará un protocolo grupal basado en EMDR-IGTP para poder trabajar con dos grupos de 10 mujeres adultas víctimas de violencia familiar de Lima Metropolitana. Con ello, se espera ampliar las investigaciones que muestran los efectos curativos del protocolo EMDR-IGTP en lo que respecta a la reducción del trastorno de estrés postraumático (TEPT), síntomas depresivos y ansiedad.

3. Marco teórico

3.1 Trastorno de estrés postraumático

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un trastorno de ansiedad que puede acontecer después de la exposición directa (combate, asalto, violencia sexual, desastre natural, accidente automovilístico, etc.) o indirecta (presenciar, escuchar o ver detalles aversivos, etc.) a un evento traumático (Khoury-Malhame et al., 2017; Shalev et al., 2017; Humeny et al., 2022). Además, según estudios, tendría mayor prevalencia en mujeres que hombres, por lo que las mujeres tendrían mayor riesgo a desarrollar TEPT (ElBarazi y Ahmed, 2022; Christiansen y Berke, 2020; Jin et al., 2019). En esta línea, el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (N.I.C.E., 2005) señala que la probabilidad de desarrollar el trastorno de estrés postraumático tras un evento traumático es del 8% al 13% para hombres y de 20% al 30% para mujeres.

En cuanto al diagnóstico del TEPT, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta edición (DSM-5) y la Clasificación Internacional de Enfermedades 11.ª revisión (CIE-11) ofrecen las pautas diagnósticas más utilizadas para el trastorno de estrés postraumático (TEPT), en el cual experimentar un evento traumático es un criterio necesario para el diagnóstico de estrés postraumático (Du et al., 2022). Respecto a ello, el DSM-5 incluye como eventos traumáticos la muerte real o amenaza, lesiones graves, violencia sexual y otros factores estresantes extremos que se dieran de manera directa o indirectamente (APA, 2014).

Asimismo, el DSM-5 señala que los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT) ocurren en la persona luego de desarrollarse el acontecimiento traumático, clasificándolos en cuatro grupos: intrusivos (p. ej., recuerdos y sueños angustiosos recurrentes, escenas retrospectivas), evitativos (p. ej., esfuerzos para evitar recordatorios externos asociados al suceso traumático), alteraciones negativas en la cognición y el estado de ánimo (p. ej., estado emocional negativo persistente), y alteraciones en la alerta y

reactividad respecto al acontecimiento traumático (p. ej., hipervigilancia, comportamiento imprudente) (APA, 2014).

Es relevante señalar que el trastorno de estrés postraumático (TEPT) suele tener un alto grado de comorbilidad con otras enfermedades de salud mental, como la depresión, trastornos del sueño y otros trastornos de ansiedad, como el trastorno de pánico (Grupta, 2013; Du et al., 2022). De esta manera, los síntomas del estrés postraumático y las comorbilidades asociadas afectan significativamente las áreas sociales y emocionales de las personas con estrés postraumático (Coutte et al., 2020).

3.2 Trastorno de estrés postraumático y violencia familiar

La violencia familiar o de pareja íntima es un importante problema de salud pública (Tarquinio et al., 2012), en el cual diversas investigaciones señalan que estaría altamente asociado a experimentar sintomatología postraumática, siendo el estrés postraumático (TEPT) uno de los trastornos más frecuentes a desarrollar con una prevalencia del 60% (Aguirre et al., 2010; Saquinaula-Salgado et al., 2020). En este sentido, se reporta que el estrés postraumático tendría una incidencia más alta en víctimas por causas de actos violentos que por catástrofes o accidentes (Miller et al., 2013; Wittchen et al., 2009).

En cuanto a los síntomas del estrés postraumático por violencia doméstica o familiar, se ha observado que estos podrían ser de mayor gravedad si la víctima experimenta diversas formas de abusos frecuentes y versátiles (p. ej., físico, sexual, psicológico) por parte de su pareja durante un periodo largo de tiempo (Basile et al., 2004; Humeny et al., 2022; Guerrero-Vaca, 2021). De ahí la relevancia de actuar anticipadamente con las víctimas en el abordaje de la sintomatología postraumática que puedan presentar (Aguirre et al., 2010).

Aquello, debido a que ser víctima de violencia de pareja, incrementaría el riesgo de desarrollar otras enfermedades de salud mental a parte del estrés postraumático, como la depresión, abuso de sustancias, trastornos alimenticios, trastornos del sueño, baja autoestima y suicidio (Guerrero-Vaca et al., 2021; Bundock et al., 2013; Ellsberg et al., 2008;

National Resource Center on Domestic Violence, 2014; Bonomi et al., 2009; Saquinaula-Salgado et al., 2020; Jonker et al., 2019; OMS, 2021; Tarquinio et al., 2012). Siendo la depresión junto con el estrés postraumático, los problemas de salud mental más frecuente en las víctimas de violencia de pareja (Medina, 2014).

3.3 Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento mediante Movimientos Oculares (EMDR)

Dentro de las terapias de tercera generación, la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) es un tratamiento psicoterapéutico integrador que agrupa elementos de muchas orientaciones, como la psicodinámica, cognitiva-conductual, basada en el cuerpo, centrada en la persona e interaccional; así como también diversos elementos únicos, como los movimientos oculares u otra estimulación bilateral (Shapiro y Maxfield, 2002).

Surge en 1987 por la Dra. Francine Shapiro para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático (TEPT), guiada por el modelo de procesamiento adaptativo de la información (Shapiro 2007). Por ello, las primeras investigaciones sobre EMDR se centraron en el TEPT, y el primer artículo publicado por la Dra. Francine Shapiro en 1989 demostró la eficacia de la terapia EMDR en el tratamiento del TEPT en voluntarios y veteranos de la Guerra de Vietnam.

Desde entonces, esta terapia ha tenido bastante reconocimiento internacional para el tratamiento del trauma y, con el tiempo, su aplicación se ha ido extendiendo a otras patologías (Mosquera y González, 2013; Logie, 2014; Passoni et al., 2018). En este sentido, el modelo EMDR se consolida también como un enfoque transdiagnóstico, ya que brinda una respuesta como tratamiento para la sintomatología nuclear relacionada al trauma, pero al mismo tiempo a la sintomatología comórbida e incluso a otros diagnósticos de salud mental en el que el “trauma” es un elemento transdiagnóstico (Molero-Zafra et al., 2022).

En esta línea, se tiene una amplia investigación que respalda la terapia EMDR como un tratamiento empíricamente validado para el tratamiento del trauma y otras experiencias

adversas de la vida (Watts et al., 2013; Bisson y Andrew, 2009; Bradley et al., 2005; Maxfield y Hyer, 2002). Siendo en el 2005, reconocida por el NICE (National Institute for Health and Care Excellence) como tratamiento de elección para el trastorno del estrés postraumático (TEPT) (NICE, 2005) y, en el 2013, por la Organización Mundial de la Salud como la única psicoterapia, junto con la TCC, recomendada para niños, adolescentes y adultos con TEPT (OMS, 2013).

3.4 Modelo del Procesamiento Adaptativo de la Información (PAI)

La terapia EMDR es el abordaje psicoterapéutico que acelera el acceso y el procesamiento de los recuerdos perturbadores no procesados, centrándose en los componentes perceptivos de la memoria (cognitivos, afectivos y somáticos), con el fin de integrar nuevos vínculos con información adaptativa (Shapiro y Maxfield, 2002). Para el logro de ello, EMDR utiliza la teoría del modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información (PAI) (Shapiro, 2001).

El modelo señala que el sistema de procesamiento de la información (PAI) clasifica las percepciones de las experiencias y almacena los recuerdos de forma accesible y útil. Sin embargo, si la experiencia es traumática, el sistema de procesamiento de la información puede verse bloqueada y almacenar el recuerdo de forma "congelada", sin procesarlo adecuadamente hasta una resolución adaptativa (Hase y Hofmann, 2005; Logie, 2014; Shapiro, 2007; Shapiro y Maxfield, 2002; Bayhan et al., 2022). Ante ello, la terapia EMDR permite revertir la información "congelada" en una solución adaptativa para la persona (Logie, 2014; Shapiro, 2002).

De esta forma, el modelo PAI reduce la angustia y las emociones negativas, conduciendo la información a una resolución positiva como subproducto del reprocesamiento de la memoria EMDR (Shapiro y Maxfield, 2002). De este modo, el sistema PAI apunta a que la terapia EMDR pueda ser eficaz para cualquier trastorno psicológico que pueda ser consecuente a un trauma u otros acontecimientos vitales adversos (Logie, 2014).

3.5 Protocolo estándar de intervención de 8 Fases del EMDR

El protocolo de la terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) se caracteriza por ser de tres vertientes, garantizando que se aborden los aspectos pasados, presentes y futuros del problema de la persona. Aquello, a través de un enfoque de tratamiento de 8 fases que facilita la resolución de acontecimientos históricos angustiosos, la desensibilización de los estímulos desencadenantes presentes y la adquisición de comportamientos deseados (Shapiro y Maxfield, 2002).

De este modo, para el tratamiento del trauma, los profesionales EMDR utilizan las siguientes 8 fases del protocolo básico de EMDR para ayudar a reprocesar los pensamientos y recuerdos angustiosos productos del trauma (Cummings, 2002; Shapiro y Maxfield 2002):

Fase I Historia del cliente: El terapeuta realiza una historia completa, evalúa la preparación del cliente para EMDR y desarrolla un plan de tratamiento. Se evalúan aspectos como el diagnóstico, la comorbilidad, la suicidalidad, la disociación, el sistema de apoyo existente, la estabilidad vital, la presencia de factores estresantes actuales, la salud física, los problemas de ganancia secundaria y el consumo de sustancias.

Fase II Preparación: Se psicoeduca a la persona sobre sus síntomas, sobre la terapia EMDR y el modelo PAI. Asimismo, se establecen las expectativas, se abordan los temores del cliente y se busca confirmar que el cliente demuestra una estabilización adecuada para continuar con las sesiones EMDR. Para el logro de ello, se suele recurrir al uso de metáforas y técnicas de afrontamiento/control como el “lugar seguro”.

Fase III Evaluación: Se selecciona un recuerdo específico para tratar en la sesión. Seguidamente, se trabaja en conjunto para identificar y abordar los siguientes elementos: la imagen mental, las creencias, las emociones y la sensación física asociadas, tomando como medidas de respuesta de referencia la escala SUD (Unidades Subjetivas de Perturbación) y VOC (Validez de la Cognición Positiva).

Fase IV Desensibilización: Se utiliza la técnica de movimientos oculares, u otra técnica de estimulación bilateral, para reducir la ansiedad del cliente ante la situación seleccionada. Se instruye al cliente para que se concentre en la imagen visual, en la creencia negativa identificada y en las sensaciones corporales, y luego para que "deje que lo que ocurra, ocurra". El cliente mantiene esta concentración mientras mueve los ojos de un lado a otro durante 20 o más segundos, siguiendo los dedos del terapeuta. Después, se le dice al cliente que "deje ir el material, y respire profundamente", y luego se le pregunta "¿Qué es lo que obtiene ahora?". Esta serie de movimientos oculares, u otra técnica de estimulación bilateral, se repite muchas para estimular la red de la memoria.

Fase V Instalación: Se potencia una cognición positiva, a medida que las imágenes, las creencias y las emociones negativas se vuelven difusas y menos válidas. Esta evolución parece ser el resultado de un cambio en la forma en que se almacena la memoria con nuevas asociaciones a información más adaptativa.

Fase VI Escaneo corporal: La persona se centra percibir cualquier tensión corporal, mientras se centran en la imagen y la cognición positiva del recuerdo. Cualquier sensación negativa detectado se aborda con movimientos oculares, u otra técnica de estimulación bilateral, hasta que se alivia la tensión. El procesamiento no se considera finalizado hasta que la persona pueda traer a la conciencia el recuerdo sin sentir ninguna tensión corporal.

Fase VII Cierre: Se devuelve a la persona a un estado de ánimo positivo y se le entrega un diario para registrar cualquier perturbación que pueda surgir, como pesadillas o flashbacks, recuerdos y emociones. A partir de lo registrado en el diario, se identifican posibles nuevos objetivos para futuras sesiones.

Fase VIII Reevaluación: El terapeuta evalúa hasta qué punto se ha resuelto el trauma y determina si el cliente necesita más tratamiento o no, según lo encontrado en el diario y los progresos que ha tenido la persona.

3.6 Protocolo de tratamiento grupal integrativo EMDR-IGTP en el abordaje del TEPT en mujeres víctimas de violencia familiar

Así como el protocolo estándar de 8 fases de EMDR de Shapiro previamente explicado ha demostrado efectos positivos en la reducción del TEPT y otras variables como depresión en mujeres víctimas de violencia doméstica de manera individual (Alou, 2022; Benites, 2020; Tarquinio et al., 2012; Barba, 2009; Phillips et al., 2009), también existe un protocolo de tratamiento grupal integrativo de EMDR (EMDR Integrative Group Treatment Protocol o EMDR-IGTP) que muestra resultados favorables en el abordaje grupal.

El protocolo EMDR-IGTP combina las ocho fases estándar del tratamiento EMDR con un modelo de terapia de grupo y un formato de arteterapia que recurre al Abrazo de Mariposa como una forma de estimulación bilateral autoadministrada, facilitando un mayor alcance que la aplicación EMDR individual (Molero et al., 2019; Jarero y Artigas, 2012).

En este marco, se encuentran estudios como el de Harris et al., (2018), en donde se encontró que la terapia EMDR-IGTP y TF-CBT en formato de grupo eran respaldados como clínicamente significativos, siendo el protocolo EMDR-IGTP un poco más efectivo para el tratamiento del TEPT que la TF-CBT en un grupo de mujeres latinas sobrevivientes de violencia doméstica. Así también, en el estudio de Allon (2015) se usó el protocolo EMDR-IGTP para intervenir con mujeres agredidas sexualmente en el Congo con TEPT, en donde se encontró que las mujeres que recibieron la terapia de grupo informaron una disminución significativa en sus puntajes de perturbación correspondientes a la escala SUD.

A ello se le suma, 45 estudios que han demostrado la eficacia de los protocolos ASSYST, EMDR-IGTP, EMDR-IGTP-OTS, y EMDR-PRECI que utilizan la técnica del abrazo de mariposa para el reprocesamiento de recuerdos disfuncionales en las siguientes poblaciones: sobrevivientes de desastres, crisis geopolítica, niños víctimas de violencia interpersonal severa, mujeres sobrevivientes de violencia doméstica, pacientes con cáncer, ataques terroristas, trauma de guerra en curso y refugiados (Jarero y Artigas, 2021, 2012).

En cuanto al protocolo EMDR-IGTP, este fue originalmente diseñado por miembros de la asociación mexicana AMAMECRISIS (Asociación Mexicana de Terapia de Crisis), como resultado de la gran necesidad de servicios de salud mental que se produjo por la destrucción de la costa del Pacífico mexicano en 1997 por el huracán Pauline, específicamente, para el trabajo con niños (Artigas et al., 2014). No obstante, con el tiempo, Jarero y Artigas (2010, 2014) modificaron el protocolo para poder usarlo también con adultos en diversos contextos sociales.

Actualmente, se rescatan las siguiente ventajas y características del protocolo EMDR-IGTP: 1) Los clientes del grupo no tienen que verbalizar la información sobre el trauma; 2) El tratamiento resulta ser bien tolerado en situaciones de exposición al estrés continuo; 3) La terapia puede realizarse en días posteriores o consecutivos y no es necesario realizar tareas entre sesiones; 4) El tratamiento permite involucrar rápidamente a muchos sectores de la comunidad afectada e identificar a los individuos con síntomas más graves que pueden requerir atención individual; 5) El protocolo resulta fácil de enseñar a los profesionales de EMDR y/o paraprofesionales; 6) Parece ser eficaz en todas las culturas y puede aplicarse respetando los valores culturales (Luber, 2013; Jarero y Artigas, 2010). Además, según Jarero et al., (2006) sus objetivos principales son:

- Identificar a los pacientes que presentan síntomas de estrés postraumático agudo o trastorno de estrés postraumático.
- Afrontar el material traumático.
- Traer a la conciencia aspectos del trauma que estaban disociados.
- Facilitar la expresión de emociones dolorosas y/o comportamientos vergonzosos.
- Ofrecer al paciente apoyo y empatía.
- Condensar los diferentes aspectos del trauma en imágenes representativas y más manejables.
- Aumentar la percepción de dominio del paciente sobre los elementos de la experiencia traumática.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

El objetivo general de este trabajo es diseñar una intervención basada en el protocolo EMDR-IGTP para tratar el trastorno de estrés postraumático (TEPT), depresión y ansiedad en mujeres adultas víctimas de violencia familiar de Lima Metropolitana.

4.2 Objetivos específicos

Los objetivos específicos del estudio, de mayor a menor prioridad son:

- Diseñar una intervención fundamentada en EMDR-IGTP para reducir los síntomas del trastorno de estrés postraumático, depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia familiar basada en la literatura actual sobre el tema.
- Comprobar la eficacia de dicho programa para reducir los niveles del trastorno de estrés postraumático, depresión y ansiedad mediante una evaluación pre-post-tratamiento y una evaluación de seguimiento en el grupo de mujeres.

4.3 Hipótesis

- La intervención basada en el protocolo EMDR-IGTP ayuda a reducir los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en mujeres adultas víctimas de violencia familiar en Lima Metropolitana.
- La intervención basada en el protocolo EMDR-IGTP ayuda a reducir los síntomas depresivos en mujeres adultas víctimas de violencia familiar en Lima Metropolitana.

5. Metodología

5.1 Diseño

Este estudio se plantea como una evaluación cuantitativa, pues busca probar las hipótesis planteadas a través de un análisis numérico y estadístico obtenido de los datos recolectados (Hernández et al., 2014; Hernández y Mendoza, 2018). Además, es una intervención grupal pre-post-tratamiento con evaluación de seguimiento a los tres meses, a los seis meses y al año de haber realizado la intervención para comprobar si los efectos del programa se mantienen en el tiempo. El diagrama del diseño es el siguiente:

0 → G1 X¹ → 0 → 0 (luego de 3 meses) → 0 (luego de 6 meses) → 0 (luego de 1 año)

0 = Prueba de medición

G = Grupo de sujetos

X¹ = Intervención

5.2 Participantes

La población objetiva del estudio son 20 mujeres adultas víctimas de violencia familiar de Lima Metropolitana pertenecientes a un “Centro de Apoyo a la Mujer” que desean participar de manera voluntaria de la intervención. Como primer criterio de inclusión, se considera que las participantes del estudio sean mujeres mayores de 18 años. En segundo lugar, que hayan sido víctimas de violencia familiar. En tercer lugar, que sean del mismo Centro de Apoyo a la Mujer en Lima Metropolitana y, por último, que cumplan con los criterios diagnósticos de TEPT según la Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP-5) de Crespo et al., (2017), así como tener un puntaje mínimo de depresión leve en la adaptación argentina del IDB-II por Brenlla y Rodríguez (2006) y un puntaje de ansiedad en el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) versión española de Buela-Casal et al., (2011) para poder medir el efecto de la intervención en EMDR.

En cuanto a los criterios de exclusión, no se incluirá en la muestra a las mujeres que cumplan con las siguientes características:

- Ser menores de edad.
- No presentar sintomatología depresiva, de ansiedad ni TEPT en las escalas evaluadas.
- Estar actualmente en otro tipo de tratamiento psicoterapéutico.
- Padecer enfermedades físicas o psíquicas que menoscaben la capacidad de comprensión o ejecución del programa de intervención.

5.3 Materiales e instrumentos

5.3.1 **EGEP-5. Evaluación Global de Estrés Postraumático:** Desarrollada por Crespo et al., (2017) como un instrumento de autoinforme en versión castellano que evalúa la sintomatología postraumática y diagnóstico del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en víctimas adultas de distintos acontecimientos traumáticos de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-5. Además, para las autoras, la escala proporciona información relevante respecto a la intensidad de los distintos tipos de síntomas característicos de las personas con TEPT: Síntomas intrusivos, Evitación, Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo y Alteraciones en la activación y reactividad.

El EGEP-5 consta de 58 ítems divididos en 3 secciones como se puede observar en el Anexo II que hacen referencia a la evaluación de los acontecimientos traumáticos (26 ítems), la sintomatología recogidos en los criterios B, C, D y E del DSM-5 (25 ítems) y el funcionamiento que evalúa el funcionamiento general del individuo adulto y el grado en el que la sintomatología presentada interfiere en el mismo (7 ítems); con un tiempo de aplicación de 30 minutos aproximados (Crespo et al., 2017). El manual del instrumento se encuentra en el Anexo III.

La primera vez que Gómez y Crespo validaron el instrumento, fue con su versión anterior (EGEP) en una muestra de 138 personas que habían vivido, presenciado o tenido conocimiento de un acontecimiento traumático, en el cual encontraron un valor de

sensibilidad de 91%, de especificidad del 75% y de fiabilidad de .92 (Gómez y Crespo 2012). De igual manera, esta nueva escala EGEP-5 muestra una adecuada consistencia interna para la misma población (α de Cronbach=.91) (Crespo et al., 2017).

Para este estudio se ha elegido la EGEP-5 por su fácil aplicación, corrección y adecuadas propiedades psicométricas, siendo un instrumento útil para diagnosticar TEPT, obtener información de la experiencia traumática sufrida, el tipo y la intensidad de la sintomatología, así como para conocer las áreas del funcionamiento cotidiano afectadas (Crespo et al., 2017). Esta escala se administra en el presente estudio antes y después del tratamiento.

5.3.2 Versión en español argentino del Inventario de Depresión de Beck – Segunda Edición (IDB-II): La escala original desarrollada por Beck et al., (1996) posee adecuadas propiedades psicométricas, siendo una herramienta válida para evaluar la presencia y gravedad de la sintomatología depresiva. La primera vez que estos autores validaron el IDB-II fue a dos muestras: 500 sujetos psiquiátricos en Estados Unidos y 120 estudiantes de Canadá. Para ambas se encontraron un alto grado de consistencia interna (α de Cronbach= .92 y .93). De igual manera, la adaptación argentina del IDB – II por Brenlla y Rodríguez (2006) también muestra una adecuada consistencia interna para pacientes (α de Cronbach=.88) y para población general (α de Cronbach=.86) (Pachas, 2019).

El IDB-II es un instrumento de autoinforme que evalúa la presencia y gravedad de la sintomatología depresiva. Por ejemplo, evalúa síntomas como tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamiento o deseos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambios en el sueño y apetito, irritabilidad, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo (Beck et al., 2006). Además, sus ítems se establecen en los criterios diagnósticos de Depresión Mayor del DSMIV (1994) e incluye síntomas depresivos atípicos y severos (Beck et al., 1996).

Consta de 21 ítems en escala tipo Likert de 0 a 3 y tiene cuatro puntos de corte, en donde a mayor puntaje, mayor será la severidad de la depresión: 0-13 para rango mínimo,

14-19 para depresión leve, 20-28 para depresión moderada y 29-63 para depresión severa. Asimismo, cuenta con un tiempo de aplicación de 5-10 minutos aproximados (Beck et al., 1996). El instrumento se encuentra en el Anexo IV.

Para este estudio se ha elegido el IDB-II adaptado en español Argentina por Brenlla y Rodríguez (2006) por su fácil aplicación, corrección y adecuadas propiedades psicométricas, lo que lo hace un instrumento útil para medir la presencia y severidad de la sintomatología depresiva. Esta escala también se administró antes y después del tratamiento.

5.3.3 **Adaptación española del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI):**

La escala original desarrollada por Spielberg et al., (1970) posee adecuadas propiedades psicométricas, siendo una herramienta válida para evaluar la ansiedad como estado (A/E) y como rasgo (A/R). Para ambas se encontraron un alto grado de consistencia interna (α de Cronbach=.83 para A/E y α de Cronbach=.92 para A/R). De igual manera, la adaptación española del STAI por Buela-Casal et al., (2011) también muestra una adecuada consistencia interna para para población general (α de Cronbach=.94 para A/E y α de Cronbach=.89 para A/R).

El STAI consta de 40 items, divididos en 2 partes: Ansiedad como estado (A/E) (20 items) y Ansiedad como rasgo (A/R) (20 items), puntuando en una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (de 0 a 3) con una puntuación total de 0 a 60. La primera (A/E), evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La segunda (A/R), señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras (Seisdedos, 1982). El manual del instrumento se encuentra en el Anexo V.

Para este estudio se ha elegido el STAI en su versión española por Buela-Casal et al., (2011) al ser el sexto cuestionario más utilizado por psicólogos clínicos para evaluar la ansiedad (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010), así como por su fácil aplicación,

corrección y adecuadas propiedades psicométricas en población general. Esta escala también se administró antes y después del tratamiento.

5.3.4 Versión española de la Escala de Experiencias Disociativas (DES): La *escala original* desarrollada por Bernstein y Putnam (1986) posee adecuadas propiedades psicométricas, siendo una herramienta válida para el despistaje de la sintomatología disociativa. La DES es un instrumento de autoinforme de 28 ítems que evalúa la frecuencia con que se experimentan en la vida cotidiana diversas condiciones disociativas con una puntuación de 0 a 100 y un punto de corte de 30 que suele indicar la posibilidad de un diagnóstico de trastorno disociativo (Montes et al., 2011; Robles et al., 2006). Dentro del DES se evalúan los siguientes cinco síntomas disociativos: amnesia, despersonalización, desrealización, alteración de la identidad y personalidad múltiple incluidos en la clasificación del DSM-IV (Steinberg et al., 1991). El instrumento se encuentra en el Anexo VI.

Para este estudio se ha elegido la versión española de la Escala de experiencias disociativas (DES) adaptada por Icarán et al., (1996). La primera vez que estos autores validaron el DES adaptado al español fue en una muestra de 222 estudiantes universitarios (población normal) y 17 esquizofrénicos (población psiquiátrica), en el cual se encontró un alto grado de consistencia interna (α de Cronbach= .91).

5.4 Procedimiento de recogida de datos

La intervención consta de cuatro fases principales:

1. En la primera fase, el Cuerpo de Protección Emocional (CPE) - conformado por los profesionales EMDR-IGTP - se presenta con los encargados del “Centro de Apoyo a la Mujer” con el objetivo de solicitar un permiso para trabajar con las mujeres que han sido víctimas de violencia familiar y que asisten al centro. A partir de la autorización, se agenda un primer encuentro, en el que los profesionales EMDR explican los objetivos y características de la intervención grupal EMDR-IGTP como una oportunidad para reducir el estrés postraumático, depresión y ansiedad causado por la violencia familiar que han vivido las asistentes. De esta forma, se invita de manera libre y voluntaria a las mujeres a que

participen de la intervención. Seguidamente, se entrega y explica el consentimiento informado (ver Anexo I), y se administra los cuestionarios a evaluar (EGEP-5, IDB-II, STAI, DES), así como un formulario de necesidades básicas (ver Anexo VII) a las interesadas en participar.

2. En la segunda fase, se aplican las 7 sesiones de EMDR-IGTP a las 20 mujeres que conforman 2 grupos de trabajo: 10 mujeres por cada grupo, a cargo de 3 especialistas EMDR-IGTP cada grupo. El primer grupo está compuesto por mujeres que han sufrido violencia sexual en una única ocasión y el segundo grupo por mujeres que han sufrido abusos durante años. Las sesiones grupales se llevan a cabo cada semana en el mismo Centro de Apoyo a la Mujer, conforme la disponibilidad del grupo, con una duración de 50 - 60 minutos por sesión aproximadamente. En la última sesión, se les vuelve a administrar a ambos grupos los tres cuestionarios tomados al inicio del programa (EGEP-5, IDB-II, STAI, DES).

3. En la tercera fase, se analizan y contrastan los resultados obtenidos durante el pre-post-tratamiento con la finalidad observar y transmitir la efectividad de la intervención en las participantes. Aquello, mediante un software estadístico (SPSS 24). Asimismo, se lleva a cabo 2 a 3 sesiones adicionales de terapia EMDR estándar para las participantes que el Cuerpo de Protección Emocional (CPE) identifique que requieren de mayor apoyo luego de sus resultados en la intervención grupal.

4. En la cuarta y última fase, se realiza la evaluación de seguimiento a los grupos luego del primer mes, a los seis meses y al año de terminar la intervención basada en EMDR-IGTP. Aquello, con el objetivo de determinar si los efectos del programa permanecen en el tiempo. Para ello, se vuelven a administrar los cuestionarios: EGEP-5, IDB-II, STAI, y DES.

5.5 Análisis de datos

Se utiliza el SPSS versión 24 para realizar el análisis estadístico. En primer lugar, se explora la información descriptiva de las participantes (edad, género, tipo de trauma, comorbilidad) para obtener una visión general de las características de la muestra.

En segundo lugar, se analiza la normalidad de las distribuciones del grupo por medio de la prueba de Shapiro-Wilk ($N < 50$), así como los coeficientes de asimetría y curtosis. Seguidamente, se busca encontrar una distribución normal, para lo que se recurre a la prueba T para muestras independientes paramétricas para analizar la diferencia en la disminución de los síntomas de TEPT, depresión y ansiedad (PSS-SR posterior al tratamiento menos PSS-SR previo al tratamiento).

Sin embargo, si los resultados son no paramétricos se usa la prueba de U de Mann Whitney para poder comparar las medias de las variables en el grupo antes y después de la implementación del programa de EMDR. Se espera que haya diferencias significativas entre las medidas pre y post-intervención para las tres variables postuladas y no se esperan diferencias significativas entre las medidas post-intervención y de seguimiento.

6. Intervención

La presente intervención en EMDR-IGTP busca tratar el trastorno de estrés postraumático (TEPT), depresión y ansiedad en 20 mujeres adultas víctimas de violencia familiar de Lima Metropolitana. Para el logro de ello, se forman dos grupos de 10 mujeres del Centro de Apoyo a la Mujer, a cargo de 3 especialistas EMDR-IGTP cada grupo. El primer grupo estará conformado por mujeres que han sufrido violencia sexual en una única ocasión y el segundo grupo por mujeres que han sufrido abusos durante años.

En cuanto a las sesiones, se plantean 7 sesiones semanales basadas en el protocolo EMDR-IGTP con una duración de 50 a 60 minutos aproximadamente cada sesión. A ello se le suman 3 sesiones posteriores orientadas a la evaluación de seguimiento: a los tres meses, a los seis meses y, por último, al año de haber realizado la intervención para comprobar si los efectos del programa se mantienen con el tiempo.

La sesión 1 se centra en la evaluación pre-tratamiento y en la primera fase de historia con el grupo. Las sesiones 2-3, en la planificación de la psicoeducación, el desarrollo de recursos y la preparación para el trabajo en EMDR-IGTP. En la sesión 4 se trabaja la evaluación y procesamiento del trauma, mediante los dibujos, la escala SUD y el Abrazo de la Mariposa. La sesión 5, la visión de futuro. En la sesión 6, la exploración corporal asociada al recuerdo traumático y el cierre. La sesión 7 se centra en la reevaluación por parte del equipo CPE y la evaluación pos-tratamiento. Y, por último, en las sesiones 8-10 se abarca las evaluaciones de seguimiento. El cronograma del proceso terapéutico se visualiza a continuación en la Tabla 1.

Cabe señalar que adicionalmente a la intervención EMDR-IGTP, se plantea poder desarrollar 2 a 3 sesiones de terapia EMDR estándar para las participantes que el Cuerpo de Protección Emocional (CPE) identifique que requieren de mayor apoyo luego de sus resultados en la intervención grupal.

6.1 Descripción de las sesiones

Sesión 1: Fase I Historia del cliente y Evaluación pre-tratamiento

Objetivos principales:

- Establecer una adecuada presentación del equipo EMDR-IGTP y psicoeducación sobre el trauma.
- Realizar la primera evaluación psicológica de las participantes respecto a los constructos a evaluar (TEPT, depresión, ansiedad y disociación), así como de sus necesidades básicas.

Técnicas y herramientas:

- Instrumentos de evaluación: Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP-5), Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), Escala de Experiencias Disociativas (DES), y un formulario de necesidades básicas.
- Power Point lúdico e informativo para la psicoeducación.
- Consentimiento informado.

Duración:

- 2 horas: 1 hora de actividad y 1 hora de evaluación.

Procedimiento de la sesión:

Se convocará una reunión, en donde los 6 profesionales EMDR-IGTP se presentarán ante el grupo de las 20 mujeres del Centro de Apoyo a la Mujer. De esta manera, se inicia una primera sesión de psicoeducación que tiene el objetivo de explicar qué es el trauma desde el sistema PAI y qué es el protocolo EMDR-IGTP. Aquello, mediante un lenguaje sencillo y lúdico para que las participantes reunidas puedan entender (se recurre a una presentación en Power Point llamativa de 15 minutos de duración).

Luego de esta primera parte, se procede a una corta ronda de preguntas para aclarar cualquier consulta que pueda surgir en el grupo y se les invita a participar de la intervención EMDR-IGTP para poder ayudarles a reducir su malestar y síntomas asociado al acontecimiento de violencia que han vivido. En esta línea, se les explica que el programa será trabajado en 2 grupos que serán conformados por 10 personas a cargo de 3 especialistas EMDR-IGTP cada uno. Se resalta la importancia de la confidencialidad en los grupos y la participación voluntaria que cada una tiene durante la intervención. Para reforzar esta parte, se entrega un consentimiento informado a cada participante que es también explicado por un profesional del grupo EMDR-IGTP.

Una vez aclarado el punto anterior y con la autorización de las participantes, se acuerda el horario para la siguiente sesión grupal, y se realiza la evaluación pre-tratamiento. El terapeuta EMDR principal comentará:

- *“Ahora, por favor, les pido puedan anotar en algún papel que la siguiente sesión grupal que tengamos- ya cada una en nuestro grupo de 10 personas- será el día (se indica la fecha) a las (se indica la hora) en (se indica una sala del centro). Por último, ya para retirarnos por hoy, les vamos a entregar unos cuestionarios a llenar que serán confidenciales, más que todo para nosotros saber un poco más acerca de cómo se encuentra cada una de ustedes en este momento... Y cuando terminemos ya todas las sesiones le vamos a pedir que los vuelvan a llenar para ver cómo hemos ido mejorando con las siguientes sesiones que tengamos”.*

Con esta última parte de recogida de información, se busca entender mejor las necesidades básicas del grupo de mujeres y el estado de cada una de ellas en cuanto a las variables TEPT, depresión, ansiedad y sus necesidades básicas. Así como conocer si hay presencia o no de disociación que suele ser muy destacada en poblaciones que han sufrido un trauma complejo, con el objetivo de poder abordarlo con anticipación.

Sesión 2: Fase II Preparación – Primera parte

Objetivos:

- Establecer un adecuado clima de rapport y confianza dentro del grupo.
- Reforzar la psicoeducación y preparar a las participantes para el trabajo EMDR-IGTP: Enseñar técnicas de afrontamiento/control y el Abrazo de la Mariposa.

Técnicas y herramientas:

- Power Point lúdico e informativo para la psicoeducación.
- Metáfora de la digestión para enseñar el PAI.
- Técnicas de afrontamiento/control: Lugar seguro, respiración diafragmática, mindfulness- “los globos”.
- Abrazo de la Mariposa.

Duración:

- 60 minutos.

Procedimiento:

Previamente al inicio de la sesión, el equipo de profesionales EMDR agrupa a las participantes en dos grupos de 10 personas: el primer grupo conformado por mujeres que han sufrido violencia sexual en una ocasión y el segundo grupo por mujeres que han sufrido abusos durante años. Luego, ambos grupos preparan su lugar de trabajo en salas separadas colocando 13 sillas en círculo (10 participantes y 3 profesionales EMDR-IGTP por grupo). Al estar todos en sus aulas, cada terapeuta EMDR principal de cada grupo se presenta a mayor profundidad con las integrantes de sus grupos:

- *“Hola a todas. Mi nombre es (se indica el nombre) y junto a mi están (se indica el nombre) y (se indica el nombre), quienes conforman conmigo el Cuerpo de Protección Emocional (CPE). Estaremos al tanto de ustedes para ayudarles con*

los aspectos emocionales respecto al suceso de violencia que han vivido. Así que para cualquier tema que deseen conversar aquí estaremos y les agradecemos por darnos esta oportunidad de acompañarlas”.

Seguidamente, se explica las reglas para el trabajo grupal que consisten en mantener los celulares apagados, respetar a cada una de las participantes y su confidencialidad al no hablar sobre la experiencia de las demás fuera de las sesiones, así como utilizar el espacio para la curación personal y si es que se requiere apoyo extra, o si el equipo CPE lo considera pertinente, se podrá tener luego del programa algunas sesiones de psicoterapia EMDR individuales.

Una vez finalizada esta primera parte, se invita a las participantes a presentarse brevemente con el resto del grupo:

- *“Ahora, nos gustaría invitar a cada una de ustedes a presentarse brevemente. Por ejemplo, comentándonos su nombre, de dónde son y cómo llegaron al centro. Si alguien quiere presentarse voluntariamente adelante por favor (Si no hay una participación voluntaria, se señala a la participante más cercana para que inicie y se continúa con los demás que están a su derecha hasta completar el círculo)”.*

Una vez establecido el rapport adecuado, se refuerza a mayor profundidad el tema de la psicoeducación respecto al PAI, el protocolo EMDR-IGTP y se les pregunta voluntariamente a las participantes que comenten qué síntomas presentan respecto al suceso vivido. Por ejemplo, a través de la siguiente metáfora de la digestión:

- *“Nosotros en nuestro cuerpo contamos con un proceso que nos ayuda a explicar cómo construimos o digerimos las experiencias que vivimos. Y este proceso recibe el nombre de sistema de procesamiento adaptativo de la información o también conocida por las siglas PAI. Para entender mejor cómo funciona este sistema, recordemos cómo se siente nuestro cuerpo cuando digerimos un alimento. Por ejemplo, cuando comemos algo suave como una ensalada, nuestro cuerpo lo digiere sin problema, de manera rápida y no sentimos ligeras...pero cuando*

comemos algo muy pesado... como puede ser mucha comida chatarra antes de dormir, nuestro cuerpo puede tener dificultades para digerirlo y tener algunos síntomas cuando eso ocurre como dolor de barriga, pesadez, entre otros... Por ejemplo, ¿ustedes qué notan cuando han comido una comida muy pesada? (tiempo para participación)”.

- *Luego de los síntomas descritos por las participantes se comenta: “Así es, y del mismo modo que cuando comemos algo muy pesado para nuestro cuerpo, una información difícil de procesar o digerir como es sufrir agresión por parte de nuestra pareja también es una información que resulta difícil de digerir para nuestro cerebro y provoca síntomas... Por ejemplo, ¿qué síntomas notaron o notan actualmente ustedes que tienen por haber estado expuestas a estos eventos difíciles? (tiempo para participación)”.*

Si no hay participación, el moderador da ejemplos de síntomas e invita a las participantes a levantar la mano si es que han sentido esos síntomas. Por ejemplo, se menciona la tristeza, enojo, dolor muscular, miedo, problemas para conciliar el sueño, pesadillas o si es que recuerdan a menudo la situación de violencia vivida, etc.

- *Luego de los síntomas señalados por las participantes se comenta: “Gracias por compartir lo que han sentido y, pues todos esos síntomas que han ido mencionado son maneras que presenta nuestro sistema PAI en nuestro cuerpo como una reacción después de haber vivido una experiencia dolorosa, justamente como una forma de asimilar esos eventos... Ahora, eso no significa que siempre vamos a sentirnos de esa manera, pues justamente podemos ayudar a que nuestro sistema PAI asimile o digiera la situación vivida de una manera que no nos genere mayor malestar, lo cual vamos a buscar trabajar durante las sesiones.”*

Posteriormente, el equipo CPE enseña las siguientes técnicas de afrontamiento a las participantes, haciendo hincapié en cómo estas herramientas les ayudarán a mantener una mejor estabilidad emocional:

- **Lugar seguro:** Se le pide a la persona que identifique un lugar o una situación en que sienta tranquilidad o seguridad. Una vez elegido el lugar, se le indica que detalle las emociones y sensaciones que siente al percibir la imagen que identifica de su lugar seguro. Luego, se le solicita que identifique una palabra o expresión clave que represente para ella ese lugar y lo que siente. Para el futuro, se anima a la persona a que utilice esa palabra clave y su lugar seguro cada vez que perciba un poco de molestia. Asimismo, que pueda reforzarlo con el Abrazo de Mariposa (máximo 6 repeticiones) una vez aprendida la técnica.
- **Respiración Diafragmática:** Luego de la explicación y justificación teórica de la técnica, se prepara a la persona para la respiración. Para ello, se le pide estar en una posición de cuerpo tumbado o sentado en la silla y que cierre los ojos con una mano extendida sobre el pecho y la otra sobre el abdomen. De esta manera, se busca que la persona observe cómo su abdomen se eleva al inspirar por la nariz mientras se cuenta lentamente hasta cuatro y cómo se contrae al espirar por la boca. A partir de esta técnica, se espera que la persona pueda volver por su cuenta a un estado de tranquilidad emocional cuando la necesite.
- **Práctica de Mindfulness - “Los Globos”:** En una posición cómoda y con los ojos cerrados, se le dice a la persona que inicie con un ejercicio básico de respiración con el fin de conectarse con su respiración y momento presente. Seguidamente, se le indica que imagine que todos los pensamientos que tiene en este momento se convierten en globos que se van hacia el cielo, dejando su mente calmada. De esta manera, con cada inspiración y espiración se sueltan los globos (pensamientos). Con esta práctica se busca trabajar el malestar emocional producto de la rumiación o dispersión mental que se pueda tener.

Al finalizar la enseñanza de las técnicas anteriormente mencionadas, se prosigue con la técnica del Abrazo de la Mariposa (ver anexo VIII), la cual es usada dentro el protocolo EMDR-IGTP como una manera de estimulación bilateral autoadministrada. Por este motivo,

es muy importante que el equipo CPE se asegure de que las participantes aprendan correctamente la técnica, pues se usará en las siguientes sesiones:

- *En todo momento de la explicación, el terapeuta EMDR hace el ejemplo con su cuerpo: “Para hacer el Abrazo de la Mariposa, por favor, crucen los brazos sobre el pecho y pongan la punta del dedo medio de cada mano debajo de la clavícula. Luego, el resto de los dedos y la mano deben de cubrir el área que se encuentra debajo de la clavícula. Para ello, ponemos las manos y dedos lo más verticalmente posible; es decir, los dedos dirigidos hacia el cuello y no hacia los brazos... Una vez hecho esto, entrelazamos los dedos pulgares, como si formáramos las antenas y el cuerpo de una mariposa, y los otros dedos formarán sus alas... Ahora, manteniendo esta posición, podemos cerrar los ojos o tenerlos parcialmente cerrados, pero viendo hacia un punto enfrente. A continuación, movemos las manos en un ritmo alternado, como si fuera el aleteo de la mariposa... es decir, golpeamos sumamente con nuestras yemas de los dedos primero en un lado y luego al otro... permanecemos así con este movimiento y vamos respirando suave y profundamente mientras pensamos en una imagen que nos genera malestar... Haremos esto durante unos 20 o 25 segundos mientras somos conscientes de lo que pasa por nuestra mente y cuerpo... nuestros pensamientos, emociones, imágenes, sensaciones físicas, sin juzgarlo ni reprimirlo... A continuación, respiraremos profundamente y observaremos cómo nos sentimos, e iniciamos con otra tanda de movimiento hasta alcanzar un estado de calma... Si empezamos a sentirnos con sensaciones de mucha perturbación, podemos imaginar nuestro lugar seguro que identificamos anteriormente, nuestra palabra clave, realizar una respiración diafragmática o el ejercicio de “Los globos”.*

Por último, para dar finalizada la sesión, el jefe del equipo CPE les pregunta a las participantes cómo se han sentido al practicar las diferentes técnicas y cómo se sienten ahora luego de haberlas realizado.

Sesión 3: Fase II Preparación – Segunda parte

Objetivo:

- Prepara al paciente para el tratamiento EMDR: enseñar y familiarizar a las participantes la escala SUD.

Técnicas y herramientas:

- Escala de unidades de perturbación subjetiva (SUD).
- Fotocopias de la escala SUD y plumones.
- Proyector con las imágenes requeridas.

Duración:

- 50 - 60 minutos.

Procedimiento:

Ambos grupos preparan su lugar de trabajo en salas separadas, en el cual cada participante se sentará en una carpeta personal como si estuviera en un salón de clases. Al estar ya todas organizadas en la sala, cada terapeuta EMDR principal de cada grupo, inicia retomando lo trabajado en la sesión anterior. Respecto a ello, se les pregunta a las participantes si tienen alguna consulta sobre las técnicas aprendidas o si está todo claro.

Posteriormente a la resolución de las dudas, se inicia con el objetivo de la sesión que es enseñar la escala SUD (ver anexo IX), la cual será trabajada durante todo el resto de la sesión:

- *“Continuando con el objetivo de la sesión de hoy, queremos enseñarles una escala llamada Escala de Unidades Subjetivas de Perturbación o también conocida como escala SUD... Como pueden ver en el proyector, esta escala va de 0 a 10, siendo 0 ninguna perturbación y 10 la máxima perturbación. También, se acompaña de estas caras que representan el nivel de emoción que uno puede sentir según el*

nivel de perturbación que se experimenta. Por ejemplo, cuando algo nos molesta al máximo como a un nivel de 10, nos podemos sentir como esta cara de acá, pero también puede haber situaciones que no nos molesten en absoluto y sentirnos de esta manera (El equipo CPE señala las caras que representan el nivel de molestia para una mejor comprensión de las participantes)”.

Seguidamente, el equipo CPE realiza unos ejercicios en el grupo para familiarizar a las participantes y comprobar si estas han entendido el funcionamiento de la escala SUD. Para ello, se le reparte a cada participante una escala SUD en hoja y un plumón para que sigan las siguientes indicaciones:

- *“Ahora, con las escalas que les hemos repartido, queremos que encierren la cara que corresponde a cómo se sienten ustedes respecto a los eventos que vamos a ir mencionando. Por ejemplo, ¿cómo te sientes cuando algo malo te pasa en tu trabajo?, señala, por favor, la cara que describe cómo te sientes en ese momento...Ahora, ¿cómo te sientes cuando alguien cercano a ti te miente?, señala la cara que describe cómo te sientes en ese momento (se continúa con un grupo de ejemplos hasta que el equipo CPE se asegure que las participantes comprenden la dinámica de la escala SUD)”.*

Una vez concluido el ejercicio, se invita a las participantes a realizar unos minutos de respiración diafragmática para retomar la calma que pudo haberse visto comprometida por la actividad y se finaliza la sesión.

Sesión 4: Fase III Evaluación y Fase IV Desensibilización

Objetivos:

- Traer a la mente el suceso traumático (imagen, cognición, emoción y sensaciones físicas asociadas al recuerdo) a través de un proceso de arteterapia (dibujo).
- Medir el nivel de perturbación actual que le genera el target del evento traumático.
- Estimular el sistema de procesamiento de la información (PAI) a redes más adaptativas por medio del Abrazo de la Mariposa.

Técnicas y herramientas:

- Escala de unidades de perturbación subjetiva (SUD).
- Materiales para los dibujos: Hojas en blanco, lápices, borradores, colores y reglas
- Abrazo de la Mariposa.
- Técnicas de afrontamiento/control: Lugar seguro, respiración diafragmática, mindfulness- “los globos”.

Duración:

- 60 minutos.

Procedimiento:

Las participantes entran a su aula correspondiente y se sientan en una carpeta personal como si estuvieran en un salón de clases. Al estar ya todas organizadas en su sala de grupo, el equipo CPE de cada grupo inicia la sesión retomando la escala SUD enseñada en la sesión anterior. Respecto a ello, se les pregunta a las participantes si tienen o no alguna consulta sobre la escala para absolverla en ese momento.

Posteriormente a la resolución de las dudas, se inicia con el objetivo de la sesión que es visualizar el target del incidente y plasmarlo en una serie de dibujos. Para el logro

de ello, el terapeuta EMDR principal reparte los materiales necesarios (hojas en blanco, lápices, borradores, colores, reglas) y brinda las siguientes indicaciones:

- *“Para poder iniciar con el ejercicio, necesitamos que dividan la cara del papel en cuatro partes iguales y coloquen la letra A, B, C y D en la esquina superior izquierda de cada sección, como el siguiente ejemplo (ver Anexo X). Así también, en la parte de atrás de la hoja, colocan su nombre y edad en la esquina izquierda (el equipo CPE ayuda a las participantes a seguir el ejemplo)”.*
- *“Ahora, quiero que cada una recuerde el peor evento de violencia familiar que ha vivido... cierren sus ojos y observen qué es lo que más les asusta ... entristece ... o enfada de ese acontecimiento en el momento presente... observen que emociones y sensaciones corporales les provoca, en este momento, ese recuerdo (se brinda unos segundos) ... Ahora, abran sus ojos y lleven esa imagen que surgió en su mente al cuadrante “A”. Ahí, dibujen esa imagen que trajeron a su mente”.*

Una vez que todas las participantes han terminado con sus dibujos, se les vuelve a mostrar la escala SUD (desde 0 a 10, donde 0 muestra nada de perturbación y 10 representa perturbación severa) y se les indica que coloquen en la cuadrado “A” el número de la cara que corresponde a la sensación que tiene al mirar su dibujo. Adicionalmente, se les expresa que si desean escribir espontáneamente como se sienten también pueden hacerlo libremente (p. ej., “Tengo miedo”, “Puedo morir”, etc.). El equipo CPE se asegura de que las participantes entiendan las indicaciones y apoya a las que requieran ayuda emocional con alguna técnica de control/afrentamiento.

Seguidamente, se busca estimular el sistema de procesamiento de la información (PAI) a redes más adaptativas por medio del Abrazo de la Mariposa, por lo que el terapeuta principal EMDR comenta lo siguiente:

- *“Ahora, vamos a pasar a la estimulación bilateral con el Abrazo de la Mariposa que hemos aprendido. Por favor, hagan el Abrazo de la Mariposa mientras observan su*

dibujo” - Se realiza un máximo de 6 tandas - El equipo CPE hace también la demostración del Abrazo de la Mariposa -.

Al terminar las tandas del Abrazo de la Mariposa, se les indica a las participantes que ahora realicen otro dibujo en el cuadrado “B” relacionado también con el evento identificado. Al terminarlo, se vuelve a puntuar el dibujo con la escala SUD y se repite el reprocesamiento con el Abrazo de la Mariposa mientras observan el segundo dibujo. Esta dinámica se repite dos veces más para los dibujos del cuadrado “C” y “D”. En total las participantes deben tener 4 dibujos relacionados al evento traumático y cada uno de ellos con su calificación SUD.

Cabe mencionar que si durante el proceso de reprocesamiento, alguna participante se desregula o tiene alguna abreacción emocional, el equipo CPE invita a la participante a tolerar la expresión emocional intensa por medio de las técnicas aprendidas durante la fase de preparación (lugar seguro, respiración diafragmática y/o mindfulness) y se continúa con la estimulación del Abrazo de la Mariposa para mantener la atención en el doble foco.

Una vez obtenido todos los dibujos, el terapeuta principal EMDR le dice al grupo que mire sus dibujos y se quede con el que más le perturba. De esta manera en el reverso de la hoja, se les pide a las participantes que escriban en la esquina superior derecha del papel, el número asociada a la cara SUD que mejor describen cómo se sienten cuando ven ese dibujo ahora.

Por último, se finaliza la sesión explicándoles a las participantes que se continuará con la actividad de los dibujos en la siguiente sesión, por lo que se cierra la sesión con una secuencia de respiraciones diafragmáticas con el fin de volver a un estado de calma.

Sesión 5: Fase V Visión de futuro (Reemplaza la Instalación)

Objetivo:

- Utilizar la visión de futuro para identificar las cogniciones adaptativas o adaptativas de cada participante.

Técnicas y herramientas:

- Dibujos.
- Escala de unidades de perturbación subjetiva (SUD).
- Materiales para los dibujos: Hojas en blanco, lápices, borradores, colores y reglas
- Abrazo de la Mariposa.
- Técnicas de afrontamiento/control: Lugar seguro, respiración diafragmática, mindfulness- “los globos”.

Duración:

- 40 – 50 minutos.

Procedimiento:

Las participantes se reúnen en su aula correspondiente según su grupo y se sientan en una carpeta personal como si estuvieran en un salón de clases. Al estar ya todas organizadas, el equipo CPE les pregunta cómo se han estado sintiendo luego de que realizaron la actividad pasada y cómo están el día de hoy.

Luego de compartir la experiencia, el equipo CPE entrega los dibujos trabajados anteriormente e indica que cada participante voltee su hoja para dar paso al trabajo de la sesión. En ese momento, el terapeuta principal EMDR brinda las siguientes indicaciones:

- *“En el medio de atrás de la hoja, por favor, dibujen cómo se ven en el futuro. (se deja unos minutos para que el grupo pueda realizar su dibujo y absolver cualquier consulta sobre las indicaciones) ... Ahora, una vez terminado su dibujo, escriban una palabra, frase u oración que mejor explique el dibujo que han realizado (se deja unos minutos)”.*

Inmediatamente, el terapeuta principal EMDR les dice a las participantes que observen su dibujo realizado, así como lo que han escrito y les pide que inicien con el Abrazo de la Mariposa. Con ello, se espera reforzar la instalación positiva al tener una cognición positiva o procesar el recuerdo aún no adaptativo si se ha tenido una cognición no adaptativa.

Una vez terminada el Abrazo de la Mariposa, se finaliza la sesión y el equipo CPE se queda con los dibujos para poder identificar las cogniciones adaptativas o no adaptativas que han tenido las participantes para su posterior evaluación y ver si requerirán o no de ayuda EMDR individual.

Sesión 6: Fase VI Escaneo corporal y fase VII Cierre

Objetivo:

- Comprobar si el reprocesamiento se ha realizado exitosamente a nivel somático.

Técnicas y herramientas:

- Ejercicios de respiración con el cuerpo.
- Técnicas de afrontamiento/control: Lugar seguro, respiración diafragmática, mindfulness - “Los globos”.
- Abrazo de la Mariposa.

Duración:

- 40 – 50 minutos.

Procedimiento:

Para esta sesión, el terapeuta principal EMDR le entrega a cada participante sus dibujos, pidiéndoles recordar el evento traumático. Seguidamente, se les indica que cierren los ojos y exploren cómo se encuentra su cuerpo actualmente cuando piensan en el evento (se evalúan tanto las sensaciones agradables como desagradables que se puedan sentir).

- *“¿Qué emoción o sentimiento sientes en este momento?”*
- *“¿Cómo se llama esa emoción?... ¿Qué nombre le pones?”*
- *“¿En qué zona de tu cuerpo sientes la emoción más claramente?”*
- *“Céntrate en cómo te sientes en este momento... inspira... expira... siente tu cuerpo... inspira... expira... siente tu cuerpo.”*

Al mismo tiempo que se practica la actividad, el equipo CPE va identificando a las participantes que puedan presentar molestias a nivel somático para su posterior evaluación. Luego, se busca reforzar o mejorar las sensaciones que pueda estar sintiendo la persona por medio de tandas del Abrazo de la Mariposa.

Por último, se finaliza la sesión diciéndoles a las participantes que realicen su lugar seguro, respiración diafragmática o ejercicio de mindfulness - “Los globos” de tener mucha rumiación por la actividad realizada. Además, se les indica que antes de irse realicen unas últimas tandas del Abrazo de la Mariposa.

Sesión 7: Fase VIII Reevaluación y Evaluación post-tratamiento

Objetivos:

- Evaluar si las participantes han resuelto el trauma o si necesita tratamiento personalizado (identificar a las participantes que necesiten más ayuda).
- Realizar la evaluación psicológica y la devolución de la información al finalizar la intervención, con el fin de observar cambios en las áreas evaluadas.

Técnicas y herramientas:

- Instrumentos: Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP-5), Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), y Escala de Experiencias Disociativas (DES).
- Informe de resultados- equipo CPE.

Duración:

- 50 - 60 minutos.

Procedimiento:

Previamente al inicio de la sesión, el equipo CPE de cada grupo habrá evaluado a las participantes que requieran o no de ayuda individual en base a los resultados observados en las sesiones anteriores (secuencia de dibujos, SUD, visión futura, examen corporal, puntajes de las escalas, e informe del equipo CPE).

De esta manera, para esta sesión, el Cuerpo de Protección Emocional (CPE) conversa con las participantes identificadas para organizar 2 a 3 sesiones de EMDR estándar para las siguientes semanas. De igual manera, el equipo CPE de cada grupo aprovecha la sesión para volver a administrarles las pruebas a todas sus participantes. Respecto a ello, se espera encontrar mejorías en las áreas evaluadas (TEPT, depresión y ansiedad), en comparación a las obtenidas en el pre-tratamiento.

Sesión 8, 9 y 10: Evaluación de seguimiento

Objetivo:

- Realizar la evaluación psicológica luego de tres meses, seis meses y al año de haber terminado la intervención basada en EMDR-IGTP para comprobar si los cambios se mantienen en el tiempo.

Técnicas y herramientas:

- Instrumentos: Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP-5), Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), Escala de Experiencias Disociativas (DES).

Tiempo:

- 40 - 50 minutos.

Procedimiento:

Se lleva a cabo 3 sesiones de evaluación de seguimiento en el centro (a los tres meses, seis meses y al año de haber terminado la intervención basada en EMDR-IGTP). De esta manera, se vuelven a aplicar los cuestionarios a las 20 mujeres que participaron en los dos grupos para confirmar si los resultados se mantienen o no durante el tiempo.

7. Conclusiones y recomendaciones

7.1 Aportaciones

La presente intervención basada en el protocolo EMDR-IGTP cobra relevancia a nivel individual, pues busca tratar el trastorno de estrés postraumático (TEPT), depresión y ansiedad en un grupo de mujeres adultas víctimas de violencia familiar de Lima Metropolitana. Así también, el programa resulta útil a nivel social, pues las organizaciones que trabajan con esta población pueden ofrecer este programa y beneficiar a grupos más grandes que requieren de la ayuda. Teniendo el protocolo EMDR-IGTP efectos positivos trabajando con mujeres sobrevivientes de violencia doméstica (Harris et al., 2018; Jarero y Artigas, 2021, 2012).

Además, dentro de las aportaciones, se resalta también el hecho de que este es el primer programa basado en EMDR-IGTP que busca tratar el trastorno de estrés postraumático (TEPT), depresión y ansiedad en 20 mujeres adultas víctimas de violencia familiar de Lima Metropolitana, conformadas en dos grupos de 10 mujeres con 3 terapeutas EMDR-IGTP a lo largo de 7 sesiones. Asimismo, que implementa una misma intervención en dos grupos diferentes: un primer grupo conformado por mujeres que han sufrido violencia sexual en una ocasión y otro grupo por mujeres que han sufrido abusos durante años.

Finalmente, es fundamental establecer que a la fecha no hay suficientes estudios acerca de los programas EMDR-IGTP en población adulta víctima por violencia familiar, por lo que este diseño de intervención provee un aporte fundamental a la literatura científica, sobre todo, en contextos donde aún no se tienen datos, como es en el caso peruano. En este sentido, este programa sirve como referente para futuras intervenciones sobre la terapia EMDR-IGTP respecto al TEPT, depresión y ansiedad, al igual que provee una introducción para aquellos terapeutas que estén interesados en conocer y aplicar esta terapia para contextos similares.

7.2 Limitaciones y propuesta de mejora

Respecto a las limitaciones del presente diseño de intervención, cabe mencionar que, si bien el programa recurre a una evaluación pre-post-tratamiento y tres evaluaciones de seguimiento a los 3 meses, 6 meses y al año de haber culminado la intervención con el objetivo de evaluar los efectos del programa, no se cuenta con un muestreo aleatorio ni grupo control, por lo que no representa un estudio experimental. Aquello supone limitaciones relevantes a considerar, pues no se puede afirmar causalidad pura entre el programa basado en EMDR-IGTP y las variables evaluadas (TEPT, depresión y ansiedad) en el grupo de mujeres.

Por lo tanto, es importante que futuros diseños consideren tener un grupo experimental y otro control conformados aleatoriamente, con el fin de tener dos grupos que pueden ser comparados y equivalentes entre ellos (Hernández et al., 2014). Asimismo, sería interesante aumentar el número de participantes para obtener un tamaño muestral más adecuado que genere mayor alcance del programa.

7.3 Líneas futuras

Como se mencionó anteriormente, sería interesante llevar a futuro una intervención EMDR-IGTP que plantee un grupo de control activo, para poder comprobar la efectividad del programa. Asimismo, sería sugerente analizar variables a nivel sociodemográfico (edad, estado civil, nivel de educación, número de hijos, etc.), así como variables de personalidad que podrían moderar la efectividad de la intervención.

En esta línea, se sugiere seguir realizando diseños de intervención más robustos que evalúen en qué medida la intervención en EMDR-IGTP puede actuar como un mediador con la suficiente potencia para tratar el trastorno por estrés postraumático (TEPT), depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia familiar. Por último, sería interesante realizar también más estudios que midan la evidencia empírica del protocolo EMDR-IGTP frente a otros tipos de terapias grupales, como la TF-CBT, EMDR-IGTP-OTS, y EMDR-PRECI.

8. Referencias bibliográficas

- Alou, M. (2022). *Revisión de tratamientos para el trastorno de estrés postraumático en casos de violencia de género* (trabajo de fin de grado, Universitat de les Illes Balears). <https://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/159335>
- American Psychiatric Association [APA]. (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 Pub.
- Aguirre, P., Cova, F., Domarchi, M., Garrido, C., Mundaca LI, I., Rincón, P., ... y Vidal, P. (2010). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(2), 114-122.
- Allon, M. (2015). Terapia grupal EMDR con mujeres que fueron agredidas sexualmente en el Congo. *Revista de práctica e investigación de EMDR*, 9 (1), 28–34. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.9.1.28>
- Artigas, L., Jarero, I., Alcalá, N., y López, T. (2014). “The EMDR integrative group treatment protocol (IGTP) for children,” in *Implementing EMDR Early Mental Health Interventions for Man-Made and Natural Disasters*, ed. M. Luber (Springer), 237–251.
- Bailey, K., Trevillion, K., y 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.
- Barba, S. (2009). *Programa de apoyo emocional a mujeres con estrés postraumático por violencia doméstica: un abordaje desde la técnica EMDR* (tesis doctoral, Universidad de Panamá). <http://up-rid.up.ac.pa/620/>

- Bayhan, B. B., Tarquinio, C., Rydberg, J., y Korkmazlar, Ü. (2022). The study of the group intervention containing EMDR therapy for children and mothers in the field of trauma after a mine explosion in Turkey. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 6(1), 100248. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100248>
- Basile, K. C., Arias, I., Desai, S., y Thompson, M. P. (2004). The differential association of intimate partner physical, sexual, psychological, and stalking violence and posttraumatic stress symptoms in a nationally representative sample of women. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 17(5), 413-421.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual*. The Psychological Corporation.
- Benites, A. M. (2020). Psicoterapia EMDR en la sintomatología postraumática en mujeres víctimas de violencia de pareja en un centro de salud mental comunitario (tesis de doctorado, Universidad César Vallejo). <https://hdl.handle.net/20.500.12692/47860>
- Bernstein, E., y Putnam, F. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., y Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane database of systematic reviews*, (12).
- Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Reid, R. J., Rivara, F. P., Carrell, D., y Thompson, R. S. (2009). Medical and psychosocial diagnoses in women with a history of intimate partner violence. *Archives of internal medicine*, 169(18), 1692-1697.
- Brenlla, M. E., y Rodríguez, C. M. (2006). Adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). *BDI-II. Inventario de depresión de Beck*, 11-37.

- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., y Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American journal of Psychiatry*, 162(2), 214-227. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.214>
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., y Seisdedos, N. (2011). *STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Adaptación española (8ª ed.)*. TEA Ediciones.
- Bundock, L., Howard, L. M., Trevillion, K., Malcolm, E., Feder, G., y Oram, S. (2013). Prevalence and risk of experiences of intimate partner violence among people with eating disorders: A systematic review. *Journal of psychiatric research*, 47(9), 1134-1142. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.04.014>
- Christiansen, D. M., y Berke, E. T. (2020). Gender-and sex-based contributors to sex differences in PTSD. *Current Psychiatry Reports*, 22(4), 1-9.
- Couette, M., Mouchabac, S., Bourla, A., Nuss, P., y Ferreri, F. (2020). Social cognition in post-traumatic stress disorder: A systematic review. *British Journal of Clinical Psychology*, 59(2), 117-138. <https://doi.org/10.1111/bjc.12238>
- Crespo, M., Gómez, M. M., y Soberón, C. (2017). *EGEP-5. Evaluación Global de Estrés Postraumático*. TEA Ediciones.
- Cummings, J. (2002). *Alternatives to Psychotherapy*. Encyclopedia of Psychotherapy.
- Du, J., Diao, H., Zhou, X., Zhang, C., Chen, Y., Gao, Y., y Wang, Y. (2022). Post-traumatic stress disorder: a psychiatric disorder requiring urgent attention. *Medical Review*. <https://doi.org/10.1515/mr-2022-0012>
- ElBarazi, A., y Ahmed, S. (2022). Supporting Women to Heal from Trauma and Post-Traumatic Stress Disorder. *Illness, Crisis & Loss*. <https://doi.org/10.1177/10541373221113138>
- Ellsberg, M., Jansen, H. A., Heise, L., Watts, C. H., y Garcia-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country

study on women's health and domestic violence: an observational study. *The lancet*, 371(9619), 1165-1172. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60522-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60522-X)

Guerrero-Vaca, D. J., García-Ramos, D. C., de los Ángeles Peñafiel-Salazar, D., del Carmen Villavicencio-Narváez, L., y Flores-Fernández, V. F. (2021). Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia. Una revisión. *Dominio de las Ciencias*, 7(3), 667-688.

Gómez, M. M., y Crespo, M. (2012). Síntomatología postraumática y asociada en víctimas de distintos tipos de acontecimientos traumáticos. *Acción Psicológica*, 9(1), 71-86

Gupta, M. A. (2013). Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry*, 25(1), 86–99.

Harris, H., Urdaneta, V., Triana, V., Vo, C. S., Walden, D., y Myers, D. (2018). A pilot study with Spanish-speaking Latina survivors of domestic violence comparing EMDR & TF-CBT group interventions. *Open Journal of Social Sciences*, 6(11), 203.

Hase, M., y Hofmann, A. (2005). Risiken und Nebenwirkungen beim Einsatz der EMDR-Methode. *PTT-Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, 9(1), 16-21.

Hernández, W. (2019). *Violencias contra las mujeres: la necesidad de un doble plural*. GRADE: Perú

Hernández Sampieri, F., Fernández-Collado, C., y Baptista-Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Sexta Edición–UCA.

Hernández Sampieri, R., y Mendoza Torres, C. P. (2018). Recolección y análisis de los datos en la ruta cualitativa. *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*, 440-520.

Humeny, C., Forth, A., y Logan, J. (2022). Psychopathic traits predict the severity of post-traumatic stress in survivors of intimate partner abuse. *Personality and Individual Differences*, 193. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111611>

- Icarán, E., Colom, R., y García, F. O. (1996). Experiencias disociativas: una escala de medida. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 69-84.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2015). *Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2013*. INEI.
- Jarero, I., y Artigas, L. (2021). El Abrazo de la Mariposa Método de Terapia EMDR para la Autoadministración de Estimulación Bilateral. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 11(1), 1-8.
- Jarero, I., y Artigas, L. (2014). "The EMDR integrative group treatment protocol (IGTP) for adults," in *Implementing EMDR Early Mental Health Interventions for Man-Made and Natural Disasters*, ed. M. Luber (Springer), 253–265.
- Jarero, I., y Artigas, L. (2012). The EMDR integrative group treatment protocol: EMDR group treatment for early intervention following critical incidents. *European Review of Applied Psychology*, 62(4), 219-222. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2012.04.004>
- Jarero, I., y Artigas, L. (2010). The EMDR integrative group treatment protocol: Application with adults during ongoing geopolitical crisis. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(4), 148.
- Jarero, I., Artigas, L., y Hartung, J. (2006). EMDR integrative group treatment protocol: A postdisaster trauma intervention for children and adults. *Traumatology*, 12(2), 121-129. <https://doi.org/10.1177/15347656062945>
- Jin, Y., Deng, H., An, J., y Xu, J. (2019). The prevalence of PTSD symptoms and depressive symptoms and related predictors in children and adolescents 3 years after the Ya'an earthquake. *Child Psychiatry & Human Development*, 50(2), 300-307
- Jones, L., Hughes, M., y Unterstaller, U. (2001). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in victims of domestic violence: A review of the research. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2(2), 99-119. <https://doi.org/10.1177/1524838001002002001>

- Jonker, I. E., Lako, D. A., Beijersbergen, M. D., Sijbrandij, M., van Hemert, A. M., y Wolf, J. R. (2019). Factors related to depression and post-traumatic stress disorder in shelter-based abused women. *Violence against women*, 25(4), 401-420.
- Logie, R. (2014). EMDR - more than just a therapy for PTSD? *Psychologist*, 27(7), 512–516.
- Luber, M. (Ed.). (2013). *Implementing EMDR early mental health interventions for man-made and natural disasters: Models, scripted protocols and summary sheets*. Springer Publishing Company.
- Marthoenis, M., Ilyas, A., Sofyan, H., y Schouler-Ocak, M. (2019). Prevalence, comorbidity and predictors of post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety in adolescents following an earthquake. *Asian journal of psychiatry*, 43, 154-159. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.05.030>
- Maxfield, L., y Hyer, L. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *Journal of clinical psychology*, 58(1), 23-41. <https://doi.org/10.1002/jclp.1127>
- Medina, M. C. P. (2014). Violencia de pareja. Repercusiones en la salud mental de la mujer. *Revista Enfermería CyL*, 6(2), 93-97.
- Miller, M. W., Wolf, E. J., Kilpatrick, D., Resnick, H., Marx, B. P., Holowka, D. W., y ... Friedman, M. J. (2013). The prevalence and latent structure of proposed DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms in U.S. national and veteran samples. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(6), 501-512. <https://doi.org/10.1037/a0029730>
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables [MMP]. (2021). *La otra pandemia en casa. Situación y respuestas a la violencia de género durante la pandemia por la COVID-19 en el Perú*. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.

- Molero, R. J., Jarero, I., & Givaudan, M. (2019). Longitudinal multisite randomized controlled trial on the provision of the EMDR-IGTP-OTS to refugee minors in Valencia, Spain. *American journal of applied psychology*, 8(4), 77.
- 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>
- Montes, S. A., Ledesma, R. D., y Poó, F. M. (2011). Evaluación psicométrica de una versión modificada de la Escala de Experiencias Disociativas (DES-M). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(1), 67-90.
- Mosquera, D. y González, A. (2013). Terapia EMDR en el trastorno límite de personalidad [EMDR therapy in borderline personality disorder]. *Acción Psicológica*, 10(1), 85-96.
- Muñiz, J., y Fernández-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test. *Papeles del Psicólogo*, 31, 108-121.
- National Institute for Clinical Excellence. (2005). *PTSD clinical guidelines*. NHS.
- National Resource Center on Domestic Violence. (2014). *Current Evidence: Intimate Partner Violence, Trauma-Related Mental Health Conditions & Chronic Illness*.
- National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE]. (2005). *Post traumatic stress disorder (PTSD)*. NICE.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (20 de 09 de 2021). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (8 de 03 de 2021). *Violencia contra la mujer*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). *El género y la COVID-19: documento de apoyo, 14 de mayo de 2020*. Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. Resumen de orientación*. Organización Mundial de la Salud

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (06 de 08 de 2013). *La OMS publica unas directrices sobre la atención de salud mental tras los eventos traumáticos*. https://apps.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_2013_0806/es/index.html

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (8 de 03 de 2021). *Violencia contra la mujer*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2020). *COVID-19 y violencia contra la mujer. Lo que el sector y el sistema de salud pueden hacer*. Organización Panamericana de la Salud.

Pachas, D. (2019). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista de investigación en psicología*, 22(1), 39-52.

Passoni, S., Curinga, T., Toraldo, A., Berlingeri, M., Fernandez, I., y Bottini, G. (2018). Eye Movement Desensitization and Reprocessing Integrative Group Treatment Protocol (EMDR-IGTP) Applied to Caregivers of Patients With Dementia. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00967>

- Phillips, K.M., Freund, B., Fordiani, J., Kuhn, R., y Ironson, G. (2009). EMDR treatment of past domestic violence: A clinical vignette. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(3), 192-197.
- Robles García, R., Garibay Rico, S. E., & Páez Agráz, F. (2006). Evaluación de trastornos disociativos en población psiquiátrica mexicana: prevalencia, comorbilidad y características psicométricas de la Escala de Experiencias Disociativas. *Salud mental*, 29(2), 38-43.
- Saquinaula-Salgado, M., Castillo-Saavedra, E. F., y Márquez, C. R. (2020). Violencia de género y trastorno de estrés postraumático en mujeres peruanas. *Duazary*, 17(4), 23-31.
- Seisdedos, N. (1982). *Adaptación española del STAI- Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (1° edición)*. TEA Ediciones.
- Shalev, A., Liberzon, I., y Marmar, C. (2017). Post-traumatic stress disorder. *The New England Journal of Medicine*, 376, 2459–2469.
- Shapiro, F. y Maxfield, L. (2002). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. Encyclopedia of Psychotherapy.
- Shapiro, F. (2007). EMDR, adaptive information processing, and case conceptualization. *Journal of EMDR practice and Research*, 1(2), 68-87.
- Shapiro, F. (2001). *EMDR: Basic principles, protocols and procedures*. Guildford Press.
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress Studies*, 2, 199-223.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Inventory*. Consulting Psychological Press.
- Stein, M. B., y Kennedy, C. (2001). Major depressive and post-traumatic stress disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence. *Journal of affective disorders*, 66(2-3), 133-138. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00301-3](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00301-3)

- Steinberg, M., Rounsaville, B., y Cicchetti, D. (1991). Detection of dissociative disorders in psychiatric patients by a screening instrument and a structured diagnostic interview. *The American journal of psychiatry*, 148(8),1050-4.
- Tarquinio, C., Brennstuhl, M. J., Rydberg, J. A., Schmitt, A., Mouda, F., Lourel, M., y 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>
- Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W. B., y Friedman, M. J. (2013). Meta-Analysis meta-analysis of the efficacy of treatments. *J Clin Psychiatry*, 74(6), 541-550.
- Wittchen, H., Gloster, A., Beesdo, K., Schönfeld, S., y Perkonigg, A. (2009). Posttraumatic stress disorder: Diagnostic and epidemiological perspectives. *CNS Spectrums*, 14(1), 5-12.
- Van Der Kolk, B., Ford, J. D., y Spinazzola, J. (2019). Comorbidity of developmental trauma disorder (DTD) and post-traumatic stress disorder: Findings from the DTD field trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1562841.

9. Anexos

Anexo I

Consentimiento Informado

Usted participará en una intervención basada en el Protocolo de Tratamiento Grupal Integrativo EMDR-IGTP que tiene el objetivo de ayudarlo a reducir su malestar y síntomas asociado al acontecimiento de violencia que ha vivido.

El programa grupal consta de 7 sesiones de aproximadamente de 50-60 minutos cada una y serán impartidas semanalmente en el Centro de Apoyo a la Mujer. Las sesiones no tienen ningún costo, sin embargo, se le pedirá llenar unas encuestas al inicio y al final de la intervención. Así también, se tendrán otras 3 sesiones de seguimiento para completar nuevamente las encuestas luego tres meses, seis meses, y al año de haber acabado la intervención. Aquello, con la finalidad de poder monitorear su estado y ver si requiere de apoyo adicional. Además, en todo momento, se respetará la confidencialidad de sus resultados.

Si bien se aconseja asistir a todas las sesiones, usted no está en la obligación de continuar con el programa hasta el final si no lo desea. La intervención es voluntario y libre en todo momento.

Ante cualquier consulta, su instructor estará disponible para resolver cualquier duda.

Manifiesto: Haber sido informado acerca de la intervención basada en EMDR-IGTP para reducir el trauma, así como la garantía de la confidencialidad de mis datos y la interrupción voluntaria del programa si así lo deseara. Acepto libremente participar en la intervención.

Fecha

Lugar

Firma del participante

Firma del facilitador

.....

.....

Anexo II

Secciones del EGEP-5 de Crespo, Gomez y Soberón (2017)

SECCIÓN 1: ACONTECIMIENTOS

<p>A continuación se incluye un listado de situaciones difíciles o estresantes que a veces ocurren a las personas, y que ayuda a conocer todos los acontecimientos traumáticos que usted ha presenciado directamente o ha experimentado a lo largo de su vida. En cada uno de los siguientes acontecimientos indique si lo ha sufrido, si lo ha presenciado directamente en alguna ocasión o si tuvo conocimiento de que le sucedió a alguien cercano a usted, haciendo una marca (✓) en la casilla correspondiente. En caso de haber sufrido varios acontecimientos de una misma categoría, conteste teniendo en mente aquel que haya tenido una mayor relevancia o significación en su vida. En cada acontecimiento puede marcar una o varias de las tres columnas.</p>		Me sucedió	Lo presencié directamente pero no me sucedió	Le sucedió a alguien cercano
1	Desastres naturales (inundaciones, huracanes, tornados, terremotos...).			
2	Accidentes de medios de transporte (coche, tren, avión, barco...).			

SECCIÓN 2: SÍNTOMAS

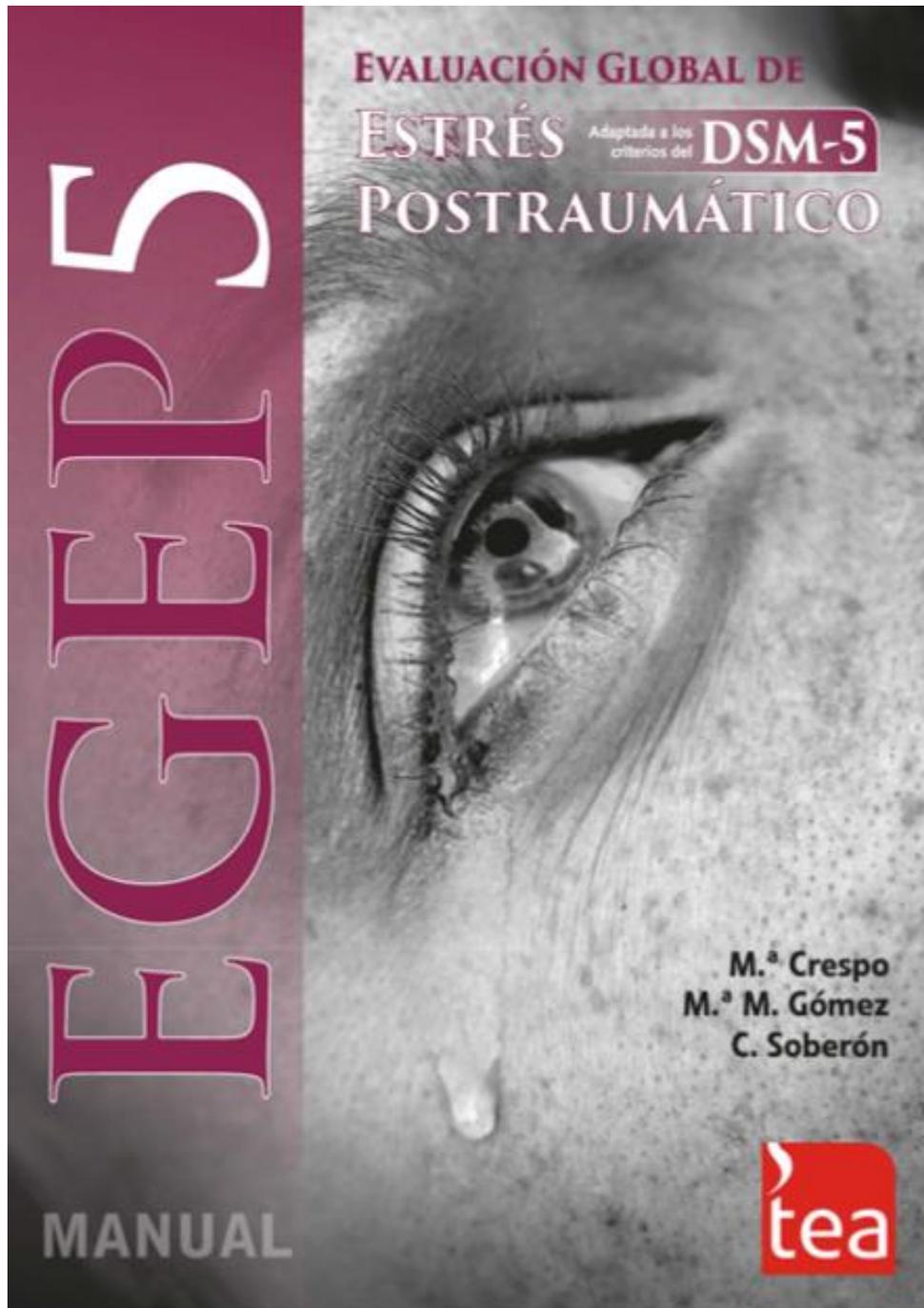
<p>A continuación se presenta un listado de síntomas o problemas que algunas personas experimentan después de sufrir este tipo de acontecimientos. Por favor, lea atentamente cada una de las frases e indique (marcando el Sí o el No) si ha experimentado cada uno de ellos durante el ÚLTIMO MES en relación con el acontecimiento que acaba de describir. En caso afirmativo, indique el grado de molestia que le han producido utilizando una escala de 0 a 4, en la que 0 es Ninguna y 4 es Extrema. Por favor, responda a todas las frases.</p>		SÍ	NO	GRADO DE MOLESTIA					
				Ninguna	Leve	Moderada	Grave	Extrema	
28	Tiene recuerdos desagradables y repetitivos sobre el acontecimiento (imágenes o pensamientos).			0	1	2	3	4	
29	Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el acontecimiento.			0	1	2	3	4	

SECCIÓN 3: FUNCIONAMIENTO

<p>Conteste SÍ o NO a las siguientes preguntas en relación con los síntomas que acaba de describir. Indique si durante el ÚLTIMO MES...</p>		SÍ	NO
58	ha consultado al médico o a algún otro profesional de la salud (enfermeros, psicólogos...) por estos problemas.		
59	ha tomado medicación más de una vez por semana por estos problemas.		

Anexo III

Manual del EGEP-5 de Crespo, Gomez y Soberón (2017)



Anexo IV

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:.....Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

Tristeza

No me siento triste.

Me siento triste gran parte del tiempo

Me siento triste todo el tiempo.

Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

Pesimismo

No estoy desalentado respecto del mi futuro.

Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

No espero que las cosas funcionen para mí.

Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

Fracaso

No me siento como un fracasado.

He fracasado más de lo que hubiera debido.

Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

Siento que como persona soy un fracaso total.

Pérdida de Placer

Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

Sentimientos de Culpa

No me siento particularmente culpable.

Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

Me siento culpable todo el tiempo.

Sentimientos de Castigo

No siento que este siendo castigado.
Siento que tal vez pueda ser castigado.
Espero ser castigado.
Siento que estoy siendo castigado.

Disconformidad con uno mismo.

Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
He perdido la confianza en mí mismo.
Estoy decepcionado conmigo mismo
No me gusta a mí mismo.

Autocrítica

No me critico ni me culpo más de lo habitual
Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
Me critico a mí mismo por todos mis errores
Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

Pensamientos o Deseos Suicidas

No tengo ningún pensamiento de matarme.
He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
Querría matarme
Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

Llanto

No lloro más de lo que solía hacerlo.
Lloro más de lo que solía hacerlo
Lloro por cualquier pequeñez.
Siento ganas de llorar pero no puedo.

Agitación

No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento ohaciendo algo.

Pérdida de Interés

No he perdido el interés en otras actividades o personas.
Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas
He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
Me es difícil interesarme por algo.

Indecisión

Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

Desvalorización

No siento que yo no sea valioso
No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
Siento que no valgo nada.

Pérdida de Energía

Tengo tanta energía como siempre.
Tengo menos energía que la que solía tener.
No tengo suficiente energía para hacer demasiado
No tengo energía suficiente para hacer nada.

Cambios en los Hábitos de Sueño

No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
1b Duermo un poco menos que lo habitual.
2a Duermo mucho más que lo habitual.
2b Duermo mucho menos que lo habitual
3^a. Duermo la mayor parte del día
3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

Irritabilidad

No estoy tan irritable que lo habitual.
Estoy más irritable que lo habitual.
Estoy mucho más irritable que lo habitual.
Estoy irritable todo el tiempo.

Cambios en el Apetito

No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
2a Mi apetito es mucho menor que antes.
2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
3^a. No tengo apetito en absoluto.
3b Quiero comer todo el día.

Dificultad de Concentración



Puedo concentrarme tan bien como siempre.
No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

Cansancio o Fatiga

No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

Pérdida de Interés en el Sexo

No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
Estoy mucho menos interesado en el sexo.
He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Anexo V

Manual del STAI versión española por Buela-Casal, Guillén-Riquelme y Seisdedos (2011)

R. D. Spielberger
R. L. Gorsuch
R. E. Lushene

STAI

Cuestionario de
**ANSIEDAD
Estado-Rasgo**

ADAPTACIÓN ESPAÑOLA:

G. Buela-Casal
A. Guillén-Riquelme
N. Seisdedos Cubero



MANUAL



Anexo VI

TRADUCCIÓN ESPAÑOLA DE LA *DISSOCIATIVE EXPERIENCES SCALE (DES)* (BERNSTEIN, E. Y PUTNAM, F.W., 1986)

Instrucciones

Este cuestionario consta de 28 preguntas que tratan sobre experiencias que pueden ocurrir en la vida diaria. Nos gustaría conocer la frecuencia con que usted tiene estas experiencias en condiciones normales, es decir, sin encontrarse bajo los efectos del alcohol o drogas.

Para contestar las preguntas señale con un trazo vertical sobre la línea de puntos. Si no hubiera tenido nunca una de las experiencias descritas marque la línea junto al 0% en caso de que la experiencia sea continua, junto al 100%. Señale en cualquier otro caso entre el 0% y el 100%. Gracias.

Ejemplo:

0% / 100%

Fecha Edad Nombre

1. Algunas personas tienen la experiencia de estar conduciendo un coche y de pronto se dan cuenta de que no se acuerdan de lo que pasó durante una parte o casi todo el viaje. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

2. Algunas personas se dan cuenta de que a veces, escuchando una conversación, sin querer han dejado de percibir una parte más o menos extensa de la misma. Marque en la línea indicando qué porcentaje de tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

3. Algunas personas tienen la experiencia de encontrarse en un lugar y no saber cómo llegaron hasta allí. Marque en la línea indicando qué porcentaje de tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

4. Algunas personas tienen la experiencia de encontrar que están vestidos con ropa que ellos no recuerdan haberse puesto. Marque en la línea qué porcentaje de tiempo le ocurre a usted esto.

0% 100%

5. Algunas personas tienen la experiencia de encontrar entre sus pertenencias objetos nuevos que no recuerdan haber comprado. Marque en la línea de puntos qué porcentaje de tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

6. Algunas personas a veces son abordadas por otras que no conocen y que los llaman por otro nombre o insisten en conocerlos de antes. Marque en la línea indicando qué porcentaje de tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

7. Algunas personas tienen la experiencia de sentir como si estuvieran de pie junto a sí mismas, separadas del cuerpo u observándose a sí mismas hacer algo «desde fuera». Marque en la línea indicando qué porcentaje de tiempo le ocurre a usted esto..

0% 100%

8. A algunas personas les dicen que en ocasiones no reconocen a amigos o familiares. Marque en la línea indicando qué porcentaje de tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

9. Algunas personas se encuentran con que no tienen memoria de algunos eventos importantes de su vida (boda, servicio militar, etc). Marque en la línea indicando qué porcentaje de tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

10. Algunas personas tienen la experiencia de ser acusados de mentir y ellos estar convencidos de que no han mentido. Marque en la línea indicando qué porcentaje de tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

11. Algunas personas tienen la experiencia de mirarse en el espejo y no reconocerse. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

12. Algunas personas tienen la experiencia de sentir que otras personas, objetos y el mundo que los rodea no parecen reales. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

13. Algunas personas tienen la experiencia de sentir que su propio cuerpo no les pertenece. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

14. Algunas personas tienen la experiencia de recordar un evento del pasado tan intensamente que sienten como si el evento estuviera ocurriendo en ese momento. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

15. Algunas personas tienen la experiencia de no estar seguros de si algunas cosas que ellos recuerdan sucedieron en realidad o tal vez lo soñaron. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

16. Algunas personas tienen la experiencia de estar en un lugar familiar y sin embargo encuentran el lugar extraño y desconocido. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

17. Algunas personas encuentran que cuando miran la televisión o una película, se absorben tanto en la historia que no se dan cuenta de otras cosas que ocurren a su alrededor. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

18. Algunas personas se envuelven tan profundamente en una fantasía que les parece como si estuviera ocurriendo en realidad. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

19. Algunas personas encuentran que pueden ignorar el dolor. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

20. Algunas personas se encuentran a veces mirando al vacío, ensimismados, pensando en nada, y no se dan cuenta del tiempo que pasa. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

21. Algunas personas notan que cuando están solos hablan en voz alta consigo mismos. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

22. Algunas personas encuentran que en una situación actúan de una manera tan diferente comparada con otra que sienten como si fueran dos personas diferentes. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

23. Algunas personas notan que, a veces, en ciertas situaciones pueden hacer cosas –que normalmente les resultarían difíciles– con sorprendente facilidad y espontaneidad (por ejemplo deportes, trabajos, situaciones sociales, etc). Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

24. Algunas personas a veces encuentran que no pueden recordar si hicieron algo o sólo pensaron en hacerlo (por ejemplo, no saben si mandaron una carta o sólo pensaron en mandarla.) Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

25. Algunas personas se encuentran con la evidencia de que hicieron cosas que no re-

cuerdan haber hecho. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre a usted esto.

0% 100%

26. Algunas personas encuentran notas y/o dibujos entre sus pertenencias que indudablemente han sido hechas por ellas, pero que no pueden recordar el haberlas hecho. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre a usted esto.

0% 100%

27. Algunas personas pueden escuchar voces dentro de su cabeza que les dicen que hagan cosas o hacen comentarios sobre lo que estas personas están haciendo. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

28. Algunas personas sienten como si estuvieran viendo el mundo a través de una neblina y que las personas y los objetos parecen lejanos y poco claros. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre a usted esto.

0% 100%

Instrucciones para la valoración de los resultados de la Escala de Experiencias Disociativas

La puntuación de cada ítem se determina midiendo la distancia entre el punto 0% y la marca de 5 mm. más próxima al trazo vertical realizado por el sujeto. Esta medición se realiza con una pequeña regla. La puntuación total de la escala es la suma de todas las medidas parciales divididas por 28 (número total de ítems).

Ejemplo:

0% / 100%

En este caso, la puntuación de este ítem sería 7.5 (5 mm. menos de la marca del sujeto, que está sobre el 8). La línea ocupa un rango de 10 cm.

Anexo VII

Formulario de necesidades básicas

Datos personales:

1. Edad: _____

2. Sexo: _____

3. Lugar de Nacimiento: _____

4. Años que llevas viviendo en Lima: _____

5. ¿Has vivido en otras ciudades?: Sí ()

¿Cuáles? _____

No ()

6. Grado académico: _____

7. ¿Te encuentras laborando?: Sí ()

No ()

8. ¿Cuánto tiempo llevas en el Centro de Apoyo a la Mujer? _____

9. ¿Cuántos años sufriste de agresión por parte de tu pareja?: _____

10. ¿Tienes hijos/as?

Sí ()

¿Viven contigo en este momento? _____

No ()

11. ¿Padeces o te han diagnosticado antes de alguna enfermedad física o mental?:

Sí ()

¿Cuáles? _____

No ()

12. ¿Qué necesidades básicas considera que son las principales que necesita usted y su familiar para estar en bienestar?

Anexo VIII

Demostración del Abrazo de la Mariposa



Anexo IX

Escala de Unidades Subjetivas de Perturbación (SUD)

SUD



Anexo X

Plantilla a seguir para los dibujos durante el tratamiento EMDR-IGTP

<p>NOMBRE EDAD DIA/MES/AÑO/MAÑANA o TARDE</p>	

A	B
SUD	SUD
C	D
SUD	SUD