



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

Psicoterapia EMDR en la sintomatología Postraumática en mujeres víctimas de violencia de pareja en un centro de salud mental comunitario.

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
DOCTOR EN PSICOLOGÍA**

AUTOR:

Mg. Antonio Miguel Benites Romero (ORCID: 0000-0001-9562-0218)

ASESORA:

Dra. Elizabeth Dany Araujo Robles (ORCID: 0000-0002-9875-6097)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Violencia

Trujillo – Perú

2020

DEDICATORIA

La presente investigación, está dedicada a mi abuela Ana María Jara Ortiz por su amor y por los valores transmitidos para seguir adelante a lo largo de toda mi vida.

A mis hijos, Fabrizio, Camila y Milan, quienes son la luz y el motor de mi vida, así mismo a mi esposa Ana, por su cariño y comprensión.

A mis padres, Humberto y Asunción por su apoyo incondicional en todo momento.

A mis hermanos; Víctor, Santiago, Laura y Silvia; por brindarme su apoyo y confianza.

A mis Maestros y Amigos, por su aporte brindado durante el desarrollo de la investigación.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por guiar mis pasos y brindarme su fortaleza en tiempo de adversidad. A sí mismo a los docentes de la universidad Cesar Vallejo de Trujillo por permitirme fortalecer mis conocimientos profesionales. Un agradecimiento especial a la Dra. Elizabeth Dany Araujo Robles, por su tiempo y por las orientaciones brindadas para el desarrollo de la presente investigación.

PÁGINA DEL JURADO

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Antonio Miguel Benites Romero estudiante de doctorado en Psicológica de la Escuela de Postgrado de la Universidad Cesar Vallejo, identificado con DNI N° 41737336, con la tesis titulada “Psicoterapia EMDR en la sintomatología Postraumática en mujeres víctimas de violencia de pareja en un centro de salud mental comunitario”

Declaro bajo Juramento que:

- 1) La tesis es de mi autoría.
- 2) He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por ende, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 3) La tesis no ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por ende los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad.

De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Trujillo, 04 de enero del 2020



Antonio Miguel Benites Romero

41737336

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO.....	III
PÁGINA DEL JURADO	IV
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD.....	V
ÍNDICE.....	VI
RESUMEN	VII
ABSTRACT	VIII
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MÉTODO.....	14
2.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	14
2.2 VARIABLES, OPERACIONALIZACIÓN.....	14
2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	16
2.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD	17
2.5 MÉTODO DE ANÁLISIS DE DATOS	18
2.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	18
III. RESULTADOS.....	19
IV. DISCUSIÓN.....	35
V. CONCLUSIONES.....	38
VI. RECOMENDACIONES.....	39
VII. PROPUESTA.....	40
REFERENCIAS	41
ANEXOS	50

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo: Determinar la influencia de la psicoterapia de Desensibilización y Reprocesamiento por los Movimientos Oculares (EMDR) en la disminución de sintomatología postraumática en mujeres víctimas de violencia de pareja de un centro de salud mental comunitaria de Trujillo 2019.

Se utilizó un diseño cuasi experimental. La población de estudio está conformada por mujeres víctimas de violencia de pareja que asistan al centro de salud comunitario de Florencia de Mora. Se utilizó muestreo por conveniencia o no aleatorio. La muestra estuvo constituida por 30 mujeres seleccionadas que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. El instrumento utilizado es la Escala del Impacto de Sucesos Revisada (E.I.E-R). Adaptación española: Se realizó, la validación del instrumento de evaluación de credibilidad se obtuvo por medio el procedimiento de consistencia por el criterio de juicio de expertos y el método de validez de Aiken logrando un nivel de significancia $p < 0.05$ valores superiores a 0.30 y altamente significativo.

Para el procesamiento estadístico primero se determinará la normalidad de los datos mediante la prueba de Shapiro Wilks, Prueba de Levene, prueba t de student, para grupos Independientes, U de Mann-Whitney para grupos Independientes, Prueba Wilcoxon y prueba t de Student para grupos dependientes.

Los resultados fueron que sí se disminuyó de forma significativa la sintomatología postraumática a favor del grupo experimental después de la aplicación del EMDR a diferencia del grupo control que los síntomas se mantuvieron.

Podemos concluir que se demostró el impacto adecuado de la aplicación de terapia EMDR en su vida diaria de las usuarias del grupo experimental, es altamente eficaz en la sintomatología postraumática.

Palabras clave: EMDR, sintomatología postraumática, mujeres, violencia, pareja.

ABSTRACT

The objective of this research was to: Determine the influence of desensitization and Reprocessing by Eye Movements (EMDR) psychotherapy in the reduction of post-traumatic symptoms in women victims of intimate partner violence in a community mental health center in Trujillo 2019. A quasi-experimental design was used. The study population is made up of women victims of dating violence who attend the community health center of Florencia de Mora. Sampling was used for convenience or non-randomization. The sample consisted of 30 selected women who met the inclusion and exclusion criteria. The instrument used is the Revised Event Impact Scale (E.I.E-R). Spanish adaptation: It was performed, the validity of the credibility assessment instrument was obtained through the consistency procedure by the expert judgment criteria and the Aiken validity method achieving a level of significance $p < 0.05$ values greater than 0.30 and highly significant. For the statistical processing, the normality of the data will first be determined by the Shapiro Wilks test, Levene's test, student's t test, for Independent groups, Mann-Whitney's U for Independent groups, Wilcoxon test and Student's t test for groups Dependents

The results were that the post-traumatic symptoms were significantly reduced in favor of the experimental group after the application of EMDR, unlike the control group that the symptoms were maintained.

We can conclude that the adequate impact of the application of EMDR therapy on the daily life of the users of the experimental group was demonstrated, is highly effective in post-traumatic symptomatology.

Keywords: EMDR, posttraumatic symptomatology, women, violence, partner.

I. INTRODUCCIÓN

El ser humano desde que nace, centra su interés en el desarrollo personal y luego busca vincularse afectivamente hacia una relación de pareja a fin de conseguir sus metas propuestas, eso conlleva a afrontar y superar diversos acontecimientos para poder alcanzar dichas metas que se dan en una convivencia armoniosa y de respeto. Sin embargo, las parejas por diferentes circunstancias de la vida como: creencias, temperamento, carácter, gustos, costumbres, hábitos distintos; comienzan a tener acontecimientos que son adversos y percibidos por la pareja como amenazante, debido a que uno de los integrantes utiliza la violencia como una forma de imponer sus ideas a través del maltrato físico, psicológico y sexual; y por ende en la víctima altera su comportamiento a nivel, afectivo, cognitivo, conductual y neurofisiológico.

La intimidación hacia la mujer ha recibido diferentes denominaciones como violencia: (doméstica, intrafamiliar, conyugal, matrimonial, con la pareja íntima). En el presente estudio se utilizará el significado violencia de pareja a fin de detallar las experiencias negativas hacen que la mujer desencadene síntomas postraumáticos y que estén hiperalertas, tengan pesadillas, insomnio, miedo, temor, dolores corporales, creencias negativas de sí mismas y de su entorno, por ende, deterioran su bienestar psicológico.

La mujer que tolera violencia por parte de su conyugue, se vuelve un problema grave en la salud pública y una infracción fundamental de sus derechos de las mujeres. El 30% de las mujeres que tuvieron un vínculo de pareja manifestaron que fueron víctimas de alguna manifestación de violencia física y sexual por su cónyuge en cierta ocasión de su vida (Organización Mundial de la salud, 2017).

Aguirre et al (2010), realizó una investigación sobre la sintomatología de estrés postraumática en las mujeres víctimas de violencia doméstica en el país de Chile. La muestra estuvo conformada por 42 mujeres, quienes del total el 66.7 % presentaron sintomatología postraumática, de los cuales el 40.5 % de la cumplía con los criterios diagnóstico de trastorno de estrés y el 26,2% cumplía criterios subsíndrome de estrés postraumático. Esto confirma la idea de que las mujeres que sufren violencia por su conyugue están expuesta a tener sintomatología postraumática en la mayoría de las mujeres víctimas.

Los casos de las mujeres que sufren violencia en el Perú por su conyugue o esposo entre las edades de 15 a 49, registrados por los departamentos con mayores porcentajes de mujeres fueron en primer lugar Cusco con 79.4 %, en segundo lugar, Apurímac 78 % y en tercer lugar Puno 74%, y en cuarto lugar Pasco. Según encuesta Demográfica de Salud-ENDES (2017). Estos resultados se mantuvieron, según el Instituto Nacional de Estadística e –INEI (2018), los

3 departamentos Cusco, Apurímac y Puno mantuvieron los primeros lugares, a diferencia de Huancavelica en el presente a año ocupó el cuarto lugar.

Así mismo Quispe (2016) investigó el nivel de frecuencia e intensidad del estrés postraumático en 236 mujeres que sufren violencia doméstica en la comisaría de Huaycán; quienes presentaron un nivel alto de sintomatología postraumática, evidenciándose en los puntos de corte global, 15 (35,27) y en sus dimensiones de reexperimentación 5(9,95), evitación 6 (14,83) y activación 4 (10,38).

Según los reportes del Centro Emergencia de la Mujer (2019) en el Perú en los meses de enero a abril 56271 casos de mujeres que fueron afectadas por acontecimientos de intimidación, donde los departamentos con mayor índice de personas afectadas fueron Lima Metropolitana 14591 y Arequipa 5062. Asimismo, en La Libertad se presentaron 412 casos positivos de personas afectadas por la violencia familiar.

En el Centro de emergencia mujer de Florencia de Mora (2016) se entendieron por violencia familiar y sexual un total de 128 casos positivos. Del total de atenciones, el 43% reportados casos positivo de violencia psicológica, el 49.2% violencia física y el 7.8% casos de violencia sexual. En el CEM FCIA DE MORA (2017), se atendieron 207 casos de violencia familiar y 246 casos de violencia familiar (2018). Finalmente, en el CEM de Florencia de Mora (2019), entre los meses de enero a abril se presentaron 107 casos de violencia familiar de los cuales 56.1 % representa violencia psicológica, 33.6 % violencia física y 10.3 % violencia sexual.

El Centro de Salud Mental Comunitario Florencia de Mora (2019), entre los meses de enero a abril se atendieron a 41 casos de violencia de pareja de los cuales el mes con más ingreso fueron en el mes de abril 34%, seguido 32% en el mes de febrero y 24 % en mes de enero y finalmente con un menor porcentaje en el mes de marzo con un 10%.

Referente a trabajos previos hay algunos antecedentes internacionales como la de Shapiro (2013), realizó estudios sobre el centro de control de memoria (el hipocampo) tiende a reducirse en las personas con sintomatología postraumática. Ya que algún tiempo se creía que, este era un cambio orgánico en el cerebro y podía ser permanente. Afortunadamente, como han demostrado los escáneres cerebrales, el hipocampo puede volver a crecer. Aplicando un promedio de 8 a 12 sesiones de EMDR a las personas con TEPT produce un incremento medio de 6% en el volumen del hipocampo. Y estos efectos se mantienen 1 año más tarde. También es importante mencionar que el primer estudio controlado (Shapiro, 1989 citado por Lupo, 2015) se realizó víctimas de violaciones sexuales y acoso sexual, con síntomas de TEPT. Se empleó el método EMDR con el grupo de tratamiento y una exposición al recuerdo con el grupo control,

durante seis sesiones. El grupo tratado con EMDR mostró dos cambios importantes: una disminución en los niveles de ansiedad y su reestructuración cognitiva de sus recuerdos. El grupo control los niveles de ansiedad aumentaron y también hubo una disminución de su sentido de autosuficiencia. Por razones éticas, se aplicó posteriormente el tratamiento EMDR al grupo control.

En un estudio del cerebro utilizando electroencefalogramas se identificó a una de las regiones activadas al máximo como la corteza límbica por el recuerdo autobiográfico de evento traumático en paciente que presentan sintomatología postraumática y los comparo con pacientes controlados saludables. Durante la aplicación de la psicoterapia EMDR se observó cambios fisiológicos en la conectividad funcional, lo que evidencia una mayor actividad en la corteza cingulada orbitofrontal, prefrontal (Pagani et al., 2012 citados por Estrada, Molina y Narro20 15). Así mismo según Gómez y Ashdown (2013) realizo un estudio de tipo experimental en personas de Guatemala con síntomas de trauma psicológico por lo que dividió en un grupo experimental a quienes se le aplico la psicoterapia EMDR y un grupo control que no recibieron tratamiento EMDR, evidenciando que existe diferencias significativas en la disminución de los síntomas del trauma en el grupo que recibió tratamiento. Cabe resaltar que la mayoría de los participantes fueron mujeres. Montes, Aranda y Castillo (2011), realizo un estudio en “EMDR para el Tratamiento de Estrés Postraumático” el diseño que utilizo fue de caso único de Tipo A-B-C y establecido una variabilidad intrasujeto. La muestra estuvo conformada por 5 mujeres víctimas de violencia de género, quienes sufrían violencia sexual, física y psicológica y presentaban puntuaciones altas de síntomas de estrés postraumático antes de la aplicación de la terapia EMDR , posteriormente se le aplico la psicoterapia EMDR y luego se realizó la evaluación postratamiento, se observó que bajaron significativamente sus puntuaciones en la sintomatología postraumática por lo que se pudo comprobar que las creencias, emociones negativas tras los acontecimientos de violencia ya no les afectaba emocionalmente.

En nuestra realidad nacional son escasos los trabajos de investigación enfocados en la psicoterapia desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) en la sintomatología de estrés postraumático, sin embargo Rodríguez (2010) en Lima, realizó un estudio “Psicoterapia “EMDR”, en pacientes con síndrome de depresión”. En esta investigación la muestra se conformó con ocho usuarios, los cuales se les distribuyo aleatoriamente en dos grupos de cuatro integrantes, a un grupo se le dominó grupo experimental y al otro grupo control, las edades son de 24 y 26 años, de sexo masculino y femeninos. El diseño de estudio es de tipo experimental. Se concluyó que existe diferencias significativas en los usuarios del

grupo experimental que se les aplicó la psicoterapia EMDR, en comparación de los usuarios del grupo control quienes no recibieron tratamiento EMDR; lo cual se evidencia resultados favorables en el tratamiento sintomático de la depresión del grupo experimental.

A nivel local encontramos un trabajo de investigación de Sánchez (2015), investigo la psicoterapia EMDR en víctimas de un accidente de tránsito del distrito de casa grande, el diseño de estudio es de tipo cuasi experimental, la muestra empleada es no probabilístico por conveniencia según los criterios de inclusión y exclusión, se formó un grupo experimental y un grupo control. Se le aplicó la psicoterapia EMDR al grupo experimental quienes lograron procesar su sintomatología de intrusión, evitación y excitación y por ende mejoraron su estado emocional, sin embargo, el grupo control que no se le aplicó psicoterapia EMDR los síntomas de malestar psicológico permanecieron. Así mismo Benites (2015) ejecuto una investigación denominada “Psicoterapia EMDR en la sintomatología postraumática en un hospital de Trujillo”, empleo un diseño de tipo cuasi experimental, utilizo un muestro no probabilístico por conveniencia, y formo grupo experimental y grupo control, el instrumento que empleo es la escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático. Utilizo la validez de constructo altamente significativo, en la confiabilidad que mostro niveles aceptables. Los resultados encontrados que el grupo experimental disminuyo significativamente los síntomas postraumáticos tras la aplicación de la psicoterapia EMDR en comparación del grupo control la sintomatología Postraumáticamente se mantuvieron. También Cieza (2011), realizo un estudio “Efectos de la EMDR en los síntomas de intrusión y evitación en drogodependientes”. La muestra estuvo conformada por 20 residentes drogodependientes del centro “Gotita de fe”, de La Esperanza – Trujillo; 10 pacientes del grupo experimental y 10 pacientes del grupo control. Para tal investigación se empleó la Escala de impacto al evento de Horowitz. El presente estudio emplea el diseño experimental de series cronológicas pre prueba y pos pruebas y un grupo control. Para obtener los resultados se empleó el estadístico “t” - student. Se evidencia que la aplicación de la psicoterapia EMDR disminuye significativamente los síntomas de intrusión y evitación asociados a eventos traumáticos.

Las teorías relacionadas a las mujeres que son víctimas de violencia por su cónyuge tiende a desencadenar síntomas de estrés postraumático y cada vez se crecentan más casos, se evidencia síntomas que alteran su desarrollo emocional a nivel personal y familiar. Dentro de las teorías que sustentan los acontecimientos traumáticos que la persona se ve expuesta tenemos:

El trauma simple agrupa un conjunto de experiencias traumáticas por única vez, donde el acontecimiento es inesperado en donde la persona cree estar en peligro eminente; es decir

percibe que está en riesgo su integridad física y emocional. Estos traumas son ocasionados por diferentes motivos como una violación, agresión, causa natural o accidente. También es importante mencionar el trauma completo cuando la persona ha estado expuesta continuamente a situaciones traumáticas por tiempo prolongado se da por violaciones sexuales y violencias conyugales durante años. (Roque 2009).

Las experiencias traumáticas son vulnerables a tener una respuesta de estrés psicológico, tanto interna como externa, es decir ocasiona síntomas de hiperactivación. La hiperactivación tiene que ver con la idea de prevenir el daño sintomático de la experiencia de conducta de lucha o huida mediante sometimiento, dichas respuestas quedan cronificadas en el tiempo, sin que la persona sea consciente de su comportamiento (Kekuni y Pain 2009 citado por Martínez y López 2016).

El trauma psíquico tiene que ver con la memoria implícita, donde la persona ha estado expuesta a acontecimientos traumáticos, lo cual hay la probabilidad de tener recuerdos intrusivos como olores, colores, palabras y lugares que le generan malestar y que a la vez son inexplicables para la persona cuando evoca de manera consciente o inconsciente el hecho traumático (Martínez y López 2016).

Solvey y Ferrazzano (2006) señala que el estrés agudo se produce por la vivencia de un acontecimiento traumático. El estrés es una percepción que manifiesta el organismo ante una necesidad frente a un estímulo estresor, ya sea físico o psicológico. Los síntomas específicos tienen una duración que es igual o superior a los tres meses. Los pacientes en general presentan déficit tanto en la memoria declarativa, fragmentación de esta o en la disociación, por ese motivo en muchas víctimas sólo recuerdan algunos detalles del evento traumático como olores, sonidos, sentimientos o sensaciones aisladas. Del mismo modo, es posible que los pacientes tengan alteraciones en la capacidad de atención, conciencia, y presenten también inclinación a las somatizaciones y a problemas de relaciones interpersonales.

Solvey y Ferrazzano (2006) menciona el Trastorno por Estrés Postraumático se encuentra en grupo de categoría de ansiedad. Menciona tres tipos de síntomas específicos: Intrusivos o de reexperimentación, este trastorno puede ser reexperimentado de diferentes formas como imágenes del acontecimiento, pesadillas o flash backs del hecho traumático u oler u oír detalles asociados al mismo. De la misma forma señala que los evitativos son aquellos que evitan tener pensamientos, actividades, recuerdos de ciertas personas, actividades o lugares que remuevan su malestar. De igual modo Hipervigilancia el individuo se mantiene hiperalerta, con irritabilidad, insomnio, respuestas exageradas de sobresalto. Finalmente considera los

siguientes síntomas; disociación, tics, desinterés por la vida social, poca capacidad de sentir emociones, embotamiento psíquico y por último no tienen esperanzas en su futuro.

Existen tres áreas del cerebro asociados con el sistema límbico que son diferentes en usuarios con TEPT. Estos son el hipocampo, la amígdala y la corteza frontal medial (Nutt y Malizia 2004). A través de estudios de neuroimágenes del cerebro en pacientes con TEPT se encontraron disfunciones en las redes neuronales sobre la corteza prefrontal (Kuhn y Gallinat 2013 citados por Estrada, Molina Narro 2015)

La activación cerebral inducido por estímulos amenazantes cambia la fisiología del cerebro, donde es controlado por la amígdala y las neuronas liberando norepinefrina, serotonina, dopamina, acetilcolina y orexina por lo que incrementa la atención y vigilancia luego de haber sufrido situaciones traumáticas que persisten en el tiempo, por lo que puede forzar a la víctima a sustituir las tácticas de supervivencia por una forma de adaptación a la situación traumática y estas experiencias quedan grabadas en la células y tejidos de la víctima (LeDoux 2015 citado por Martínez y López 2016). Así mismo según Luber (2019), sostuvo que se ha encontrado reducción en el volumen del hipocampo en pacientes con sintomatología postraumática. Esto se corrobora con Liberzon y Sripada (2008) quienes manifestaron que causa una inhibición funcional de evaluar cognitivamente sus experiencias y por ende altera su memoria explícita.

Shapiro (2013), refirió que el inconsciente se basa en el funcionamiento del cerebro a través de la comprensión, de cómo las experiencias sientan las bases de nuestras expresiones emocionales y podemos establecer de cómo han surgido nuestros “bloqueos”. Las reacciones que parecen irracionales están gobernadas por una parte del cerebro que no está gobernado por la parte racional; es decir, tenemos manifestaciones automáticas que controlan nuestras emociones que están asociadas a nuestras redes de memoria. Es por ello que hay momentos que nos asombramos de nuestro propio comportamiento, por ejemplo, en ciertas ocasiones nos arrepentimos haber elegido la persona equivocada, nos sentimos heridos por alguien a quien no respetamos, o gritamos a un ser querido sin razón alguna.

Shapiro (2013), sostiene cual es la cognición que hace que una mujer inteligente y hermosa elija continuamente hombres que no le convienen y cuando éstos intentan poner fin a la relación de pareja, acaben tirándose al suelo o suplicándoles para que no las abandonen. Sostuvo que hay una explicación de por qué el cerebro funciona de esa forma, lo cierto es que todos lo sufrimos en un momento u otro y nos afectan de forma negativa. Sin embargo, el hecho de que sigamos sintiendo dolor por mucho tiempo después de que haya tenido lugar la experiencia negativa, se debe a que el “cableado” de nuestros cerebros está influyendo en nuestras mentes. Cada experiencia de nuestra vida se convierte en una pieza de nuestro mundo interior,

gobernando nuestras reacciones hacia todas las cosas y personas con las que nos encontramos. Estas experiencias se almacenan físicamente dentro de redes de nuestras células cerebrales llamadas “neuronas”; es por ello que nuestro cerebro interpreta el mundo que nos rodea y dicta nuestros sentimientos en cada momento, cuando sentimos que estamos con el corazón roto o cuando alguien nos deja, aun sabiendo conscientemente que dicha persona es muy perjudicial para nosotros y que continuar la relación sería muy riesgoso. Es cuando el cerebro interpreta ruptura y trae recuerdos del pasado que activa sus redes de memoria de soledad, abandono e “interpreta peligro”. Estas conexiones son partes que hacen que nuestro cerebro funcione para darle un sentido de las características que amamos u odiamos de nosotros mismos o de la gente que nos rodea.

Es importante mencionar que la psicoterapia “EMDR”, en un primer momento se denominó técnica terapéutica desensibilización conductual, a fin de reducir los síntomas de estrés y tensión de las personas mediante la estimulación bilateral. Según Shapiro denominó técnica “EMD” desensibilización terapéutica. Seguidamente “EMDR” se convierte en un enfoque holístico e integral desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares y tiene como objetivo el estudio del área mental de las personas y lo analiza de la siguiente manera (imagen, cognición, emoción y sensaciones), ya que considera que el sitio donde se produce el procesamiento de la información es en el cerebro de las personas, es decir, EMDR comienza a plasmarse como un nuevo enfoque teórico de comprender la psicología del hombre y un método terapéutico a fin de activar nuestro sistema de procesamiento de la información disfuncional a estados adaptativos funcionales a través de la estimulación bilateral (Shapiro, 2004).

Todos estamos expuestos continuamente a situaciones de sufrimiento, felicidad, salud, familias que contribuyeron a nuestro problema y familias que nos apoyaron y amaron. También encontramos experiencias como: humillaciones, rechazos y discusiones que causan un diagnóstico de estrés postraumático al tener síntomas como pensamientos de intrusión, alteraciones del sueño como pesadillas o sueños recurrentes e hiperactividad lo que hace que la persona esté alerta ante un peligro y puede sobresaltarse al ruido fácilmente (Shapiro, 2013).

Los seres humanos nos relacionamos con el mundo que nos rodea a través de nuestras experiencias de vida a nivel individual. Estas experiencias se almacenan en las redes de memoria de nuestro cerebro y cuerpo, en base a nuestras percepciones, sentidos, actitudes y comportamiento de como sentimos, pensamos y actuamos en todo momento para darle un sentido a nuestra vida (Shapiro, 2013).

El EMDR es una terapia ecléctica e integradora. Contiene diferentes modelos psicoterapéuticos: los de la libre asociación y las referencias a las experiencias del pasado del

psicoanálisis, los que se centran en las creencias irracionales y procesamiento de la información de los cognitivos-conductuales, el concepto de evaluaciones positivas y negativas de la terapia humanista y fenomenológica, la exposición a las imágenes traumáticas de la desensibilización sistemática, y las estrategias de estabilización desarrolladas por la relajación progresiva, la autohipnosis, la biorretroalimentación y la meditación. (Lupo, 2015)

Shapiro (2013) afirmó que cuando la persona tiene en la mente sus recuerdos perturbadores o sus temores a futuro y además cuando los recursos que tienen nuestro organismo no son suficientes, ocasiona un desequilibrio y enfermedad. Y afecta nuestra capacidad de autorregulación. Cuando un evento traumático es intenso, bloquea al cerebro y afecta nuestra capacidad de procesar la información a nivel de estados adaptativos. La autorregulación es un proceso complicado en donde el organismo busca mantener el equilibrio a fin de lograr satisfacer una necesidad o para suprimir el desmán. El procesamiento es dirigido por el organismo con sabiduría, teniendo conocimiento de la realidad. En relación con esta idea. (Latner, 1988, citado por Shapiro, 2004) afirmó que el organismo tiene conciencia y es capaz de autorregularse a fin de conocer su propio equilibrio, es por ello que cuando hay una alteración en el funcionamiento normal del equilibrio de las personas, su organismo tiene que estar consciente de sí mismo para lograr un adecuado funcionamiento.

EMDR es la técnica psicoterapéutica creada en 1987, por la psicóloga Norteamericana Shapiro quien descubrió que con la estimulación bilateral: Movimientos oculares, sonido, con golpecitos o tapping lograba estimular ambos hemisferios cerebrales, a la vez se reduce la intensidad de los efectos nocivos producidos por los sucesos traumáticos, asociados a las emociones y cogniciones negativas relacionadas con experiencias traumáticas. (Shapiro, 2014).

Según Shapiro (2013) afirma que el sistema de procesamiento de la información a estados adaptativos que argumenta la psicoterapia EMDR, se basa principalmente en que el cerebro de la persona tiene un mecanismo de curación, por naturaleza procesa la información todo el tiempo de las experiencias vividas de modo natural y lo almacena en la estructura cognitiva correspondiente; sin embargo cuando el sistema de procesamiento de la información es interrumpido por experiencias emocionales negativas o dañinas, ese mecanismo innato de la persona se bloquea y permite continuar con el procesamiento, trayendo como consecuencia la patología, que puede ser estrés, ansiedad, angustia, frustraciones y temores.

La EMDR es una técnica que tiene tres vertientes relacionados a sucesos pasados, estímulos presentes y escenarios futuros. El objetivo de las vertientes sigue un orden de procesamiento de acuerdo a su importancia. En primer lugar, es resolver las experiencias traumáticas pasadas luego, procesar los disparadores presentes que generan temor, miedo, ansiedad y seguir con los

escenarios futuros que dispongan de la posibilidad para estimular lo mismo, por este motivo se debe limpiar a profundidad las asociaciones históricas de los disparadores presentes. Después de procesar las asociaciones, posteriormente los estímulos disparadores se eliminarán según (Hensley 2010).

El enfoque psicoterapéutico tiene ocho fases, con un conjunto de procedimientos específicos, que se centra en los acontecimientos del pasado, los estímulos disparadores actuales y las situaciones futuras. Shapiro, (2001, citado por Lupo, 2015).

La exploración afectiva la persona se concentra en la emoción y la sensación física que está experimentando cuando piensa en suceso perturbador. Además, tiene que asegurarse que la persona utilice técnicas de respiración y lugar seguro o tranquilo. Donde tiene que desarrollar los ejercicios paso a paso a fin de poder cumplir los 10 pasos (Shapiro, 2014).

Volver a un estado neutral saber que tus reacciones actuales están siendo alimentadas por acontecimientos del pasado, puede apoyarse a tomar distancia cuando sea necesario y así poder hacer frente a las emociones negativas que pudieran surgir y por ende se te será más fácil de identificar el origen de las mismas y así poder tener el control de las emociones adversas que se presenten (Shapiro, 2014). El registro de DICES (acrónimo de D: disparador, I: imagen, C: cognición, E: emoción, S: sensación) se usa en las sesiones para registrar los posibles disparadores emocionales, cuando un disparador está evocando una experiencia anterior relaciona a una discusión familiar de cómo se está comunicando su tono de voz o su expresión corporal hacen que, si el acontecimiento ácido adverso esto se almacene disfuncionalmente en las redes de memoria, se le solicita que represente la imagen que representa la peor parte del acontecimiento.

La teoría que sustenta la psicoterapia EMDR se basa en lo siguiente:

- El cerebro de las personas tiene un sistema neurofisiológico de reprocesamiento de información que se realiza a través de estimulación bilateral y esta nueva información es procesada a un estado de bienestar.
- La información procesada se almacena por medio de las redes de memoria del cerebro a través de pensamientos, recuerdos de imágenes, sonidos, olfativo y sensaciones corporales.
- Una de las funciones de la psicoterapia EMDR es organizar la información de las redes de memoria, empezando la estimulación por el primer evento perturbador.
- Las experiencias perturbadoras y necesidades insatisfechas, en algunas oportunidades ocasionan el bloqueo en el sistema de reprocesamiento de la información lo que impide resolver el acontecimiento del evento traumático.

- Cuando esta información del evento traumático no ácida procesada adaptativamente en nuestras redes de memoria, ocasionan manifestaciones disfuncionales.
- El efecto del procesamiento de la información con la estimulación EMDR a un estado emocional saludable, ocasiona nuevos aprendizajes saludables en su área emocional de las personas.
- Se procede la estimulación de los sentidos que sintonice el usuario de derecha a izquierda, y permitirá el procesamiento de la información.
- El acceso suficientemente mediante la estimulación sobre la información disfuncional almacena en el cerebro, en ocasiones necesita ser concertada a través de la estimulación bilateral para un correcto funcionamiento adaptativo.
- Las instrucciones de la psicoterapia EMDR facilita un estado emocional de equilibrio frente a los recuerdos perturbadores y el contexto presente.

Protocolo de actuación de EMDR tenemos:

1. Fase de Historia consiste en evaluar la idoneidad para tratamiento EMDR, blancos para procesamientos de eventos positivos y negativos de la vida del paciente. Y se explica las bases y fundamentaciones de la terapia y se selecciona los recuerdos a procesar siguiendo el esquema pasado, presente y futuro.
2. Fase de Preparación se refiere a la relación terapéutica, plantear expectativas, realizar psicoeducación y entrenarse en el autocontrol. Se evalúa los movimientos oculares, Tapping y la estimulación auditiva bilateral.
3. Fase de Valoración es acceder al blanco más significativos e identificar las cogniciones negativas y positivas (SUDS y VOC) y las sensaciones corporales asociadas al recuerdo traumático.
4. Fase de Desensibilización consiste procesar experiencias sensoriales relacionadas con el blanco (SUD.0) hacia resolución adaptativas. Incorporar patrones de autoeficacia para experiencias positivas.
5. Fase de Instalación consiste en que el terapeuta solicita al usuario que piense en la cognición positiva y la asocie a la experiencia perturbadora que está bloqueando el control de la situación. Por lo que sigue realizando las tandas de estimulación bilateral hasta que el usuario logre tener el control de la situación con una cognición positiva en el (VOC: 7).
6. Fase de Exploración del cuerpo consta en que el usuario cierra sus ojos y se concentra en la experiencia perturbadora elegida y revisa si hay sensaciones corporales como la tensión muscular residual asociada con el blanco original, luego de prestar atención a distintas

partes de su cuerpo piensa desde la cabeza hasta la punta de los pies y si el usuario encuentra tensión el terapeuta continúa realizando la estimulación bilateral hasta que disminuya a 0. Luego se realiza unas tandas de estimulación bilateral pensando en la cognición positiva de 10-12s.

7. Fase de cierre es estabilizar al usuario al final de cada sesión donde pueda aprender a tener el autocontrol. Explica las posibilidades de que puedan tener algunas molestias como: Recuerdos e incluso sueños o pesadilla y qué hacer si fuera el caso.
8. Fase de reevaluación consiste en evaluar los efectos del tratamiento alcanzado y plantear nuevos objetivos y estrategias, y lograr asegurar reprocesamiento completa a lo largo del tiempo.

Según lo mencionado se hace necesario el contar con un programa de intervención dirigido a abordaje en las mujeres que sufren violencia por su pareja y que presentan sintomatología postraumática. Esto nos lleva a plantearnos el estudio doctoral pretende responder la siguiente pregunta de investigación **¿Cuál es el efecto de la psicoterapia EMDR en la sintomatología postraumática en mujeres víctimas de violencia de pareja en un centro de salud mental comunitario de Trujillo 2019?**. Esta investigación se justificó a fin de aportar una nueva perspectiva de intervención psicológica en mujeres que sufren violencia de pareja, tras haber estado expuesta a diferentes eventos de maltrato como violencia física, psicológica, sexual, económica que tienen un profundo impacto durante el desarrollo de la vida de las víctimas. Por lo que permitirá conocer en las mujeres su sintomatología postraumática de intrusión, hiperactivación y evitación como consecuencia de la violencia de pareja. Es por ello que es importante estudiar su comportamiento de las víctimas en sus síntomas físicos, emocionales y cognitivos. De igual forma este estudio tiene una justificación metodológica pues presentará instrumentos de evaluación validados y estimados en confiabilidad y baremación por el propio investigador de esta manera los resultados serán objetivos de acuerdo a nuestra realidad problemática y será posible su adaptación a poblaciones con características parecidas. También se sustenta de manera práctica puesto que los resultados permitirán conocer las variables en estudio permitiendo así poder realizar la prevención e intervención y dar a conocer que las mujeres puedan afrontar estos problemas adversos que se presentan en la vida. También en la presente investigación nos planteamos la siguiente hipótesis de investigación:

- Hi: La psicoterapia desensibilización y reprocesamiento por los movimientos oculares (EMDR) permitirá la disminución de la sintomatología postraumática en mujeres

víctimas de violencia de pareja en un centro de salud mental comunitario de Trujillo 2019.

- H0: La psicoterapia desensibilización y reprocesamiento por los movimientos oculares (EMDR) no disminuye la sintomatología postraumática en mujeres víctimas de violencia de pareja en un centro de salud mental comunitario de Trujillo 2019.
- Hi: La psicoterapia desensibilización y reprocesamiento por los movimientos oculares (EMDR) permitirá la disminución de la sintomatología de intrusión postraumática en mujeres víctimas de violencia de pareja en un centro de salud mental comunitario de Trujillo 2019.
- H0: La psicoterapia de Desensibilización y Reprocesamiento por los Movimientos Oculares (EMDR) no disminuye la sintomatología de intrusión postraumática en mujeres víctimas de violencia de pareja en un centro de salud mental comunitario de Trujillo 2019.
- Hi: La psicoterapia desensibilización y reprocesamiento por los movimientos oculares (EMDR) permitirá la disminución de la sintomatología hiperactivación postraumática en mujeres víctimas de violencia de pareja en un centro de salud mental comunitario de Trujillo 2019.
- H0: La psicoterapia desensibilización y reprocesamiento por los movimientos oculares (EMDR) no disminuye la sintomatología hiperactivación postraumática en mujeres víctimas de violencia de pareja en un centro de salud mental comunitario de Trujillo 2019.
- Hi: La psicoterapia desensibilización y reprocesamiento por los movimientos oculares (EMDR) permitirá la disminución de la sintomatología evitación postraumática en mujeres víctimas de violencia de pareja en un centro de salud mental comunitario de Trujillo 2019.
- H0: La psicoterapia desensibilización y reprocesamiento por los movimientos oculares (EMDR) no disminuye la sintomatología evitación postraumática en mujeres víctimas de violencia de pareja en un centro de salud mental comunitario de Trujillo 2019.

El objetivo general para el presente estudio es “Determinar la influencia de la psicoterapia desensibilización y reprocesamiento por los movimientos oculares (EMDR) en la disminución de la sintomatología postraumática en mujeres víctimas de violencia de pareja en un centro de salud mental comunitario de Trujillo 2019. Así mismo los objetivos específicos son: determinar la intrusión como sintomatología postraumática antes y después de la aplicación de la

psicoterapia EMDR en el grupo experimental y control en mujeres víctimas de violencia de pareja en un centro de salud mental comunitario de Trujillo 2019, determinar la hiperactivación como sintomatología postraumática antes y después de la aplicación de la psicoterapia EMDR en el grupo experimental y grupo control en mujeres víctimas de violencia de pareja en un centro de salud mental comunitario de Trujillo 2019 y determinar la evitación como sintomatología postraumática antes y después de la aplicación de la psicoterapia EMDR en los grupos experimental y control en mujeres víctimas de violencia de pareja de un centro en salud mental comunitario de Trujillo 2019.

II. MÉTODO

2.1 Diseño de investigación

El tipo de estudio en la presente investigación es experimental porque se hará uso de una variable independiente para influenciar en una variable dependiente (Hernández, Fernández y Batista, 2014).

El diseño de investigación es cuasi experimental porque los grupos serán conformados por conveniencia o intencional. Primero se ordena en dos grupos, luego se evalúa ambos grupos en la variable dependiente, después al primer grupo (experimental) se le aplicará la psicoterapia EMDR, en 05 sesiones y al segundo grupo (de control), no se le aplicará EMDR pero si se le evaluará en el posttest (Hernández, Fernández, y Baptista, 2014).

GE	01	X	02
GC	03	.	04

Dónde

01 y 03= Aplicación de Pre test

X = Tratamiento

02y 04=Aplicación de Pos test

2.2 Variables, operacionalización

Variable Independiente: Psicoterapia desensibilización y reprocesamiento por los movimientos oculares (EMDR).

Definición Conceptual: Psicoterapia desensibilización y reprocesamiento por los movimientos oculares (EMDR) está orientada a aliviar el malestar emocional negativo ocasionado por la experiencia traumática a un estado emocional saludable a través de estimulación bilateral (Shapiro 2013).

Definición Operacional: la psicoterapia EMDR es aplicado en 8 fases, Según shapiro en el año 2013.

Tabla de operacionalización

Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Historia del paciente	Antecedentes. Idoneidad para tratamiento EMDR Blancos para procesamientos de eventos positivos y negativos de la vida del paciente.	Nominal
Preparación.	Relación terapéutica, plantear expectativas, realizar psicoeducación y entrenarse en el autocontrol.	
Valoración	Acceder al blanco más significativos; identificar las cogniciones negativas y expresar las positivas.	
Desensibilización	Procesar experiencias sensoriales relacionadas con el blanco (SUD) hacia resolución adaptativas. Incorporar patrones de autoeficacia para experiencias positivas.	
Instalación.	Incrementar conexiones con redes cognitivas positivas, en vez de las negativas.	
Exploración del cuerpo.	Localizar sensaciones corporales como la tensión muscular residual asociada con el blanco desaparezca.	
Cierre.	Estabilizar al usuario al final de cada sesión donde pueda aprender a tener el autocontrol.	
Reevaluación	Evaluar los efectos del tratamiento alcanzado y plantear nuevos objetivos y estrategias.	

Variable Dependiente: Sintomatología de Estrés postraumático

Definición Conceptual: Es cuando la persona presenta pensamientos recurrentes sobre el acontecimiento, imágenes, pesadillas del acontecimiento traumático, así como trata de evitar sentimientos y lugares relacionados que generan malestar emocional con el acontecimiento estresor. Así mismo la hiperactivación es cuando se muestra una irritabilidad, así como enojo que dan una respuesta exagerada de sobresaltos, así como problemas de concentración e hipervigilancia (Baguenas et al., 2001).

Definición Operacional: será medido a través de la frecuencia de síntomas y/o conductas generados ante un evento de violencia por la Escala del impacto de sucesos revisada (E.I.E.R). Adaptación española (Baguenas et al., 2001).

Tabla De Operacionalización

Dimensión	Indicadores	Escala
Intrusión.	Pensamientos recurrentes a volver a vivencias el evento estresante.	Intervalo
Evitación.	Conductas de evitar actividades y situaciones evocadoras del evento estresante.	
Hiperactivación.	Conductas exageradas de vigilancia.	

2.3 Población y muestra

La población estará conformada por mujeres víctimas de violencia de pareja que asistan al centro de salud mental comunitario de Florencia de Mora.

La muestra estará conformada por 30 mujeres seleccionadas, quienes cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. El muestreo para el presente trabajo será por conveniencia o no aleatorio. Según los criterios de Inclusión: sufrimiento provocado por un recuerdo traumático que interfiere con sus vidas, pacientes que tengan una puntuación de 15 o más en la escala del impacto de sucesos revisada (E.I.E-R), edades de 18 años a 60 años y que deseen

participar voluntariamente. También tenemos los Criterios de Exclusión: problemas físicos de epilepsia embarazo impedimento neurológico, problemas Psicológicos como psicosis desordenes disociativos abusos de sustancias presentes, aspectos legales relacionados al evento traumático recibiendo beneficios por incapacidad a causa del evento traumático, usuarios que participen de cualquier otro tipo de psicoterapia y usuarios que se encuentren recibiendo tratamiento farmacológico.

2.4 Técnicas e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad

Instrumento: Escala del impacto de sucesos revisada (E.I.E-R). Adaptación en España: Baguena, Villarriya, Beleña, Diaz, Roldán y Reig (2001). Permitirá evaluar el malestar subjetivo relacionado a eventos estresantes y/o traumáticos. La significación de esta escala tiene 22 ítems, 7 de intrusión recuerdos recurrentes que ocasionan molestias cómo: Imágenes, pensamientos negativos o tiene la percepciones de que el evento está sucediendo, evitación es la manifestación de evitar actividades, personas o lugares que recuerden el trauma, hiperactivación, entendida como enojo e irritabilidad (respuesta exagerada de sobresalto, problemas de concentración, activación fisiológica, hipervigilancia). La versión inicial de la IES era un instrumento breve, consta solo de 15 ítems. Es fácil de aplicar, pero tiene la limitación de ser un instrumento elaborado en 1979 (antes de la conceptualización del trastorno por estrés postraumático) y abarcaba sólo dos sub-escalas (intrusión y evitación) de las tres sub-escalas de este cuadro clínico. Por ello la prueba fue actualizada a la IES-R, esta nueva escala consta de 22 ítems, 7 de intrusión, 8 de evitación, 6 de hiperactivación, y 1 de flashback (característico del componente de intrusión, aunque forma parte de la sub-escala de hiperactivación por razones analógicas). El tiempo de administración son 10 minutos las normas básicas de aplicación: En las instrucciones se le indica a la persona que seleccione el suceso vital más estresante en su vida reciente. Confiabilidad se calculada con el coeficiente alfa de Cronbach, se obtuvieron unos resultados de: 0,86 en escala total, 0,78 en la subescala de intrusión y 0.82 en la subescala de evitación. La correlación entre subescalas es de $r=0,42$. La fiabilidad test-retest fue: 0,87 para la escala total, 0,89 para la subescala de intrusión y 0,79 para evitación. Validez del instrumento se obtuvo por medio el procedimiento de consistencia por el criterio de juicio de expertos y el método de validez de Aiken logrando un nivel de significancia $p<0.05$, por consiguiente, es factible sustentar que el instrumento de evaluación es válido ya que los

indicadores guardan relación con las dimensiones y por ende con el objetivo de evaluación de la sintomatología postraumática.

2.5 Método de análisis de datos

Se desarrolla empleando tablas de frecuencia, así como gráficos con su respectiva análisis interpretación. En el procesamiento estadístico primero se determinará la normalidad de los datos mediante la prueba de Shapiro Wilks, por tener N menor a 50 sujetos, a continuación, se establecerá la Homocedasticidad de las varianzas mediante la Prueba de Levene, a continuación, se determinará la diferencia de medias mediante la prueba t de student, para grupos Independientes, y poder ver homonegiedad de varianzas. Luego se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para grupos Independientes ya que evalúa si la muestra que se tomaron fue de la misma población. Así mismo se empleó la prueba wilcoxon para grupos dependientes de pares igualados. Se utilizó para comparar las diferencias observadas entre los datos tomados antes del tratamiento y después del tratamiento psicoterapéutico. Por último, se empleó la prueba t de Student para grupos dependientes; esto es, cuando la muestra es apareada. Es decir, cuando la muestra es evaluada dos veces con un antes y después.

2.6 Aspectos éticos

El investigador explica consentimiento informado a los usuarios de la investigación, a fin de informarle los beneficios de la investigación y para que firmen la carta de consentimiento informado. La información que se obtenga de los usuarios es estrictamente mente confidencial. El consejo Directivo del Colegio de Psicólogos del Perú (2017), relato en los artículos 22° sostuvo toda investigación tiene que realizarse respetando la normalidad internacional y nacional, así mismo el artículo N°25 considero que en todo momento debe prevalecer la salud psicológica de la persona, sobre otros intereses, el artículo 26 sostuvo que los resultados obtenidos por el estudio no deben alterarse para recibir algún beneficio porque se tomará como antecedente importante de las siguientes investigaciones futuras siguiendo los principios éticos.

III. RESULTADOS

3.1. Descripción de resultados.

Tabla 1

Porcentaje de la variable Sintomatología de Estrés Postraumático del Pre Test y Pos Test en el G. Experimental y control.

Niveles	G. Experimental				G. Control			
	Pre Test		Pos Test		Pre Test		Pos Test	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Alto	11	73%	0	0%	12	80%	11	73%
Medio	4	27%	0	0%	3	20%	4	27%
Bajo	0	0%	15	100%	0	0%	0	0%
Total	15	100%	15	100%	15	100%	15	100%

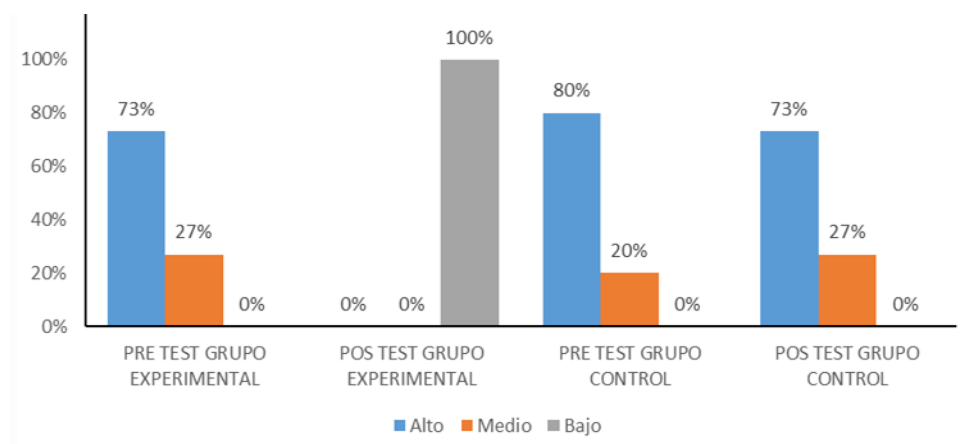
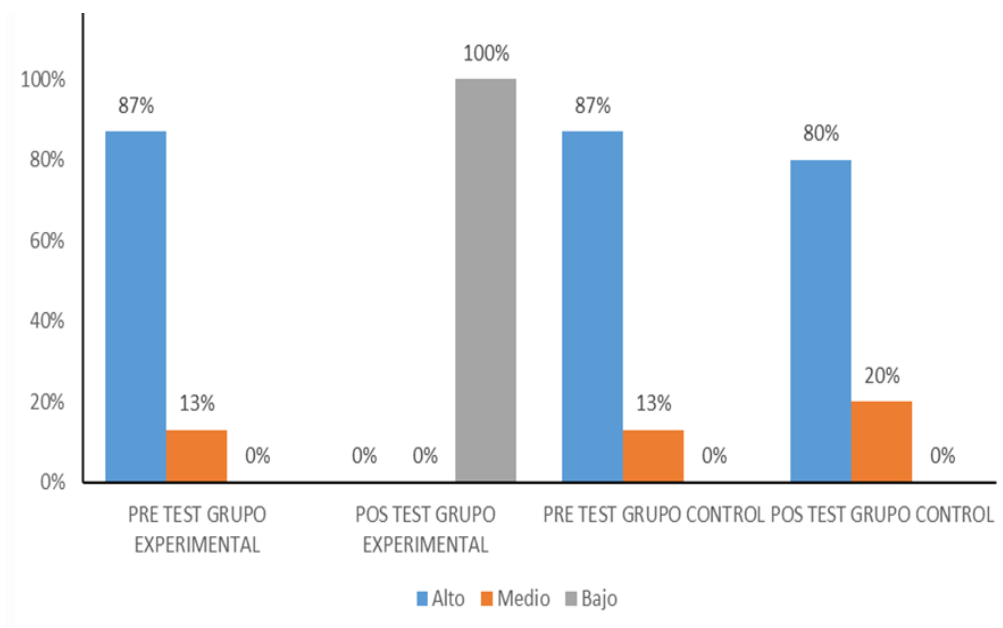


Figura 1. Porcentaje de la variable Sintomatología de Estrés Postraumático en el Pre Test y Pos Test en el Grupo Experimental y el Grupo Control.

Tabla 1, se observa que en la variable Sintomatología de Estrés Postraumática del Grupo experimental en el Pre Test prevalece el nivel Alto con 73%, mientras que el Pos Test prevalece el nivel Bajo con 100%. Sin embargo, en el Grupo control se evidencia que en el Pre y post test los resultados permanecen con un alto nivel sintomatología postraumática con 80% y un 73%.

Tabla 2*Porcentaje de Intrusión en el Pre y Pos Test de los Grupos Experimental y Control.*

Niveles	G. Experimental				G. Control			
	Pre Test		Pos Test		Pre Test		Pos Test	
	N°	%	N°	%	%	N°	%	
Alto	13	87%	0	0%	13	87%	12	80%
Medio	2	13%	0	0%	2	13%	3	20%
Bajo	0	0%	15	100%	0	0%	0	0%
Total	15	100%	15	100%	15	100%	15	100%

**Figura 2.** Porcentaje de la Intrusión en el Pre Test Test y Pos Test en el Grupo Experimental y Grupo Control.

En la Tabla 2, se aprecia que en el grupo experimental en intrusión Pre Test prevalece el nivel Alto con 87%, mientras que el Pos Test presenta menor nivel 100%. No obstante, en el Grupo Control de la dimensión intrusión se evidencia en el Pre Test nivel Alto con 87%, de igual forma en el Pos Test prevalece el nivel Alto con 80%.

Tabla 3

Porcentaje de la dimensión Hiperactivación en el Pre Test y Pos Test en el Grupo Experimental y Grupo control.

Niveles	G. Experimental				G. Control			
	Pres Test		Pos Test		Pre Test		Pos Test	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Alto	10	67%	0	0%	11	73%	10	67%
Medio	5	33%	0	0%	4	27%	5	33%
Bajo	0	0%	15	100%	0	0%	0	0%
Total	15	100%	15	100%	15	100%	15	100%

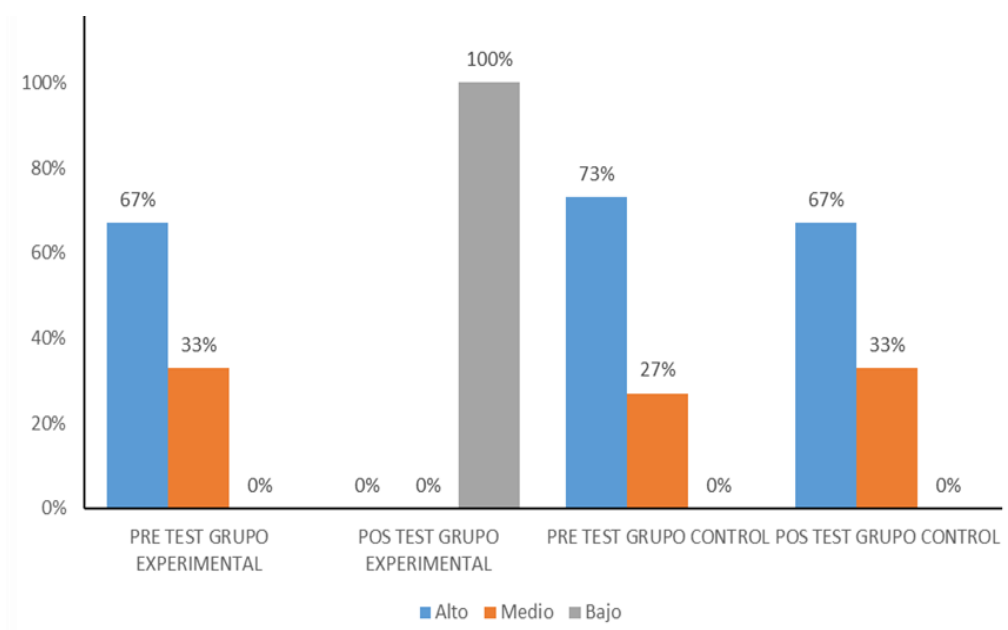


Figura 3. Porcentaje de la dimensión Hiperactivación en el Pre Test y Pos Test Test en los Grupos Experimental y Control.

En la Tabla 3, se aprecia en el grupo experimental de la dimensión Hiperactivación en el Pre Test prevalece el nivel Alto con 67%, mientras que el Pos Test presenta nivel Bajo con 100%. Sin embargo, en el Pre Test y el Pos Test del Grupo Control presentan niveles Altos en Hiperactivación con 73% y 67%.

Tabla 4

Porcentaje de la dimensión Evitación en el Pre Test y Pos Test en el Grupo Experimental y Grupo Control.

Niveles	G. Experimental				G. Control			
	Pre Test		Pos Test		Pre Test		Pos Test	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Alto	11	73%	0	0%	13	87%	12	67%
Medio	4	27%	0	0%	2	13%	3	33%
Bajo	0	0%	15	100%	0	0%	0	0%
Total	15	100%	15	100%	15	100%	15	100%

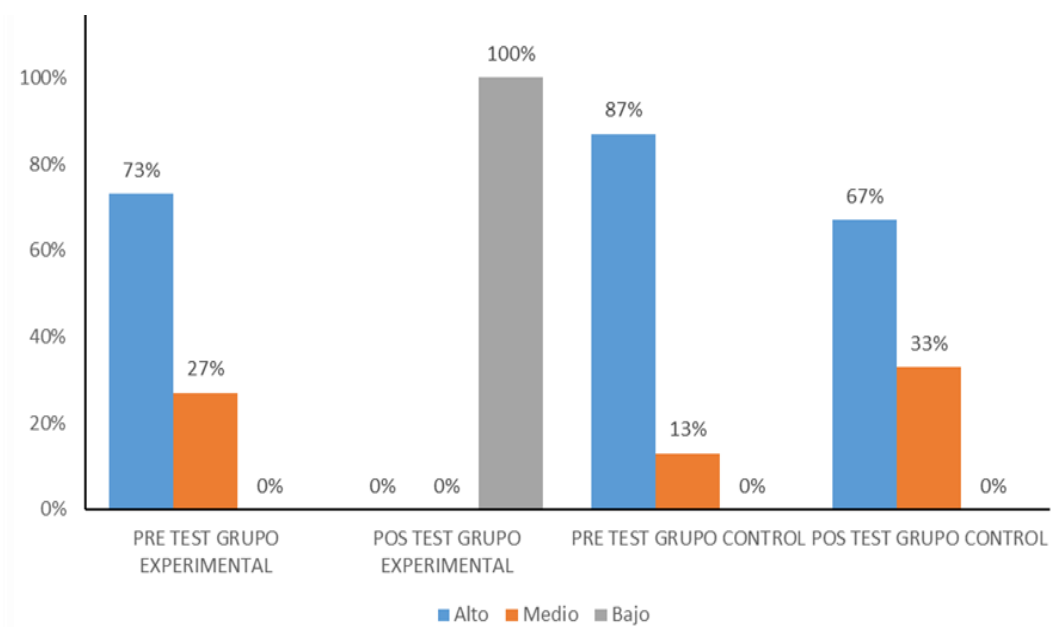


Figura 4. Porcentaje de la dimensión Evitación en el pre test y el post test en el Grupo Experimental y Grupo Control.

En la tabla 4, se observa en grupo experimental en la dimensión Evitación el Pre Test prevalece el nivel alto con 73%, mientras tanto en el Pos Test prevalece el nivel bajo con 100% menor. En Grupo Control en Evitación presentan niveles altos en el pre test 87%, de la misma forma en el post test prevalece el nivel Alto con 80%.

3.2. Prueba de Normalidad

H0. Los grupos tienen distribución Normal

H1. Los grupos no tienen distribución Normal

Tabla 5

Prueba de Normalidad de Shapiro-Wilk

VARIABLE/ DIMENSIONES	GRUPO	Estadístico	Sig.	
	G. Ex. Pre Test	.923	.212	Normal
	G. Ex. Pos Test	.698	.000	
SINTOMAS TEPT	G. C. Pre Test	.977	.948	Normal
	G. C. Pos Test	.971	.874	Normal
	G. Ex. Pre Test	.920	.196	Normal
	G, Ex Pos Test	.660	.000	
INTRUSIÓN	G. C. Pre Test	.945	.455	Normal
	G. C. Pos Test	.927	.247	Normal
	G. Ex. Pre Test	.899	.092	Normal
	G. Ex. Pos Test	.727	.000	
HIPERACTIVACIÓN	G. C. Pre Test	.962	.732	Normal
	G. C. Pos Test	.929	.267	Normal
	G. Ex. Pre-Test	.892	.073	Normal
	G. Ex. Pos Test	.413	.000	
EVITACIÓN	G. C. Pre Test	.935	.323	Normal
	G. C. Pos Test	.967	.804	Normal

*. Es un límite inferior de la significación verdadera.

|a. Corrección de significación de Lilliefors.

En la tabla 5, se aprecia en el Grupo Experimental en Pos Test NO PRESENTA distribución normal en la Variable Sintomatología de Estrés Postraumático y así como en el pos Test en las dimensiones Intrusión, Hiperactivación y Evitación con significancia $p < 0.05$.

3.3. Prueba de Hipótesis

3.3.1 Hipótesis General

En la presente investigación nos planteamos la siguiente hipótesis de investigación:

- Hi: La psicoterapia EMDR permitirá la disminución de la sintomatología postraumática en mujeres víctimas de violencia de pareja en un centro de salud mental comunitaria de Trujillo 2019.

- H0: La psicoterapia de desensibilización y reprocesamiento por los movimientos oculares (EMDR) no disminuye la sintomatología postraumática en mujeres víctimas de violencia de pareja en un centro de salud mental comunitaria de Trujillo 2019.

Tabla 6.

Prueba T de Student para determinar diferencia en el Pre Test entre el grupo experimental y grupo control en la variable Sintomatología Estrés Postraumático

Grupos de Comparación	Prueba de Levene		Prueba T	
	F	Sig.	T	Sig.
Pre test: G. Experimental vs G. Control	4.230	.049*	.114	.910

F: Resultado de la prueba de Levene

*No se asumen varianzas

En la tabla 6, se aprecia que no existe diferencias significativas en el pre test entre el grupo experimental y grupo control en la variable Sintomatología Estrés Postraumático ($p = .910 > .05$).

GE	01	X	02
GC	03	-	04

Se empleó T de Student para grupos Independientes, y ver homogeneidad de varianzas.

Tabla 7

Prueba U de Mann-Whitney para determinar la diferencias en Pos Test entre los grupos experimental y grupo control en la variable Sintomatología Estrés Postraumático.

Grupos	U	P
PosTest Experimental vs PosTest Control	,000	,000

Tabla 7, se aprecia que existe diferencia significativa en el pos test entre los grupos experimental y control en variable Sintomatología Estrés Postraumático. ($p=,000 < 0.01$).

GE	01	X	02
GC	03	-	04

Se aplicó U de Mann-Whitney para grupos Independientes.

Tabla 8

Prueba Wilcoxon para determinar diferencia entre el pre test y el post test en el grupo experimental en la variable Sintomatología Estrés Postraumático.

Grupos	W	P
G. Experimental: Pre Test vs Pos Test	3,411	,001

En la tabla 8, se observa que existen diferencias significativas entre el pre test y el pos test en el grupo experimental en la variable Sintomatología de Estrés Postraumático. ($p = .001 < 0.01$).

GE	01	X	02
GC	03	-	04

Se aplicó la prueba Wilcoxon para grupos dependientes

Tabla 9

Prueba T de Student para determinar diferencias entre el pre test y el post test en el grupo control en la variable Sintomatología de Estrés Postraumático

Grupos de Comparación	Prueba T	
	t	Sig.
G. Control Pre Test vs Pos Test	1,171	.261

En la tabla 9, se observa que no existe diferencias significativas entre el pre test y el pos test en el grupo control en la variable Sintomatología Estrés Postraumático ($p = .261 > .05$)

GE 01 X 02

GC **03 - 04**

Se aplicó la T de Student para grupos dependientes.

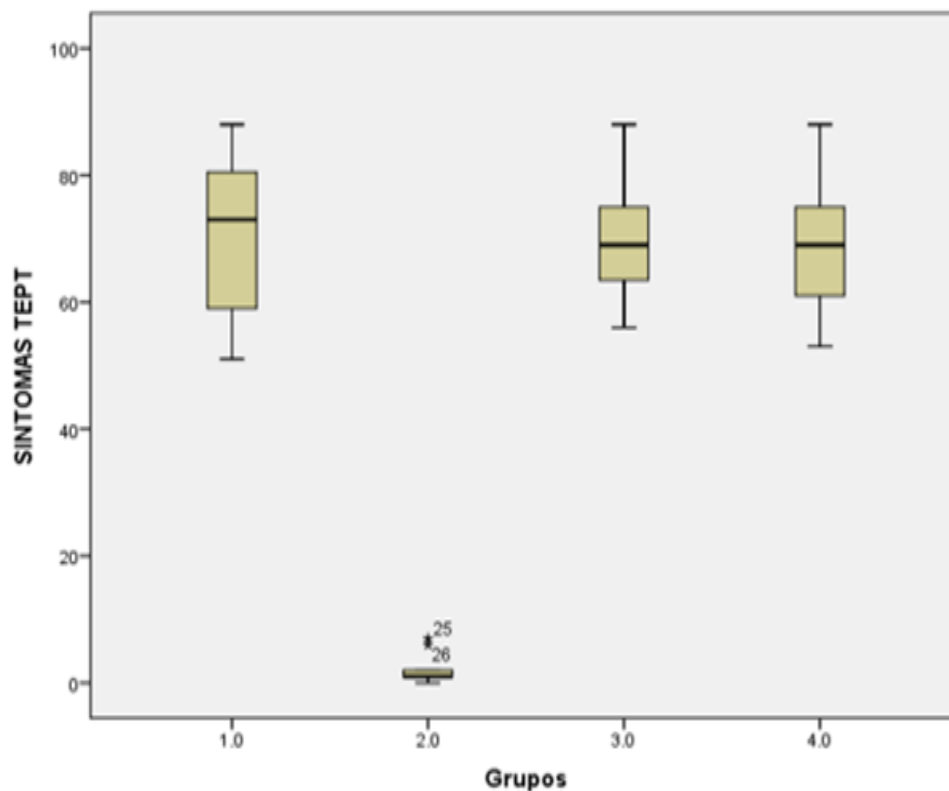


Figura 5. Gráfico de cajas de la variable sintomatología postraumática

3.3.2. Prueba de Hipótesis Específicas

Tabla 10

Prueba T de Student para determinar diferencias en el pre test entre el grupo experimental y grupo control en Intrusión

Grupos de Comparación	Prueba de Levene		Prueba T	
	F	Sig.	T	Sig.
Pretest en G. Experimental vs G. Control	1.950	.174	-0.660	.910

*Se asumen varianzas iguales

En la tabla 10, se aprecia que no existe diferencia significativa en el pre test entre los grupos experimental y en la dimensión Intrusión ($p = .910 > .05$)

GE	01	X	02
GC	03	-	04

Se empleó T de Student para grupos Independientes.

Tabla 11

Prueba U de Mann-Whitney para determinar diferencia en pos test entre los grupos experimental y control en Intrusión

Grupos	U	P
PosTest G. Experimental vs PosTest G. Control	,000	,000

En la tabla 11, se aprecia que existe diferencia significativa en el pos test entre los grupos experimental y control en la dimensión Intrusión ($p < 0.01$).

GE	01	X	02
GC	03	-	04

Se aplicó U de Mann-Whitney para grupos independientes

Tabla 12

Prueba Wilcoxon para determinar diferencia entre el pre test y pos test en grupo experimental en Intrusión.

Grupos	W	P
G. Experimental Pre Test vs Pos Test	-3,411	,001

En la tabla 12, se observa que existe diferencia significativa entre el pre test y el pos test en el grupo experimental en Intrusión. ($p = .001 < 0.01$).

GE	01	X	02
GC	03	-	04

Se aplicó la Prueba Wilcoxon para grupos dependientes

Tabla 13

Prueba T de Student para para determinar diferencia entre pre test y pos en el grupo control en Intrusión

Grupos de Comparación	Prueba T	
	T	Sig.
G. Control: Pre Test vs Pos Test	1,164	.264

En la tabla 13, se observa que no existe diferencia significativa entre el pre test y el pos test en el grupo control en la dimensión Intrusión ($p = .264 > .05$)

GE	01	X	02
GC	03	-	04

Se aplicó la T de Student para grupos dependientes.

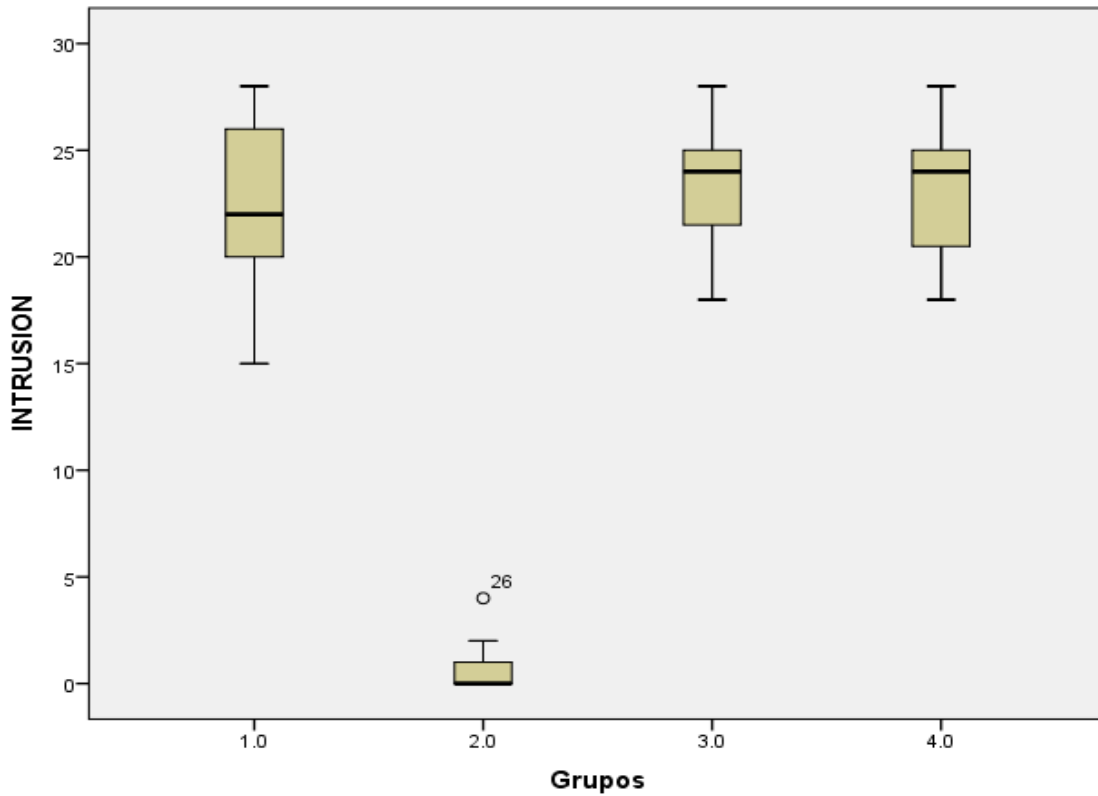


Figura 6. Gráfico de cajas de la dimensión de Intrusión.

Tabla 14

Prueba T de Student para determinar diferencia en pre test entre los grupos experimental y control en Hiperactivación

Grupos de Comparación	Prueba de Levene		Prueba T	
	F	Sig.	T	Sig.
Grupo Experimental vs Grupo Control	1.916	.177	.227	.822

*Se asumen varianzas iguales

En la tabla 14, se aprecia que no existe diferencia significativas en el pre test entre los grupos experimental y control en la dimensión Hiperactivación ($p = .822 > .05$)

GE	01	X	02
GC	03	-	04

Se empleó T de Student para grupos Independientes.

Tabla 15

Prueba U de Mann-Whitney para determinar diferencias en pos test entre los grupos experimental y control en Hiperactivación.

Grupos	U	P
Pos Test Experimental vs Pos Test Control	,000	,000

En la tabla 15, se observa que existe diferencia significativa en el pos test entre los grupos experimental y control en Hiperactivación. ($p < 0.01$).

GE	01	X	02
GC	03	-	04

Se aplicó U de Mann-Whitney para grupos Independientes

Tabla 16

Prueba Wilcoxon para determinar diferencia entre el pre test y el pos test en el grupo experimental en Hiperactivación

Grupos	W	P
G. Experimental: Pre Test vs Pos Test	-3,411	,001

En la tabla 16, se observa que existe diferencia significativa entre el pre test y el pos test en el grupo experimental en la dimensión en Hiperactivación. ($p = .001 < 0.01$).

GE	01	X	02
GC	03	-	04

Se aplicó la Prueba Wilcoxon para grupos dependientes

Tabla 17

Prueba T de Student para determinar diferencia entre el pre test y el pos test en el grupo control en la dimensión Hiperactivación

Grupos de Comparación	Prueba T	Sig.
G. Control: Pre Test vs Pos Test	,923	.372

En la tabla 17, se aprecia que no existe diferencia significativa entre el pre test y el pos test en el grupo control en la dimensión Hiperactivación. ($p = .372 > .05$).

GE 01 X 02

GC

03	-	04
----	---	----

Se aplicó la T de Student para grupos dependientes.

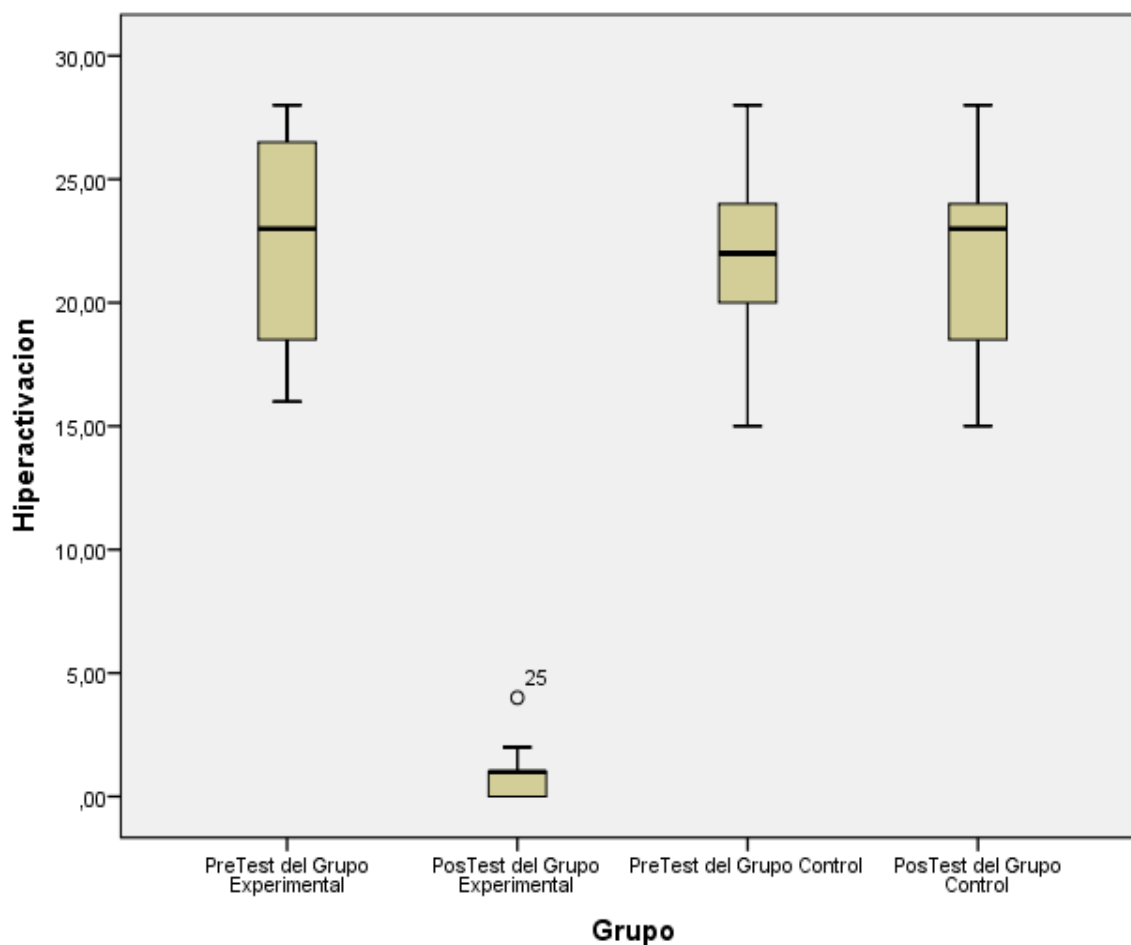


Figura 7 Grafico de cajas de la dimensión de hiperactivación.

Tabla 18

Prueba T de Student para determinar diferencia en el pre test entre los grupos experimental y control en la dimensión Evitación

Grupos de Comparación	Prueba de Levene		Prueba T	
	F	Sig.	T	Sig.
Grupo Experimental vs Grupo Control	2.624	.116	.585	.563

*Se asumen varianzas iguales

En la tabla 18, se aprecia que no existe diferencia significativa en el pre test entre los grupos experimental y control en la dimensión Evitación ($p = .563 > .05$).

GE	01	X	02
GC	03	-	04

Se aplicó T de Student para grupos Independientes.

Tabla 19

Prueba U de Mann-Whitney para determinar diferencia en el pos test entre los grupos experimentales y control en la dimensión Evitación

Grupos	U	P
Pos Test Experimental vs Pos Test Control	,000	,000

En la tabla 19, se aprecia que existe diferencia significativa en el Pos Test entre los Grupos Experimentales y Control en la dimensión Evitación. ($p < 0.01$).

GE	01	X	02
GC	03	-	04

Se aplicó U de Mann-Whitney para grupos independientes

Tabla 20

Prueba Wilcoxon para determinar diferencia entre el pre test y el pos test en el grupo experimental en la dimensión Evitación

Grupos	W	P
G. Experimental: Pre Test vs Pos Test	-3,415	,001

En la tabla 20, se aprecia que existe diferencia significativa entre el pre test y el pos test en el grupo experimental en la dimensión Evitación ($p = .001 < .01$)

GE	01	X	02
GC	03	-	04

Se aplicó la Prueba Wilcoxon para grupos dependientes

Tabla 21

Prueba de T de Student para determinar diferencia entre pre test y el pos test en el grupo control en la dimensión Evitación

Grupos de Comparación	Prueba T	
	T	Sig.
G. Control: Pre Test vs Pos Test	1,468	.164

En la tabla 21, se aprecia que no existe diferencia significativa entre el pre test y el pos test en el grupo control en la dimensión Evitación. ($p = .164 > .05$)

GE	01	X	02
GC	03	-	04

Se aplicó la T de Student para grupos dependientes.

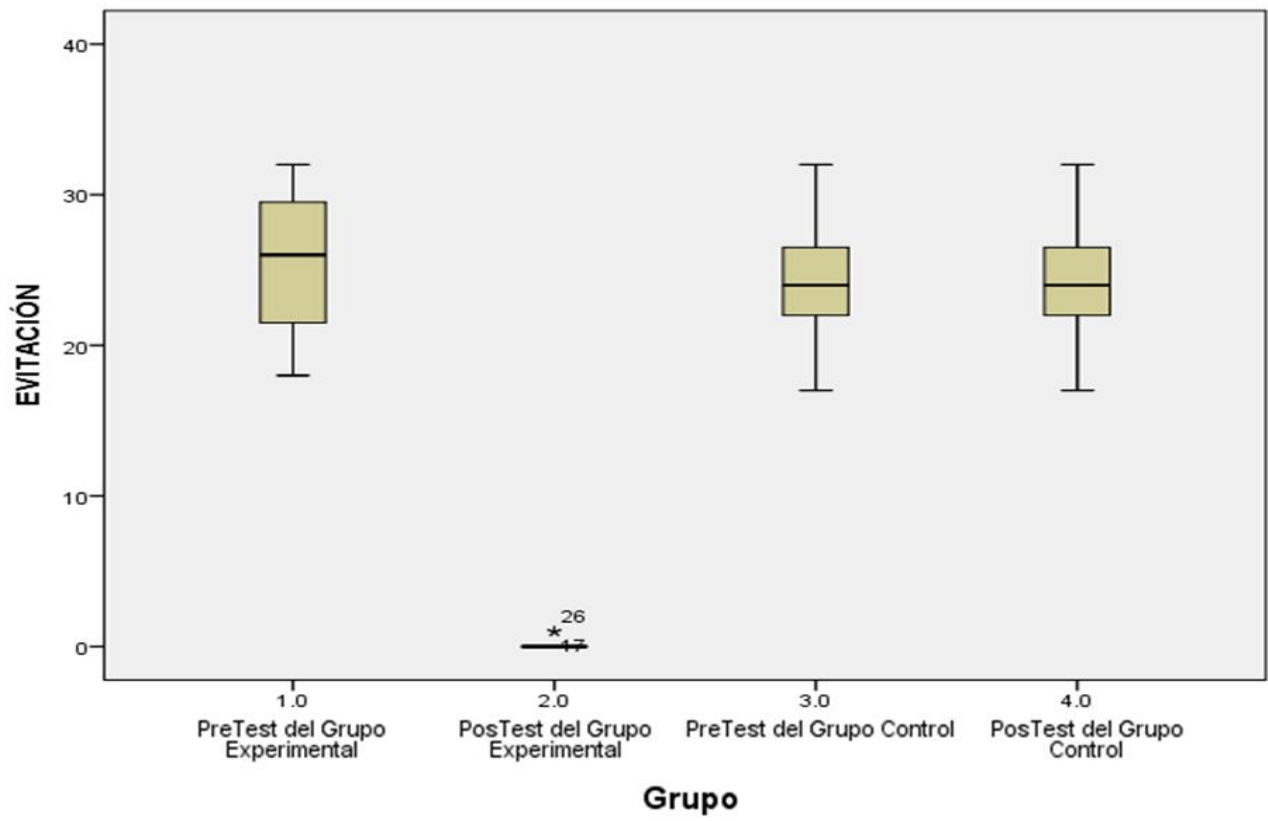


Figura 8. Gráfico de cajas de la dimensión de evitación

IV. DISCUSIÓN

En la presente investigación su objetivo general es “Determinar la influencia de la psicoterapia de Desensibilización y Reprocesamiento por los Movimientos Oculares (EMDR)”, en la disminución de sintomatología postraumática en mujeres víctimas de violencia de pareja en un centro de salud mental comunitario.”, encontramos que en la tabla N°1 se aprecia que los resultados mostraron que sí se disminuyó de forma significativa la sintomatología postraumática a favor del grupo experimental después de la aplicación de la psicoterapia EMDR a diferencia del grupo control los síntomas se mantuvieron con el mismo malestar. Es decir, tanto el grupo experimental y control al aplicar el pre-test se encontró no existe diferencias significativas ($p=.910 > .05$) y por ende se evidenció que ambos grupos tuvieron sintomatología postraumática como imágenes perturbadoras, creencias negativas, emociones adversas y sensaciones de dolor. Por lo que al aplicar la psicoterapia EMDR hubo cambios significativos en la sintomatología postraumática de los usuarios del grupo experimental tras la evaluación del pos test con el grupo control se obtuvo ($p=.000 < 0.01$), lo cual disminuyó la sintomatología postraumática del grupo experimental. En ese sentido, los usuarios aprendieron a manejar sus síntomas emocionales, físicos, cognitivos y conductuales. Esto se corrobora por Shapiro (2013), quien sostiene que la tendencia natural del sistema de procesamiento de la información del cerebro es desplazarse hacia un estado de salud mental y esto es posible con la aplicación del EMDR, de igual forma Gómez y Ashdown (2013), mencionan que los pacientes tratados con EMDR disminuyen significativamente la sintomatología traumática. Del mismo modo según Reusseau et al (2019), argumentan que la terapia EMDR actúa a través de las estructuras cerebrales emocionales alteradas por la sintomatología postraumática, y activa las funciones de la amígdala y el hipocampo, así como el tálamo y los ganglios basales. Afín de aliviar los recuerdos traumáticos ocasionados por las experiencias de violencia y por consiguiente estabiliza su estado emocional de los recuerdos. Esto nos permite afirmar que el EMDR disminuye significativamente la sintomatología postraumática en mujeres víctimas de violencia de pareja.

En cuanto al Objetivo específico N°2 “Determinar la intrusión como sintomatología postraumática antes y después de la aplicación de la psicoterapia EMDR en los grupos de control y experimental en mujeres víctimas de violencia de pareja” encontramos que los resultados en la tabla N°2 mostraron que en el grupo experimental disminuyó significativamente los síntomas de pensamientos recurrentes a volver a vivencias el evento estresante. A diferencia de que el grupo control los síntomas se mantuvieron en la misma

intensidad. Esto se corrobora con (Alonso 2007 citado por Martin 2013), quien sostiene que las mujeres que son víctimas de maltrato por sus parejas, muestran recuerdos intrusivos de los hechos de violencia ocasionando inseguridad. Es importante mencionar según Haour et al (2016), que la psicoterapia EMDR es el más idóneo para el tratamiento de la sintomatología postraumática, ya que permite la desensibilización de emociones, pensamientos y sentimientos provocados por las experiencias de violencia de pareja. Del mismo modo según Mosquera y knipe (2017), sostuvo que la psicoterapia EMDR aplicado a mujeres víctimas de violencia, permite a la persona acceder a sus cogniciones negativas de sí misma, con la finalidad de procesar, asimilar y resolver recuerdos perturbadores de violencia, y por ende conectarte con información adaptativa y ser capaz de concentrarse en su autocuidado. Esto nos permite afirmar que el EMDR disminuye significativamente la intrusión en mujeres víctimas de violencia de pareja.

En cuanto al Objetivo N 3 “Determinar la hiperactivación como sintomatología postraumática antes y después de la aplicación de la psicoterapia EMDR en los grupos experimental y control en mujeres víctimas de violencia de pareja” encontramos que En la tabla N°3, se observa que el nivel de sintomatología hiperactivación en el Pre Test y Pos Test en los grupos de control y experimental, los resultados mostraron que en el grupo experimental disminuyó significativamente los síntomas de conductas exageradas de vigilancia por los recuerdos vividos de violencia, a diferencia del grupo control que permaneció con la misma sintomatología de hiperactivación, es por ello según Boukezzi et al (2017) sostuvo que el uso de psicoterapias como EMDR lo antes posible después de un evento traumático para evitar un mayor empeoramiento de la sintomatología postraumática de los pacientes y alteraciones estructurales en el cerebro. Esto nos permite afirmar que el EMDR disminuye significativamente la hiperactivación en mujeres víctimas de violencia de pareja.

En cuanto al objetivo N° 4 “Determinar la evitación como sintomatología postraumática antes y después de la aplicación de la psicoterapia EMDR en los grupos experimental y control en mujeres víctimas de violencia de pareja”, encontramos que el grupo experimental y control no existe diferencias significativas ($p = .563 > .05$) antes de la aplicación de la psicoterapia EMDR. Luego de la aplicación de la psicoterapia EMDR se evidencio existe diferencia significativa ($p < 0.01$), que los usuarios del grupo experimental disminuyó significativamente los síntomas de conductas de evitar actividades y situaciones evocadoras del evento estresante sufridos por la violencia de pareja a diferencia que el grupo control los síntomas de evitación permanecieron influyendo en su estado emocional de los usuarios. Al respecto Shapiro (2013), sostuvo que la psicoterapia EMDR permites procesar los recuerdos perturbadores y dolorosos

que persisten generando, de modo que se toma lo que es útil y se desechará lo que no es necesario para curarse ya considera que las personas tienen dentro de sí los recursos necesarios para curarse y por ende lograr su recuperación tal como se corrobora con esta investigación el cual se pudo vivenciar con los propios usuarios su recuperación de su salud mental. Esto nos permite afirmar que el EMDR disminuye significativamente la sintomatología de evitación en mujeres víctimas de violencia de pareja.

En la presente investigación podemos concluir que se demostró el impacto adecuado de la aplicación de terapia EMDR en su vida diaria de las usuarias del grupo experimental, es altamente eficaz en el abordaje en la sintomatología postraumática, esto se corrobora con La Asociación Psicológica Americana otorgado en el año 2009 a la Dra. Francene Shapiro, el premio a la contribución sobresaliente a la práctica en la psicología del trauma, ya que considera a la psicoterapia EMDR como una intervención altamente efectiva.

V. CONCLUSIONES

1. Se concluye psicoterapia “EMDR”, aplicado al grupo experimental, disminuyó significativamente en la sintomatología postraumática a diferencia del grupo control en donde los síntomas postraumáticos mantuvieron similitud.
2. La aplicación de la psicoterapia “EMDR”, ha disminuido significativamente la sintomatología intrusión el grupo experimental.
3. La aplicación de la psicoterapia “EMDR”, ha disminuido significativamente la sintomatología hiperactivación del grupo experimental.
4. La aplicación de la psicoterapia “EMDR”, ha disminuido significativamente la sintomatología evitación del grupo experimental.

VI. RECOMENDACIONES

En el presente estudio los resultados son halagadores. A fin de dar a conocer el tratamiento de la sintomatología postraumática se recomienda:

- 1.** Incentivar a las instituciones privadas y estatales para que cuenten con programas de psicología, desarrollen trabajos de investigación con el método psicoterapéutico EMDR, a fin de poder intervenir los problemas de salud mental en nuestra comunidad.
- 2.** Difundir la psicoterapia EMDR, para intervención en niños, adolescentes y adultos.
- 3.** Realizar investigaciones a mayor escala para poder comprobar la efectividad de esta técnica EMDR, con otros problemas emocionales.
- 4.** Dar a conocer a las autoridades que tienen que ver con la salud mental, los datos encontrados en esta investigación.
- 5.** Se debe incluir en los programas de salud mental la aplicación de la psicoterapia EMDR ya que está considerado a esta psicoterapia la más efectiva en el abordaje de la sintomatología de estrés postraumática en las personas que sufren violencia en diferentes momentos de su vida.
- 6.** Los terapeutas que apliquen esta terapia deben ser certificados por Institute EMDR.

VII. PROPUESTA

En la presente investigación permitió que se evidencie la eficacia del tratamiento psicoterapéutico desensibilización por medio de movimientos oculares en mujeres víctimas de violencia de pareja, por los resultados son favorables en la disminución de los síntomas de intrusión, hiperactivación y evitación que componen la sintomatología postraumática; es importante considerar para futuras investigaciones poder abordar dicha sintomatología no solamente en mujeres sino también en niños, adolescentes y adultos mayores para un adecuado desarrollo de sus competencias personales, sociales y laborales; como también en las diferentes enfermedades de salud mental como depresión, ansiedad, trastornos alimenticios, trastornos de la conducta, y en el uso indebido de sustancia de sustancias. Las investigaciones son posibles ejecutar en las diferentes localidades del Perú, ya que el índice de violencia va aumentando cada vez más en los diferentes distritos y provincia alrededores, así como en los departamentos del Perú, pues es una oportunidad de poder intervenir en la población y por ende estudiar la psicoterapeutita EMDR en las diferentes problemáticas de salud mental. Los resultados permitirán intervenir a mujeres y varones sin distinción alguna en su estado emocional.

REFERENCIAS

- Aas, M., Henry, C., Andreassen, O., Bellivier, F., Melle, I., Etain, B. (2016). The role of childhood trauma in bipolar disorders. *International Journal of Bipolar Disord*, 4(2). doi: 10.1186/s40345-015-0042-0
- Amara, P. (2017). La thérapie EMDR en contexte interculturel. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 1(3), 183–195. doi:10.1016/j.ejtd.2017.06.003
- Aiquipa, J. (2015,02). Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista de Psicología*. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v33n2/a07v33n2.pdf>
- American Psychological Association (2010). *Manual de publicaciones* (3° ed.). México: Manual moderno.
- Benuto, L. (2015). Using Prolonged Exposure Therapy to Treat PostTraumatic Stress Disorder a Latina Female with a Complex Trauma History. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 15(1), 143-153. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56038720009>
- Blanco, E. &Larraz, G. (2012,10,15). EMDR: Revisión de la técnica y aplicación a un caso clínico. *Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. Recuperado de <http://www.editorialmedica.com/download.php?idart=484>
- Boukezzi, S., El Khoury-Malhame, M., Auzias, G., Reynaud, E., Rousseau, P.-F., Richard, E. y Khalfa, S. (2017). Grey matter density changes of structures involved in Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) after recovery following Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapy. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 266, 146–152. doi:10.1016/j.psychresns.2017.06.009

- Covers, M., Jongh, A., Huntjens, R., Roos, C., Hout, M. & Bicanic, I. (2019). Early intervention with eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) therapy to reduce the severity of posttraumatic stress symptoms in recent rape victims: study protocol for a randomised controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1632021. doi: 10.1080/20008198.2019.1632021
- C., Konuk, C., Cetinkaya, E., Senay, E., Sijbrandij, I., Gulen, M., Cuijpers, P. (2016). The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees: results of a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 46(12), 2583–2593. doi: 10.1017/S0033291716001070
- Castro, C., Cortinhas, S., Barbosa, M. (2014). Tratamento de fobia específica por dessensibilização e reprocessamento por meio dos movimentos oculares. *Psicologia: Teoria e Prática*, 16 (1), 31-42. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=193830151003>
- Cestoni, M., Gallardo, R., Iraheta, A., Romero, A. Villavicencio, K., Rodriguez, C., (2018). Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por medio de Movimientos Oculares en pacientes con trastornos de Estrés Postraumático. *Sinapsis UJMD*, 8(1), 51-58. Recuperado de <http://www.sinapsisujmd.org/index.php/sinujmd/article/view/28/12>
- Cieza, G. (2011). Efectos de la EMDR en los síntomas de intrusión y evitación en drogodependientes. Tesis para optar el grado de licenciado en Psicología. Universidad Cesar Vallejo de Trujillo, Perú.
- David, G. (2013). Curación emocional a máxima velocidad. El poder de EMDR. Editorial: Esly Regina Carvalho, PH.D.

- Echeburúa, E. (2019). Crítica de Artículos: Sobre el Papel del Género en la Violencia de Pareja contra la Mujer. *Anuario de Psicología Jurídica*, 29(1), 77-79. doi: h10.5093/apj2019a4
- Edna, B. Terence, M. Matthew, J. (2003) Tratamiento del estrés postraumático. Editorial Ariel, S.A. Código 8434409038.
- El Khoury-Malhame, M., Reynaud, E., Beetz, E. M., & Khalfa, S. (2017). Restoration of emotional control ability in PTSD following symptom amelioration by EMDR therapy. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 1(1), 73–79. doi:10.1016/j.ejtd.2017.01.002
- Farima, R., Dowlatabadi, S. y Behzadi, S. (2015). The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in reducing pathological worry in patients with generalized anxiety disorder: A preliminary study. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 17(1), 33-43. doi: 10.12740/APP/39259
- Fernández, C., Serrano, E., Ruiz, G., Ramírez, C., Esteve, R., López, A. (2018). Effective therapies for the treatment of complex posttraumatic stress disorder: A qualitative systematic review. *Salud Mental*, 41(2), 81-90. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2018.013
- Filgueira, M., Marrupe, H. (2015). EMDR y psicodrama narrativo transgeneracional nun dispositivo público. *Revista Oficial da Sección de Psicoloxía e Saúde do COPG*, 8(1), 227-232. Recuperado de https://copgalicia.gal/system/files/PDFs/publicacions/anuario_psicologia_e_saude_2015.pdf

- González, G., Pazn M. Vázquez, M., Ma, A. (2004). Tratamiento de un caso de trastorno por estrés postraumático con EMDR dentro de un marco cognitivo-conductual. *Clínica y Salud*, 15(3), 337-354. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617834007>
- Gómez, R. Ashdown, B. (2013). Efectividad de Tratamiento EMDR en las personas Guatemaltecas con Síntomas de Trauma Psicológico de Trauma Psicológico. *Acta de Investigación Psicológica. Psychological Research Records*, 3(3), 1264-1271. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3589/358933345006.pdf>
- Haour, F., & de Beurepaire, C. (2016). Évaluation scientifique de la psychothérapie EMDR pour le traitement des traumatismes psychiques. *L'Encéphale*, 42(3), 284–288. doi:10.1016/j.encep.2016.02.012
- Hartung, J. (2013). *Prácticas Innovadoras del Oriente al Occidente para la Salud Cuerpo – Mente*. (2° ed.). USA: Código: CO 80904.
- Hensley, B. (2010). *Manual Básico de EMDR*. New York, USA. Editorial Edesclée.
- Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, P. (2014) *Metodología de la investigación*. México. MacGraw-Hill
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). *En el Perú 66 de cada 100 mujeres de 15 a 49 años de edad alguna vez unidas fueron víctimas de violencia ejercida por su esposo o compañero*.(210). Recuperado de <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-n210-2018-inei.pdf>
- Jaramillo, A., Ripoll, K. (2018). Adaptación de un programa para la violencia situacional de parejas. *Revistas Uniandes*, 66(1), 57-70. doi: 10.7440/res66.2018.06

- Kevin van Schie, Suzanne C. van Veen, Iris M. Engelhard, Irene Klugkist & Marcel A. van den Hout (2016). Blurring emotional memories using eye movements: individual differences and speed of eye movements. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 29476. doi: 10.3402/ejpt.v7.29476
- Luber, M. (2019). *Treating Eating Disorders, Chronic Pain, and Maladaptive self-care behaviors*. New York, Estados Unidos: Springer Publishing Company.
- Lupo, W. (2015). EMDR en el tratamiento de los traumas y trastornos de apego. *Intercambios*, 35(1), 23-31. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6269874>
- Matthijssen, S., & Hout, M. (2016). The use of EMDR in positive verbal material: results from a patient study. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 30119. doi: 10.3402/ejpt.v7.30119
- Marín, C., Guillén, A. y Vergara, S. (2016). Nacimiento, desarrollo y evolución de la desensibilización y el reprocesamiento por medio de movimientos oculares (EMDR). *Clínica y Salud*, 27(1), 101–114. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v27n3/1130-5274-clinsa-27-03-00101.pdf>
- Martín, R. (2013,06,26). Tratamiento de la violencia de género con E.M.D.R. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. Recuperado de https://psicociencias.org/pdf_noticias/Tratamiento_de_la_violencia_de_genero_con_EMDR.pdf
- Mertens, G. Kryptos, A., Logtestijn, A., Landkroon, E., Veen, S. & Engelhard, I. (2019). Changing negative autobiographical memories in the lab: a comparison of three eye-movement tasks. *Memory*, 27(3), 295-305. doi: 10.1080/09658211.2018.1507041

- Milou L., Jongh, A., Rafaële, J., Huntjens, C., Roos, C., Hout, M., & Bicanic, I. (2019). Early intervention with eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) therapy to reduce the severity of posttraumatic stress symptoms in recent rape victims: study protocol for a randomised controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, *10*(1). doi: 10.1080/20008198.2019.1632021
- Minnen, A., Hendriks, L., Kleine, R., Hendriks, G., Verhagen, M. & Jongh, A. (2018). Therapist rotation: a novel approach for implementation of trauma-focused treatment in post-traumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, *9*(1), 1492836, doi: 10.1080/20008198.2018.1492836
- Michael, T. Schanz, C., Mattheus, H., Issler, T., Frommberger, U., Köllner, V. & Equit, M. (2019). Do adjuvant interventions improve treatment outcome in adult patients with posttraumatic stress disorder receiving trauma-focused psychotherapy? A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, *10*(1), 1634938. doi: 10.1080/20008198.2019.1634938
- Mosquera, D., Leeds, A., Gonzales, A. (2016). La aplicación de la terapia EMDR en el trastorno límite de la personalidad. *Journal of EMDR Practice and Research*, *10*(3), 115E-132E. doi: 10.1891/1933-3196.10.3.115
- Mosquera, D. y González, I. (2013). Terapia EMDR en el trastorno límite de personalidad EMDR therapy in borderline personality disorder, *Acción psicológica*, *10*(1), 85-96. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/acp/v10n1/monografico9.pdf>
- Mosquera, D., & Knipe, J. (2017). [Idealization and maladaptive positive emotion: EMDR therapy for women who are ambivalent about leaving an abusive partner]. *Journal of EMDR Practice and Research*, *11*(2), 61E-74E. doi:10.1891/1933-3196.11.2.E61.
- Spanish

- Montañez, P. (2013). Evaluación de un tratamiento psicológico para el estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica en ciudad Juárez (Tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona, España.
- Muñoz, J. M., & Echeburúa, E. (2016). Diferentes modalidades de violencia en la relación de pareja: implicaciones para la evaluación psicológica forense en el contexto legal español. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26(1), 2–12. doi:10.1016/j.apj.2015.10.001
- Novo, M. (2017). Desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular; ensayo piloto en pacientes bipolares, hipótesis de funcionamiento y revisión sistemática (Tesis doctoral). Universidad Autònoma de Barcelona, España.
- OMS (2017). Violencia contra la Mujer. Centro de prensa. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Pagani, M., Hogberg, G., Fernandez, I., Siracusano, A. (2015). Correlatos de la terapia EMDR en la neuroimagen funcional y estructural: Un resumen crítico de los hallazgos recientes. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9(2), 58E-68E. doi: 10.1891/1933-3196.9.2.58
- Rodríguez, M. (1996) Psicoterapia "EMDR" aplicado a un grupo de pacientes con síndrome de depresión. Tesis para optar el grado académico de Doctor en Psicología. Universidad Nacional Mayor de san Marcos de Lima, Perú. Disponible en http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/277/rodriguez_m c.pdf?sequence=1
- Rojas, J. (2017). Terapia EMDR: Un análisis a la luz de la obra de Santo Tomás (Tesis doctoral). Universitat Abat Oliba CEU, España.

- Rossoff, A. (2019). How we do what we do: The therapist, EMDR, and Treatment of Complex Trauma. *Journal of EMDR Practice and Research*, 13(1), 2-9. doi: 10.1891/1933-3196.13.1.61
- Rosas, U. y López, R. (2006), El Efecto de la Terapia EMDR en el Procesamiento de la Información Negativa en Pacientes con Depresión. Disponible en <http://reme.uji.es/articulos/numero23/article2/article2.pdf>
- Rousseau, P., Malhame, M., Reynaud, E., Boukezzi, A., Cancel, A., Zendjidjian, X., Guyon, V., Samuelian, J., Guedj, E., Chaminade, T., & Khalfa, S. (2019). Fear extinction learning improvement in PTSD after EMDR therapy: an fMRI study. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1568132. doi: 10.1080/20008198.2019.1568132
- Shapiro, F. (2004) EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) Desensibilización reprocesamiento por medio de movimientos oculares: Editorial Pax México. Código 9688602701.
- Shapiro, F. (2015). Supera tu pasado: Tomar el control de tu vida con técnicas de autoayuda de la técnica emdr. Barcelona, España: Editorial Kairós.
- Slotema, C. W., Van den Berg, D. P., Driessen, A., Wilhelmus, B. & Franken, I. (2019). Feasibility of EMDR for posttraumatic stress disorder in patients with personality disorders: a pilot study. *European journal of psychotraumatology*, 10(1), 1614822. doi: 10.1080/20008198.2019.1614822
- Solomon, R., Shapiro, F. (2014). EMDR y el Modelo del Procesamiento de la Información Mecanismos potenciales del cambio. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8 (3), 96E-107E. doi: 10.1891/1933-3196.8.3.96

Solvey, P y Ferrazzana de Solvey, R. (2006), *Terapias Avanzada* (1° ed). Buenos Aires.
Código 987-9060-S1-4.

Shapiro, F. (2004) *EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)*
Desensibilización reprocesamiento por medio de movimientos oculares: Editorial
Pax México. Código 9688602701.

Shapiro, F. (2014). EMDR therapy humanitarian assistance programs: Treating the
psychological, physical, and societal effects of adverse experiences worldwide.
Journal of EMDR Practice and Research, 8(4), 181-186. doi: 10.1891/1933-
3196.8.4.181

Universidad César Vallejo. Escuela de Postgrado. (2013). *Diseño y Desarrollo del Trabajo
de Investigación*. Trujillo, Perú: UCV

Veen, S., Engelhard, I. & Hout, N. (2016). The effects of eye movements on emotional
memories: using an objective measure of cognitive load. *European Journal of
Psychotraumatology*, 7:1, 30122. doi: 10.3402/ejpt.v7.30122

Woudenberg, C., Voorendonk, E., Bongaerts, H., Zoet, H., Verhagen, M., Lee, C., Minnen, A. &
Jongh, A. (2018). Effectiveness of an intensive treatment programme combining prolonged
exposure and eye movement desensitization and reprocessing for severe post-traumatic
stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1487225. doi:
10.1080/20008198.2018.1487225

Zorrilla, I. (2018). *Tratamiento de la sintomatología traumática con EMDR: Diseños de caso
único* (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Educación a distancia UNED,
España.

ANEXOS

1. Carta de consentimiento informado para participar en el programa de investigación.

Lugar: Fecha:

Por medio del presente acepto participar en el programa de investigación titulado: “Psicoterapia EMDR en la sintomatología Postraumática en mujeres víctimas de violencia de pareja en un centro de salud mental comunitario”.

“Psicólogo: _____

El objetivo principal para el presenta trabajo es: Determinar el nivel de influencia de la psicoterapia de Desensibilización y Reprocesamiento por los Movimientos Oculares (EMDR) en la disminución de sintomatología postraumática en mujeres víctimas de violencia de pareja en mujeres de un centro de salud mental comunitaria de Trujillo 2019.

Se me ha explicado participación consistirá en:

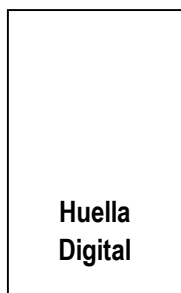
Expongo que se me ha informado ampliamente sobre los posibles inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, beneficios que son los siguiente:

Los beneficios son: la disminución de la sintomatología postraumática asociado a los eventos de violencia de pareja. El tratamiento de la sintomatología postraumática con la psicoterapia EMDR no implica efectos secundarios significativos de los usuarios participantes. El procedimiento de la psicoterapia EMDR contempla mecanismos de autocontrol en el caso se presente algunos inconvenientes.

El investigador se ha comprometido en brindar información oportuna sobre el procedimiento adecuado de la terapia que pudiera ser favorable para mí, así como aclarar alguna pregunta o duda que le pudiera manifestar acerca de las técnicas psicológica que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios relacionados con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente.

Los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial a fin de que no se me identifique en las presentaciones o publicaciones que deriven del estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer a mi permanencia en el mismo



2. Validez de la escala de impacto de suceso revisada (EIE-R).

Validez de Contenido

Los resultados del juicio de los nueve expertos, que evaluaron la escala del impacto de sucesos revisada (EIE-R), fueron procesados con el estadístico de V de Aiken, lo que se muestra en cada uno de los componentes.

Validez de contenido en coherencia

La totalidad de los ítems que pertenecen a este componente, presentan índices de acuerdo (IA) de 1.00 y ($p < .05$), lo cual indica que dichos ítems son considerados válidos y tienen relación lógica con lo que se está midiendo. Tabla (22)

Tabla 22

Coefficiente de Aiken para la validez de contenido en coherencia de los ítems de la escala del impacto de sucesos revisada (EIE-R).

Ítem	V	Sig.(p)	IA
1	1	.002**	1.00
2	0.89	.020**	1.00
3	1	.002**	1.00
4	1	.002**	1.00
5	1	.002**	1.00
6	1	.002**	1.00
7	1	.002**	1.00
8	1	.002**	1.00

9	1	.002**	1.00
10	1	.002**	1.00
11	1	.002**	1.00
12	0.89	.020**	1.00
13	0.89	.020**	1.00
14	1	.002**	1.00
15	0.89	.020**	1.00
16	0.89	.020**	1.00
17	1	.002**	1.00
18	1	.002**	1.00
19	1	.002**	1.00
20	0.89	.020**	1.00
21	1	.002**	1.00
22	1	.002**	1.00

Nota:

V : Coeficiente V de Aiken

Sig. (p): Probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo cierta.

**p<.05: Valido

IA : Índice de acuerdo

Validez de contenido en claridad

Por otro lado, en cuanto a la claridad la mayoría de ítems evidencian semántica y sintaxis adecuada al 100%. A excepción de los ítems 15,17,19 que obtienen el 89%, que obtienen un índice de acuerdo de 0.89 y ($p < .05$), lo cual indica que los ítems son válidos Tabla N°23

Tabla N°23

Coefficiente de Aiken para la validez de contenido en claridad de los ítems de la escala del impacto de sucesos revisada (EIE-R).

Ítem	V	Sig.(p)	IA
1	1	0.002**	1.00
2	1	0.002**	1.00
3	1	0.002**	1.00
4	1	0.002**	1.00
5	1	0.002**	1.00
6	1	0.002**	1.00
7	1	0.002**	1.00
8	1	0.002**	1.00
9	1	0.002**	1.00
10	1	0.002**	1.00
11	1	0.002**	1.00
12	1	0.002**	1.00
13	1	0.002**	1.00
14	1	0.002**	1.00

15	0.89	0.020**	0.89
16	1	0.002**	1.00
17	0.89	0.020**	0.89
18	1	0.002**	1.00
19	0.89	0.020**	0.89
20	1	0.002**	1.00
21	1	0.002**	1.00
22	1	0.002**	1.00

Nota:

V : Coeficiente V de Aiken

Sig. (p) : Probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo cierta

**p<.05 : Valido

Validez de contenido en relevancia

En lo que respecta a la relevancia, en los veintidós ítems que forman parte de la escala del impacto de sucesos revisada, hubo total concordancia en la precisión de los nueve jueces (concordancia al 100%); criterio según el cual todos los ítems son importantes y deben ser incluidos en el cuestionario. Tabla N°24.

Tabla N°24

Coefficiente de Aiken para validez de contenido en relevancia de los ítems de la escala del impacto de sucesos revisada (EIE-R).

Ítem	V	Sig.(p)	IA
1	1	0.002**	1.00
2	1	0.002**	1.00
3	1	0.002**	1.00
4	1	0.002**	1.00
5	1	0.002**	1.00
6	1	0.002**	1.00
7	1	0.002**	1.00
8	1	0.002**	1.00
9	1	0.002**	1.00
10	1	0.002**	1.00
11	1	0.002**	1.00
12	0.89	0.020**	0.89

13	1	0.002**	1.00
14	1	0.002**	1.00
15	0.89	0.020**	0.89
16	1	0.002**	1.00
17	1	0.002**	1.00
18	1	0.002**	1.00
19	1	0.002**	1.00
20	1	0.002**	1.00
21	1	0.002**	1.00
22	1	0.002**	1.00

Nota:

V : Coeficiente V de Aiken.

Sig.(p) : Probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo cierta.

**p<.05 : Valido

FICHA TECNICA.

Escala del Impacto de Sucesos Revisada (E.I.E-R)

Nombre de la Prueba:	Escala del impacto de Sucesos Revisada (E.I.E-R)
Nombre original:	Impact of Event Scale-Revised (IES-R).
Autores:	Horowitz, Wilner y Álvarez
Año:	1979
Versiones	IES-R (Weiss DS, Mamer CR, 1996).
Adaptación española	Baguena, Villarroya, Beleña, Diaz, Roldan y Reig (2001).
Objetivos:	Evalúa el malestar subjetivo que acompaña y sigue a las experiencias estresantes y/o traumática.
Administración:	Individual o colectiva
Tiempo de aplicación:	Entre 10 minutos a 15 minutos
Población:	Adultos que han estado expuestos (vivido, presenciado u oído) a un evento altamente estresante.
Significación:	La escala consta de 22 ítems, 07 de intrusión recuerdos recurrentes que provocan malestar y en los que incluyen imágenes, pensamientos o percepciones que la persona actúe o tiene la sensación de que el evento está ocurriendo, 8 de evitación de pensamiento, sentimientos o conversaciones sobre el evento, así como evitar actividades, personas o lugares que recuerden el trauma, sensación de desapego frente a los demás y restricción de la vida afectiva, 7 de hiperactivación, entendida como enojo e irritabilidad (respuesta exagerada de sobresalto, problemas de concentración, activación fisiológica, hipervigilancia).

Dimensiones

Intrusión: 1,2,3,6,9,16,20

Bajo: 0-09 Medio: 10-19 Alto: 20-28

Hiperactivación: 4,10,14,15,18,19 y 20

Bajo: 0-09 Medio: 10-19 Alto: 20-28

Evitación: 5,7,8,11,12,13,17 y 22

Bajo: 0-10 Medio: 11-21 Alto: 22-32

Total, de puntaje en la escala de impacto de sucesos Revisada

Bajo: 0-29, Medio: 30-59 y Alto: 60-88

Escala de Impacto de Eventos Revisada (EIE-R)

Nombres y Apellidos: Edad.....Fecha.....

Seleccione el suceso vital más estresante en su vida reciente

Debe responder con que frecuencia ha experimentado cada uno de estos síntomas en una Escala de cuatro intervalos (nunca) (raras veces), (a veces) y (a menudo), en los últimos siete días.

N°		Nunca	Raras veces	A veces	A menudo
1	Cualquier recuerdo me hacía volver a sentir lo que sentí antes.				
2	Tengo problemas para permanecer dormido.				
3	Otras cosas me hacían pensar en el suceso.				
4	Me sentía irritable y enojada.				
5	Procuraba no alterarme cuando pensaba o recordaba lo sucedido.				
6	Pensaba en ello aun cuando no quería.				
7	Sentía como si no hubiera sucedido o no fuese real.				
8	Me mantenía lejos de cualquier cosa que me recordara lo sucedido.				
9	Imágenes del suceso asaltan mi mente.				
10	Me sobresaltaba y asustaba fácilmente.				
11	Intentaba no pensar en el suceso.				
12	Me daba cuenta de que quedaban muchos sentimientos sin resolver.				
13	Mis sentimientos sobre el suceso estaban como paralizados.				
14	Me encontraba como si estuviese funcionando o sintiendo como durante el evento.				
15	Tengo problemas para conciliar el sueño.				
16	Me invaden oleadas de fuertes sentimientos sobre lo sucedido.				
17	Intentaba apartarlo de mi memoria.				
18	Tenía problemas de concentración.				
19	Cosas que me recordaban lo sucedido me causaban reacciones físicas tales como sudoración, problemas para respirar, náuseas o latidos cardiacos.				
20	Soñaba con lo sucedido.				
21	Me sentía vigilante y n guardia.				
22	Intentaba no hablar de ello.				

3. Validez de la psicoterapia EMDR

3.1 Validez de Contenido

Los resultados del juicio de los cinco expertos, de la Técnica desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR), fueron procesados con el estadístico de V de Aiken, lo que se muestra en cada uno de los componentes.

Validez de contenido en coherencia

La totalidad de los ítems que pertenecen a este componente, presentan índices de acuerdo (IA) de 1.00 y ($p < .05$), lo cual indica que dichos ítems son considerados válidos y tienen relación lógica con lo que se está midiendo. Tabla (25)

Tabla 25

Coefficiente de Aiken para la validez de contenido en coherencia de los ítems de Técnica desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR).

Ítem	V	Sig.(p)	IA
1	1	.002**	1.00
2	1	.020**	1.00
3	1	.002**	1.00
4	1	.002**	1.00
5	1	.002**	1.00
6	1	.002**	1.00
7	1	.002**	1.00
8	1	.002**	1.00

Nota:

V : Coeficiente V de Aiken

Sig. (p): Probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo cierta.

** $p < .05$: Valido

IA : Índice de acuerdo

Validez de contenido en claridad

Por otro lado, en cuanto a la claridad los ítems evidencian semántica y sintaxis adecuada al 100%, que obtienen un índice de acuerdo de 1.00 y ($p < .05$), lo cual indica que los ítems son válidos Tabla N°26

Tabla N°26

Coefficiente de Aiken para la validez de contenido en claridad de los ítems de la Técnica desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR)

Ítem	V	Sig.(p)	IA
1	1	0.002**	1.00
2	1	0.002**	1.00
3	1	0.002**	1.00
4	1	0.002**	1.00
5	1	0.002**	1.00
6	1	0.002**	1.00
7	1	0.002**	1.00
8	1	0.002**	1.00

Nota:

V : Coeficiente V de Aiken

Sig. (p) : Probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo cierta

** $p < .05$: Valido

Validez de contenido en relevancia

En lo que respecta a la relevancia, en los veintidós ítems que forman parte de la escala del impacto de sucesos revisada, hubo total concordancia en la precisión de los nueve jueces (concordancia al 100%); criterio según el cual todos los ítems son importantes y deben ser incluidos en el cuestionario. Tabla N°27.

Tabla N°27

Coefficiente de Aiken para validez de contenido en relevancia de los ítems de la Técnica desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR).

Ítem	V	Sig.(p)	IA
1	1	0.002**	1.00
2	1	0.002**	1.00
3	1	0.002**	1.00
4	1	0.002**	1.00
5	1	0.002**	1.00
6	1	0.002**	1.00
7	1	0.002**	1.00
8	1	0.002**	1.00

Nota:

V : Coeficiente V de Aiken.

Sig.(p) : Probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo cierta.

**p<.05 : Valido

EVALUACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el programa que tiene como título: “Psicoterapia EMDR en la sintomatología Postraumática en mujeres víctimas de violencia de pareja en un centro de salud mental comunitario”. La evaluación de este programa es muy importante para lograr su validez y para que los resultados obtenidos se usen eficientemente en el área de Educación como a sus aplicaciones. Agradecemos su colaboración.

DATOS GENERALES DEL JUEZ

Nombre del Juez

Grado profesional: Licenciados () Maestría () Doctor ()

Área de Formación académica: Clínica () Organizacional ()
Educativa () Social ()

Áreas de experiencia profesional:

Institución donde labora:

Tiempo de experiencia profesional en el área : 2 a 4 años ()
Más de 5 años ()

Experiencia en Investigación con Programas de intervención: Título del estudio realizado.

PROPÓSITO DE LA EVALUACIÓN:

- Validar el contenido del programa.
- Juzgar la pertinencia de las actividades y técnicas de intervención de acuerdo a los objetivos diseñados por el autor (a).

DATOS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Nombre del programa:	Psicoterapia EMDR en la sintomatología Postraumática en mujeres víctimas de violencia de pareja en un centro de salud mental comunitario.
Autores:	Benites Romero, Antonio Miguel
Objetivo:	Determinar el nivel de influencia de la psicoterapia de Desensibilización y Reprocesamiento por los Movimientos Oculares (EMDR) en la disminución de sintomatología postraumática en mujeres víctimas de violencia de un centro de salud comunitaria de Trujillo 2019.
Número de sesiones:	05
Tiempo de aplicación:	90 minutos aproximadamente por sesión.
Ámbito de aplicación:	30 usuarias mujeres víctimas de violencia de pareja de un “Centro de Salud Mental Comunitario”, Trujillo.

SOPORTE TEÓRICO

ÁREA	FASES	Definición
<p>Psicoterapia de desensibilización y reprocesamiento por medio de movimientos oculares (EMDR), está orientada a reprocesar una experiencia traumática a un estado más adaptativa a través de estimulación bilateral (Shapiro, 2004).</p>	<p>Fase uno: Toma de historia</p>	<p>Establece alianza terapéutica, historia psicosocial criterios de selección e Identificación blancos para procesamiento de eventos positivos de la vida del usuario.</p>
	<p>Fase dos: preparación</p>	<p>Brinda el consentimiento informado, ejecuta la Psicoeducación, estabiliza y desarrollar técnicas de autocontrol y reforzar la alianza terapéutica</p>
	<p>Fase tres: Evaluación.</p>	<p>Consiste en evaluar la experiencia más significativa y la imagen. También evaluar cognición negativa y positiva, la emoción (VOC y SUDS) y por ende evaluar la sensación corporal asociada al recuerdo traumático.</p>
	<p>Fase cuatro desensibilizaciones.</p>	<p>Consiste en lograr procesar experiencia hacia resolución adaptativa (SUD:0) y conseguir procesar los canales para poder permitir la asimilación de recuerdos e incorporar patrones para experiencias positivas.</p>
	<p>Fase cinco Instalación.</p>	<p>Permite incorporar conexiones con redes cognitivas positivas e Incrementar efectos de generalización dentro de los recuerdos asociados.</p>
	<p>Fase seis: chequeo corporal.</p>	<p>Lograr revisar si hay componentes residuales del material procesado en la sensación del cuerpo, y en caso se encuentre procesarlo.</p>

	Fase siete - cierre.	
	Fase ocho: reevaluación.	Consiste en evaluar los cambios del usuario respecto al blanco trabajado y permite lograr asegurar reprocesamiento completo a lo largo del tiempo.

PRESENTACIÓN DE INSTRUCCIONES PARA EL JUEZ:

A continuación, a usted le presento el PROGRAMA TITULADO: *“Psicoterapia EMDR en la sintomatología Postraumática en mujeres víctimas de violencia de pareja en un centro de salud mental comunitario”*. Y SE SOLICITA QUE REALICE LA CALIFICACIÓN. De acuerdo con los siguientes indicadores, califique cada uno de los ítems según corresponda.

Categoría	Calificación	La actividad y/o procedimientos
CLARIDAD La actividad se comprende fácilmente, es decir, el procedimiento está adecuadamente descrito.	1. No cumple con el criterio.	La actividad no es clara.
	2. bajo nivel.	La actividad requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	3. Moderado nivel.	Se requiere una modificación muy específica
	4. Alto nivel	La actividad es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA	1 No cumple con el criterio	La actividad no tiene relación lógica con objetivo que se está midiendo

La actividad tiene relación lógica con la el objetivo que se está midiendo	2. Bajo nivel	La actividad tiene una relación tangencial con objetivo que se está midiendo
	3. Moderado nivel	La actividad tiene una relación moderada objetivo que se está midiendo
	4. Alto nivel	La actividad se encuentra completamente relacionado con el objetivo que se está midiendo
RELEVANCIA La actividad es esencial o importante, es decir contribuye al desarrollo de los objetivos propuestos	1. No cumple con el criterio	La actividad puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2. Bajo nivel	La actividad tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	La actividad es relativamente importante.
	4. Alto nivel	La actividad es muy relevante y debe ser incluido.

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente

1 No cumple con el criterio
2. Bajo nivel
3. Moderado nivel
4. Alto nivel

DIMENSIÓN DEL PROGRAMA

Fase Uno: Toma De Historia

OBJETIVO DE LA FASE: Determinar si el usuario está en las condiciones de procesar la sintomatología postraumática y desarrollar un plan de tratamiento en exhaustivo.

Objetivo de la actividad	Actividad	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Establecer alianzas terapéuticas Historia psicosocial Criterios de selección Identificación blancos para procesamiento de eventos positivos de la vida del usuario.	<p>PROPUESTA: Fase Uno. Toma de Historia.</p> <p>Toma la historia clínica, mientras se fortalece el vínculo terapéutico. Se comienza a recoger información de manera breve referente a los datos generales.</p> <p>Nombre y Apellidos</p> <p>Edad.</p> <p>DNI.</p> <p>Genero.</p>				

	<p>Estudios.</p> <p>Ocupación</p> <p>Familia de origen (si el estudio de caso lo requiere).</p> <p>Familia actual (relación con los miembros de la familia).</p> <p>Información prioritaria que el usuario considere importante que el terapeuta conozca.</p> <p>Que la usuaria mencione la “meta de la terapia”, en el caso del entrenamiento que mencione el “problema general” que interesa tratar (brevemente), por que ahora y como cambiaria su vida si lo lograra resolver.</p> <p>ANEXOS:</p> <p>1.1.Lista de criterios de selección de paciente.</p> <p>1.2.Hoja de trabajo de las secuencias de blancos.</p> <p>1.3.Resumen del plan de secuencias de blancos</p>				
PRODUCTO	Hojas de Trabajo resuelta por los pacientes.				

Fase Dos: Preparación

OBJETIVO DE LA FASE: Preparar a los usuarios apropiadamente para el procesamiento de blancos.

Objetivo de la actividad	Actividad	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
<p>Obtener el consentimiento informado</p> <p>Ejecutar la psicoeducación</p> <p>Estabilizar y desarrollar técnicas de autocontrol.</p> <p>Reforzar la alianza terapéutica</p>	<p>PROPUESTA:</p> <p>FASE 2:</p> <p>Se inicia aplicando el anexo 2.1. Lista de control de la fase de preparación.</p> <p>DESARROLLAR E INCREMENTAR UN LUGAR SEGURO/TRANQUILO</p> <p>IMAGEN.</p> <p><i>"Me gustaría que pensara en algún lugar donde ha estado o imagine estar sintiéndose tranquilo y seguro. Quizás en la playa o junto a un arroyo de montaña. ¿Dónde le</i></p>				

	<p><i>gustaría estar?”</i></p> <p>Emociones y sensaciones.</p> <p><i>"Mientras piensa en ese lugar tranquilo, note ¿qué ve, oye y siente en este momento?</i></p> <p><i>¿Qué nota?"</i></p> <p>Incrementar.</p> <p><i>"Concéntrese en su lugar tranquilo: observe las imágenes, los sonidos, olores y sensaciones corporales. Cuénteme qué más nota."</i></p> <p>Movimientos oculares.</p> <p><i>"Traiga la imagen de ese lugar. Concéntrese en el lugar del cuerpo donde tiene sensaciones placenteras y permítase disfrutarlas. (Pausa). Ahora concéntrese en esas sensaciones y siga mis dedos (4 a 6 pases lentos de EB). ¿Cómo se siente ahora?"</i></p> <p>En caso positivo.</p>				
--	--	--	--	--	--

	<p><i>“Concéntrese en eso. (EB) ¿Ahora qué nota?”</i></p> <p>Palabra clave.</p> <p><i>“Hay alguna palabra o frase que represente su lugar seguro? Piense en ese lugar y los sentimientos positivos que tiene cuando piensa en esa palabra. Ahora concéntrese en esas sensaciones y en la palabra ___ y siga mis dedos.” (6 a 8 EB) ¿Cómo se siente ahora? Repita y aumente los sentimientos positivos con EB varias veces.</i></p> <p>Haciéndolo sola.</p> <p><i>“Ahora me gustaría que dijera la palabra ___ y note cómo se siente.” (EB).</i></p> <p>Guiada con perturbación.</p> <p><i>“Ahora imagine una pequeña molestia y note cómo se siente. Ahora evoque esa palabra (terapeuta dice la palabra) _____ y note cualquier cambio en su cuerpo. (EB). ¿Qué notó? Si ocurrió un cambio positivo aumentelo con EB varias veces.</i></p>				
--	--	--	--	--	--

	<p>HACIÉNDOLO SOLO/A CON PERTURBACIÓN.</p> <p><i>“Ahora me gustaría que piense en otra molestia leve y evoque esa palabra ___ por su cuenta. Una vez más, note especialmente si aparece algún cambio en su cuerpo mientras se concentra en su palabra clave.” Si ocurrió un cambio positivo auméntelo con EB varias veces.</i></p> <p>Medir.</p> <p>En una escala donde 1 se siente neutral y siete se siente completamente placentera.</p> <p>¿Cómo se siente ahora?.....anotar número.</p> <p>Práctica.</p> <p><i>“Me gustaría que practique usando su palabra clave y su lugar seguro/tranquilo de aquí hasta la próxima sesión, cada vez que se sienta un poco molesto. Note qué sucede y hablaremos sobre eso la próxima vez que nos veamos.”</i></p> <p><u>Estrategias adicionales de auto- modulación de afecto.</u></p>				
--	--	--	--	--	--

	<p>a. Técnicas del Haz / Rayo de Luz.</p> <p>Solicitarle ala usuaria que se concentre en las sensaciones corporales perturbadoras.</p> <p>Identificar lo que sigue, preguntando “¿Si tuviera _____, ¿cómo sería?”</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. forma. 2. temperatura. 3. Tamaño 4. Textura. 5. Color. 6. Sonido (agudo o grave). <p>Preguntar: “¿Cuál es su color preferido asociado con la curación?”</p> <p>Decir: “Imagine que esa luz con su color favorito entra por encima de su cabeza y se dirige a la forma en su cuerpo. Permítase saber que la fuente de esa luz es el cosmos, de modo que cuanto más la usa, más tiene a su disposición. La luz se dirige directamente a la</p>				
--	---	--	--	--	--

	<p><i>forma y la penetra, resuena, y vibra alrededor y dentro de ella. Mientras esto sucede, ¿qué pasa con la forma, tamaño o color?”</i></p> <p><i>Si la usuaria manifiesta que está cambiando de alguna manera, siga repitiendo las palabras subrayadas y pidiendo retroalimentación hasta que la forma haya disminuido por completo. Generalmente esto concuerda con la desaparición del sentimiento perturbador. Después que se siente mejor, llevar la luz a cada parte del cuerpo de la persona y ofrecerle un enunciado positivo de paz y calma para usar hasta la próxima sesión. Pida al paciente que vuelva a ser consciente de lo exterior, a la cuenta de cinco.</i></p> <p>b. Técnicas de la Espiral.</p> <p>Se solicita al paciente que evoque un recuerdo perturbador y se concentre en las sensaciones corporales que acompañan a la perturbación. Se le dice que es un ejercicio de imaginación y no hay respuestas correctas o incorrectas.</p>				
--	--	--	--	--	--

	<p><i>“Cuando evoca el recuerdo, ¿Cómo lo siente de 0 a 10?”</i></p> <p><i>“¿En qué parte del cuerpo lo siente?”</i></p> <p>Después el terapeuta pide al paciente que se enfoque en sensaciones corporales.</p> <p><i>“Concéntrese en eso que siente en su cuerpo. Ahora, imaginemos que los sentimientos son energía. Si la sensación se moviera en espiral ¿en qué dirección iría, en el sentido de las agujas del reloj o al revés?”</i></p> <p>Sin importar la respuesta del paciente, diga. “Bien” e indícale que mueva la espiral en la dirección opuesta:</p> <p><i>“Ahora con su mente, cambie la dirección y mueva la espiral _____ (en el sentido de las agujas del reloj o al revés para indicar la dirección opuesta). Simplemente note qué sucede cuando se mueve en la dirección opuesta”.</i></p> <p>Pregunte: <i>“¿Qué sucede?”</i></p>				
--	---	--	--	--	--

	<p>Si la técnica funciona, el paciente manifestará que al moverse en la dirección opuesta los sentimientos se disipan y el SUD baja. Enséñele al paciente para que la use por su propia cuenta. Si el paciente dice que la espiral no cambia, no se mueve, elija otra técnica.</p> <p>C. CAMBIO DE RESPIRACIÓN.</p> <p><input type="checkbox"/> Solicite al paciente que evoque un recuerdo feliz, bueno o positivo. Trate de usar el afecto más conveniente. Pídale que note dónde empieza su respiración y que ponga la mano sobre ese lugar de su cuerpo. Déjelo respirar un momento e instrúyalo para que note cómo se siente. Ahora pídale que evoque un recuerdo con un bajo nivel de perturbación y note cómo su respiración cambia. Pídale que ponga la mano sobre ese sitio de su cuerpo. Ahora dígame que cambie su mano al lugar anterior y deliberadamente cambie su patrón respiratorio. Esto debería disipar la perturbación. Enséñelo al paciente para que lo haga por su propia cuenta.</p>				
--	--	--	--	--	--

	<p>D. RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA.</p> <p>□ Pídele al paciente que inspire profundamente y llene sus pulmones de aire. Si no sabe cómo hacerlo, sugiérale que ponga su mano sobre el estómago y la empuje hacia fuera, inflando el estómago.</p> <p><i>“Mantenga la respiración contando despacio hasta “cinco” y luego exhale lentamente.”</i></p> <p>E. TÉCNICA DEL RECUERDO AGRADABLE.</p> <p>Pídele al paciente que busque un recuerdo agradable y que cuando lo tenga ponga su mano en el centro de su pecho. Cuando ponga su mano en el pecho, dígame que expanda por todo su cuerpo esas emociones y sensaciones corporales agradables.</p> <p><u>ANEXO</u></p> <p>2.1. LISTA DE CONTROL DE LA FASE DE PREPARACIÓN</p>				
--	--	--	--	--	--

FASE TRES EVALUACIÓN.

OBJETIVO DE LA FASE: Acceder y activar el blanco elegido para el procesamiento EMDR estimulando aspectos primarios del recuerdo.

Objetivo de la actividad	Actividad	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
<p>Evaluar la experiencia más significativa y la imagen.</p> <p>Evaluar cognición negativa y positiva, la emoción (VOC y SUDS)</p> <p>Evaluar la sensación corporal asociada al recuerdo traumático</p>	<p>HOJA DE TRABAJO DE FASE 3</p> <p>RECORDATORIO: El incidente elegido como blanco para reprocesar (denominado “blanco original” durante el reprocesamiento) representa el problema presentado y la imagen representa una escena del incidente señalado.</p> <p>Por favor <i>escriba las respuestas</i> del usuario a las siguientes preguntas.</p> <p>Instrucciones específicas: “A menudo haremos un simple chequeo de lo que Ud. está experimentando. Necesito saber exactamente qué está pasando lo más claramente posible. A veces las cosas van a cambiar y a veces, no. En este proceso no hay “supuestos”. Sólo deme la retroalimentación más exacta posible sobre lo que está sucediendo sin juzgar si debería o no</p>				

	<p>ocurrir. Deje que pase lo que tenga que pasar.” (Recuerde decirle al paciente que cuenta con la Señal de Pare</p> <p>Blanco (Incidente elegido para reprocesamiento, denominado “El Blanco Original”)_____</p> <p>Imagen: La más ‘perturbadora: “¿Qué imagen representa la peor parte del incidente?” Si no hay imagen: “Que surge cuando piensa en ese incidente?” _____</p> <p>Creencia Negativa:</p> <p>“Cuando piensa en esa imagen (o incidente), ¿qué cree negativo sobre usted mismo ahora?”</p> <p>_____</p> <p>Creencia Positiva:</p> <p>“Cuando piensa en esa imagen (o incidente), ¿qué le gustaría creer sobre usted mismo ahora?” _____</p> <p>VoC (Validez de la creencia):</p>				
--	---	--	--	--	--

	<p>“Cuando piensa en esa imagen (o incidente), ¿cuán verdaderas siente ahora las palabras (Repetir la CP) _____ en una escala del 1 al 7, en donde las siente completamente falsas y donde las siente completamente verdaderas?”</p> <p>Completamente falsas 1 2 3 4 5 6 7 Completamente verdaderas.</p> <p>Emociones/Sentimientos:</p> <p>“Cuando piensa en esa imagen (o incidente) y en las palabras (Repetir la CN) _____ ¿Qué emoción(es) siente ahora?”</p> <p>_____</p>				
--	--	--	--	--	--

Fase Cuatro Desensibilización

OBJETIVO DE LA FASE: - Conseguir reprocesamiento del recuerdo y chequeo de nuevos canales.

Objetivo de la actividad	Actividad	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
<p>Lograr procesar experiencia hacia resolución adaptativa (SUD:0)</p> <p>Lograr procesar los canales para poder permitir la asimilación de recuerdos e incorporar patrones para</p>	<p><u>PASOS DEL PROCEDIMIENTO PARA LAS FASES 4-7</u></p> <p>FASE 4 – DESENSIBILIZACIÓN: Reprocesamiento y chequeo de nuevos canales.</p> <p>Iniciar Desensibilización: <i>Frase Integradora:</i></p> <p><i>“Vuelva a esa imagen, a esas palabras negativas (terapeuta repite la CN), note en donde lo siente en el cuerpo y siga mis dedos (o estimulación bilateral alternativa).” (EB 25-35).</i></p>				

<p>experiencias positivas.</p>	<p>REPROCESAMIENTO. Al final de cada tanda de EB, diga:: <i>“Respire hondo... ¿Qué surgió?”</i> Después de la respuesta diga: <i>“Siga observando”</i>. (EB 25-35).</p> <p>Repetir: <i>“Respire hondo... ¿Qué surgió?”...“Siga observando”</i>.</p> <p>Mientras que el paciente reporte cambios, continúe alternando tandas de EB con los informes del paciente; hasta que la paciente deje de reportar cambios durante dos tandas seguidas de EB. Entonces pase a B. (EB 25-35).</p> <p>VOLVER AL BLANCO.</p> <p><i>“Regrese al incidente original ¿cómo es ahora?”</i> Después de la respuesta diga:</p> <p><i>“Siga observando”</i>. (EB25-35).</p>				
------------------------------------	---	--	--	--	--

	<p>Repetir: “Respire hondo... ¿Qué surgió?”... “Siga observando”. (EB 25-35).</p> <p>Mientras que el paciente reporte cambios, continúe alternando tandas de EB con los informes del paciente.</p> <p>Cuando el paciente ha regresado al blanco dos tandas seguidas de EB y sigue sin reportar cambios, chequear SUDS. Pase a C.</p> <p>CHECAR SUDS</p> <p>“Regrese al incidente original. En una escala donde 0 es ninguna perturbación o neutral y 10 es la máxima perturbación que usted pueda imaginar, ¿cuánta perturbación <u>siente ahora?</u>” _____ Si SUDS mayores a 0 diga: “Siga observando”. (EB 25-35) Si SUDS de 0 o validez ecológica pasamos a Fase 5.</p> <p>Repita los pasos A, B y C, hasta que los SUDS sean 0 o tengan validez ecológica.</p>				
PRODUCTO	Procesar las experiencias de vida a situaciones positivas.				

Fase cinco Instalación

OBJETIVO DE LA FASE: Lograr reforzar las conexiones entre el recuerdo reprocesado y una red de memoria adaptativa y acrecentar su generalización a lo largo de la neuro- red.

Objetivo de la actividad	Actividad	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
<p>Incorporar conexiones con redes cognitivas positivas.</p> <p>Incrementar efectos de generalización dentro de los recuerdos asociados.</p>	<p>FASE 5- INSTALACIÓN.</p> <p>LIGAR LA CREENCIA POSITIVA DESEADA CON EL RECUERDO/INCIDENTE O IMAGEN ORIGINAL.</p> <p>CHEQUER LA CREENCIA POSITIVA INICIAL.</p> <p><i>“Cuando recuerda el incidente original, ¿todavía es válida la creencia positiva</i></p> <p><i>(Repetir la CP), o hay otras palabras positivas que sienta más apropiadas?”</i></p> <hr/>				

	<p>CHEQUEAR EL VoC.</p> <p><i>“Cuando piensa en el incidente, ¿cuán verdaderas siente <u>ahora</u> las palabras (repetir la CP), en una escala del 1 al 7, en donde 1 las <u>siente completamente falsas</u> y 7 las <u>siente completamente verdaderas?</u>” _____</i></p> <p>UNIR LA CP CON EL BLANCO Y AGREGAR EB.</p> <p><i>“Piense en el incidente y manténgalo junto con las palabras (repetir la creencia positiva elegida). Ahora deje que surja lo que tenga que surgir.”</i></p> <p>Haga tandas de EB (misma velocidad y duración aproximada como en la Desensibilización) para instalar por completo la CP (VoC=7).</p> <p>Después de cada tanda pregunte: ¿Qué surgió?</p> <p>Chequeé el VoC cuando ya no haya cambios en lo que reporta la paciente, ya sea perturbador o adaptativo.</p>				
--	--	--	--	--	--

	<p>“En una escala de 1 a 7, ¿cuán verdaderas <u>siente</u> que son ahora esas palabras (CP) cuando piensa en el evento?” _____</p> <p>Continúe la instalación en tanto el material se vaya volviendo más adaptativo. Continúe las tandas de EB hasta que el VoC no se refuerce más. Una vez que el VoC sea 7 o ecológico, vaya a la Fase 6: Chequeo Corporal.</p> <p>Si el paciente manifiesta un 6 o menos, cheque si es ecológico o, si es necesario, trabaje con creencias limitantes, utilizando reprocesamiento adicional..</p>				
PRODUCTO	Resolución de la ficha “conexiones positivas”.				

Fase Seis Chequeo Corporal.

OBJETIVO DE LA FASE: Lograr completar reprocesamiento de cualquier perturbación residual asociada con el blanco.

Objetivo de la actividad	Actividad	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
<p>Lograr revisar si hay componentes residuales del material procesado en la sensación del cuerpo, y en caso se encuentre procesarlo.</p>	<p>FASE6- CHEQUEO CORPORAL.</p> <p><i>“Cierre los ojos y mantenga en su mente el incidente original y (repetir la creencia positiva). Luego preste atención a las distintas partes de su cuerpo, desde la cabeza hasta los pies. Al finalizar dígame si hay algún punto en el que sienta tensión, tirantez o alguna sensación inusual.”</i> FASE 6-CHEQUEO CORPORAL (Continuación).</p> <p>Reprocesar cualquier sensación negativa o fortalecer las positivas con tandas estándar (25-35) de estimulación bilateral. Una vez que ya no haya cambios en lo que reporta la paciente, pase a la fase 7.</p>				
PRODUCTO	Desarrollar la estabilidad corporal				

Fase 7-Cierre.

OBJETIVO DE LA FASE: Lograr cerrar la sesión y estabilizar al usuario.

Objetivo de la actividad	Actividad	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
<p>Lograr asegurarse la estabilidad del paciente al final de la sesión y entre sesiones.</p>	<p>FASE 7-CIERRE. PROCEDIMIENTO PARA CERRAR UNA SESIÓN DE BLANCO INCOMPLETO.</p> <p>Es cuando el material del paciente aún no se resuelve. Por ejemplo, está obviamente perturbado/a, o los SUDS no han llegado a 0, o el VoC a 7. O no se ha tenido tiempo de hacer el Chequeo Corporal.</p> <p>El siguiente es un procedimiento para cerrar una sesión incompleta. Su propósito es reconocerle a al paciente sus logros y dejarlo bien estabilizado antes de que abandonen el consultorio.</p> <p>Pasos:</p> <p>Indíquele al paciente en motivo de detenerse. <i>“Casi se nos termina el tiempo y necesitaremos detenernos pronto”</i>. De aliento y soporte</p>				

	<p>por la acción realizada. <i>“Ha hecho un buen trabajo y aprecio su esfuerzo ¿Cómo se siente?”</i>.</p> <p>Hacer ejercicios de contención. “Me encantaría recomendarle un ejercicio de relajación. ¿Cuál desea hacer? Si la paciente no tiene ninguna idea la terapeuta sugiere una forma de relajación. Por ejemplo: Lugar Seguro/Tranquilo, Haz/Rayo de Luz, Recuerdo Agradable.</p> <p>Lea el enunciado de cierre.</p> <p>ENUNCIADO DE CIERRE DE LA EXPERIENCIA</p> <p><i>“El procesamiento que hemos realizado puede continuar después de nuestra sesión. Puede que note o no nuevos insights, pensamientos, recuerdos o sueños. Si es así, note lo que está experimentando, escríbalo en su diario (disparador, imagen, creencia, emoción, sensación). Utilice el ejercicio del Lugar seguro para estabilizarse. Recuerde practicar una técnica de estabilización al menos una vez al día. Podremos trabajar sobre este nuevo material la próxima vez. Si lo considera necesario, llámeme”</i></p>				
--	--	--	--	--	--

	COMPLETAR LAS NOTAS DE RESUMEN DEL TRATAMIENTO.				
PRODUCTO	Aprenda estabilizarse.				

FASE 8 REEVALUACIÓN.

OBJETIVO DE LA FASE: Evaluar los efectos del tratamiento.

Objetivo de la actividad	Actividad	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Evaluación de los cambios del usuario respecto al blanco trabajado. Lograr asegurar reprocesamiento	<p>PROPUESTA: Cuestionario de Reevaluación-Fase 8</p> <p>PLAN DE TRATAMIENTO (Global)</p> <p><i>“Platíqueme que ha notado de diferente en su vida desde la última sesión”</i></p> <p>PREGUNTAS FRECUENTES.</p>				

<p>completo a lo largo del tiempo.</p>	<p><i>“¿Algún cambio en su forma de responder al tema que hemos estado trabajando?”</i></p> <p><i>“¿Nuevos pensamientos/insights?”</i></p> <p><i>¿Sueños?”</i></p> <p><i>“¿Cambios de conducta?”</i></p> <p><i>“¿Cambios en sus síntomas?”.</i></p> <p>BLANCO (Específico del Blanco)</p> <p><i>“Pensando en el incidente que trabajamos la última sesión, ¿qué surge ahora?”</i></p> <p>Preguntas adicionales a considerar:</p> <p><i>“¿Qué ha cambiado o es diferente acerca del incidente ahora?”</i></p> <p><i>“¿Algún nuevo Insight o pensamientos?”</i></p>				
--	---	--	--	--	--

“¿Algunas conexiones nuevas?”

REANUDAR EL PROCESAMIENTO DE UN BLANCO INCOMPLETO

ACCEDER AL BLANCO: *Recuerde el incidente sobre el que hemos estado trabajando.”*

Imagen. *“Qué imagen representa la peor parte de ese incidente ahora”*

SUDS. *“En una escala de 0 a 10, ¿cuán perturbador lo siente ahora?”*

Sensación Corporal *“¿En qué parte del cuerpo lo siente?”*

Reanudar Reprocesamiento. *“Concéntrese en esa imagen, y en donde siente las sensaciones en su cuerpo y siga mis dedos” (EB).*

Nota: Mencionar la CN en caso de que la imagen ya no sea clara y deje de producir emociones. *“Vuelva a ese incidente, a esas*

	<p><i>palabras negativas (terapeuta repite la CN), note en donde lo siente en el cuerpo y siga mis dedos (o estimulación bilateral alternativa).”</i></p> <p><u>CONSIDERACIONES DEL PLAN DE TRATAMIENTO</u></p> <p>BLANCO INCOMPLETO (SUDS mayores a 0).</p> <p>SUDS mayores a 0. Ver <u>REANUDAR EL REPROCESAMIENTO DE UN BLANCO INCOMPLETO.</u></p> <p>VoC menor a 7. Si el SUD es 0, pero el VoC no ha llegado a 7, ir directamente a la Fase 5: Instalación. Luego prosiga con los procedimientos estándar.</p> <p>NO CHEQUEO CORPORAL LIBRE DE PERTURBACIÓN. Si el</p> <p>VoC = 7, ir directamente a la Fase 6 y conducir un chequeo corporal.</p> <p>PLAN DE SECUENCIA DE BLANCOS SIN TERMINAR.</p>				
--	---	--	--	--	--

	<p>1.- EL BLANCO ORIGINAL HA FINALIZADO (SUD=0, VoC=7, Chequeo corporal libre de perturbación).</p> <p>2. Proceder a checar los incidentes remanentes identificados durante el registro de la Historia..</p> <p>Pasado. Elija como blanco y reprocese cualquier evento del pasado con SUDS mayores a 0. Emplee los protocolos estándar de las fases 3 a 8 hasta que estén totalmente reprocesados.</p> <p>Presente. Elija como blanco y reprocese cualquier disparador presente con SUDS mayores a 0. Emplee los protocolos estándar de las fases 3 a 8 hasta que estén totalmente reprocesados.</p> <p>Patrones a Futuro. Cuando todos los incidentes del pasado han sido totalmente reprocesados, proceda a correr los Patrones a Futuro para cada Disparador Presente reprocesado.</p> <p>IMPORTANTE. Termine un Plan de Secuencia de Blancos antes de abordar otro tema y su Plan de Secuencia de Blancos correspondiente.</p>				
--	--	--	--	--	--

REPROCESAR DISPARADORES PRESENTES

Segundo paso del Protocolo de las Tres Vertientes: reprocesar las situaciones actuales que causan la perturbación.

REPROCESAR LAS SITUACIONES ACTUALES QUE RESUENAN CON EL SÍNTOMA PRESENTADO Y QUE TODAVÍA CAUSAN PERTURBACIÓN, TALES COMO:

Condiciones actuales, situaciones o personas que evocan conductas evitativas o no adaptativas o perturbación emocional.

Las sensaciones físicas e impulsos pueden ser fuentes residuales de conductas evitativas o no adaptativas o perturbación emocional.

TOMAR COMO BLANCO Y REPROCESAR DISPARADORES ACTUALES

IDENTIFICADOS.

Durante la Toma de Historia si aún siguen activos.

	<p>Durante el Reprocesamiento (que no hayan sido reprocesados).</p> <p>Durante la Fase 8 –Re-evaluación.</p> <p>IDENTIFICAR EVENTOS RECIENTES QUE HAN CAUSADO QUE SURJAN LOS SÍNTOMAS (EMOCIONES, SENSACIONES, CREENCIAS CONDUCTAS).</p> <p>Diga: “¿En estos días ha tenido algún sobresalto o perturbación ante situaciones, personas, eventos o estímulos relacionados al incidente?”</p> <p>Lista:</p> <hr/> <hr/> <p>Reprocesar cada disparador presente siguiendo los pasos de las fases 3 a 8.</p> <p>Se debe de hacer un Patrón a Futuro para cada uno de los disparadores presentes ya reprocesados. La Creencia Positiva (CP) para el Guion del Patrón a Futuro será la CP (Fase 5) del</p>				
--	--	--	--	--	--

	<p>Disparador Presente reprocesado y la Sensación Corporal (Fase 6) será la obtenida en el chequeo corporal.</p> <p><u>GUIÓN DE PATRÓN A FUTURO</u></p> <p><i>"Me gustaría que se imaginara afrontando con efectividad (describir situación)_____ en el futuro. Con la nueva creencia positiva _____y su nueva sensación corporal de_____ (ej. fuerza, claridad, confianza, calma). Imagínese entrando a esa imagen o fotografía. Note ¿qué ve y cómo está manejando la situación? Note ¿qué piensa, siente y experimenta en su cuerpo? ¿Existe algún bloqueo, ansiedad o temor cuando piensa en esa escena futura?"</i></p> <p>En caso positivo, pida al paciente que se concentre en estos bloqueos e introduzca varias tandas largas de EB. Si los bloqueos no se resuelven rápido, evalúe si el paciente necesita nueva información, recursos o habilidades para visualizar cómodamente la escena futura. Introduzca la información o habilidades necesarias. Si el bloqueo aún no se resuelve y el paciente no puede visualizar la escena futura con confianza y claridad, use preguntas directas, Escaneo Afectivo, o la técnica de Flotar hacia</p>				
--	---	--	--	--	--

	<p>Atrás para identificar viejos blancos relacionados con los bloqueos, ansiedades o temores. Reprocese (fases 3 a 8) esos blancos antes de seguir con este patrón s futuro. Si no existen bloqueos aparentes y el paciente es capaz de visualizar la escena futura con confianza y claridad, pídale que se concentre en la imagen, creencia positiva y las sensaciones asociadas con la escena futura e introduzca tandas largas de EB. Haga varias tandas hasta que el patrón a futuro quede suficientemente fortalecido. Verifique VoC y chequeo corporal.</p> <p>Luego, pida al paciente que se mueva desde esa imagen o fotografía instantánea a imaginar una película sobre su desempeño en el futuro, con principio, medio y fin. Aliéntelo a imaginarse afrontando eficazmente los desafíos, disparadores o situaciones específicas. Haga algunas sugerencias para ayudarlo a inocularse frente a futuros problemas.</p> <p><i>"Esta vez me gustaría que cerrara los ojos y pasara una película, imaginándose afrontando con efectividad _____ en el futuro. Con la nueva creencia positiva _____ y su nueva sensación de _____ (fuerza, claridad, confianza, calma).</i></p>				
--	---	--	--	--	--

	<p><i>Imagínese entrando en el futuro. Asegúrese de que esta película tenga principio, medio y fin. Note qué está viendo, pensando, sintiendo y experimentando en su cuerpo. Avíseme si se encuentra con algún bloqueo. Si lo hace, simplemente abra los ojos y avíseme. Si no encuentra ningún bloqueo, avíseme cuando haya visto toda la película.”</i></p> <p>Si el paciente encuentra bloqueos, trátelos como antes (EB, entretejido cognitivo, nuevas habilidades, información, recursos, preguntas directas, Escaneo Afectivo, Flotar hacia Atrás). Si es capaz de pasar la película de principio a fin con una sensación de confianza y satisfacción, pida al paciente que la pase una vez más e introduzca tandas largas de EB.</p>				
PRODUCTO	Evaluar el tratamiento				

Firma del evalua

ANEXOS

1.1. LISTA DE CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PACIENTE

Nombre: _____ Fecha: _____

Problema: _____

Previamente Elaborar la Historia.

LISTA DE CONTROL: lo siguiente puede ser utilizado como lista de control clínico u hoja de trabajo.

OK Ha sido evaluado y es favorable para el uso de EMDR.

P Problema: Espere hasta después del entrenamiento del Fin de Semana 2, u otro entrenamiento. Espere hasta dar más preparación y estabilización.

S Se recomienda Supervisión con un terapeuta EMDR experimentado en el área indicada.

ASUNTOS CLÍNICOS.

OK **P** **S**

SIGNOS CLÍNICOS DE TRASTORNOS DISOCIATIVOS.

Historia de años de psicoterapia con pocos progresos

Preguntar al paciente si tiene diagnósticos variados a través de los años.

Preguntar al paciente si tiene una historia de internaciones psiquiátricas múltiples con diferentes diagnósticos.

Síntomas de despersonalización y/ o de desrealización. Preguntar:

Si ha sentido como si no fuera ella/el mismo (ej. Más grande o más chico).

Si la realidad circundante no le parece la misma.

Si se mira al espejo y se ve diferente de lo habitual.

Si experimenta estar “flotando” al lado o por encima de su cuerpo.

Si el entorno cotidiano le parece un sueño o como si él caminara en la niebla.

Lapsus de Memoria. Preguntar.

Si no recuerda cómo llegó a algún lugar. .

Si encuentra cosas en su casa y no recuerda haberlas comprado o cómo llegaron ahí. **Flashbacks** y pensamientos intrusivos. **Preguntar.**

a. Si tiene flashbacks y/o pensamientos intrusivos por eventos de la infancia o traumas recientes.

Síntomas Somáticos. Preguntar.

Si tiene dolores de cabeza crónicos que no son tratables con los analgésicos de venta libre

Si padece dolencias físicas y dolor que los médicos no pueden explicar.

Perturbación del sueño. Preguntar Si tiene frecuentes pesadillas o terrores nocturnos.

Depresión. Preguntar por síntomas depresivos e intentos de suicidio o ideación suicida.

GANANCIAS SECUNDARIAS. Temas de ganancia secundaria identificados y tratados apropiadamente. Preguntar: “¿Qué pasaría si deja de tener este problema?”

SEVERIDAD. El terapeuta y el paciente han considerado la severidad de los problemas que pueden ser activados, basándose en la evaluación clínica y la historia.

ok **P** **S**

PRESENTACIONES QUE REQUIEREN SUPERVISIÓN.

Las siguientes situaciones requieren Precaución y Supervisión del Caso:

Abuso de sustancias.

Intentos de suicidio.

Automutilación/Autolesión.

Severo comportamiento agresivo.

Trastornos Disociativos.

OK **P** **S**

ESTABILIZACIÓN.

Verificar si la paciente cuenta con estrategias adecuadas de estabilización y autocontrol efectivas y adaptativas en uso (no alcohol u otras sustancias), pues el paciente debe contar con medios efectivos para disipar la perturbación durante, al final o entre sesiones. Si no los tiene se los enseñaremos durante la Fase 2.

Preguntar si la paciente tiene redes de apoyo adecuadas (amigos, parientes, etc.).

Platicar sobre los temas/sistemas que puedan poner en peligro al paciente. Ej. Cónyuge agresivo.

Preguntar si el paciente es capaz de pedir ayuda si la necesita.

OK **P** **S**

CONSIDERACIONES MÉDICAS.

Considerar la salud física general, la condición médica y la edad (edad avanzada).

Medicaciones. Chequear todo lo que esté tomando, incluso remedios herbolarios.

Internar para manejar situaciones de peligro para el paciente u otros.

El dolor ocular contraindica los MO hasta tener el permiso del médico (usar otras formas de estimulación).

Cualquier discapacidad neurológica o complicación física es inapropiada para los terapeutas de la Parte I.

OK **P** **S**

CONSIDERACIONES DE TIEMPO Y DISPONIBILIDAD.

Momento apropiado a los hechos de la vida actual (proyectos, necesidades, horarios de trabajo, etc.).

Disponibilidad de ambos, terapeuta y paciente, para apoyo y /o seguimiento.

Buena voluntad /capacidad para continuar el tratamiento indicado.

Sesiones de 90 minutos (siempre que sea posible).

1.2. HOJA DE TRABAJO DE LA SECUENCIA DE BLANCOS.

PROBLEMA PLANTEADO.

“Hablemos del problema que ha decidido trabajar, platíqueme un poco más acerca de él”.

“Hábleme del incidente más reciente relacionado con ese problema”.

MAGEN. *“¿Qué imagen representa la peor parte de ese incidente?”*

CREENCIA NEGATIVA. *“Cuando piensa en esa imagen ¿qué cree negativo sobre usted mismo/a ahora?”*

INCIDENTES DEL PASADO.

TÉCNICA DE PREGUNTAS DIRECTAS.

PRIMERO:

“¿Cuándo fue la primera vez que usted se recuerda pensando (Repetir

CN)_____ Quizá en la niñez?”

“Pensando en (Repetir CN)_____ hay otro incidente más temprano?”

TÉCNICA DE FLOTAR HACIA ATRÁS.

“Con esa creencia (negativa) _____y las emociones que siente ahora, deje a su mente flotar hacia atrás hacia un momento anterior en que se haya sentido así y simplemente note qué le viene a la mente...”

TÉCNICA DE ESCANEAMIENTO AFECTIVO.

“Con esa experiencia y las emociones y sensaciones que está sintiendo ahora, permítase escanear hacia atrás hacia un momento anterior en que se haya sentido así y simplemente note qué le viene a la mente...”

RECUERDOS

EDAD

DISPARADORES PRESENTES: “¿Qué situaciones, personas o lugares en su vida actual despiertan esos sentimientos o pensamientos molestos?”

PATRÓN A FUTURO: “¿Cómo le gustaría manejar esas situaciones a futuro?”

1.3. RESUMEN DEL PLAN DE SECUENCIA DE BLANCOS.

Derivado de la Toma de Historia

PROBLEMA PLANTEADO (Por qué el/la paciente nos visita. Qué desea cambiar).

CREENCIA NEGATIVA.

BLANCO (Incidente elegido para reprocesamiento que contribuye a los problemas presentes).

Incidente (Marque uno). Primero/más temprano o Peor

Descríbalo:

***Primero o Peor.** Discuta con el paciente qué incidente abordar como blanco inicialmente. Generalmente será el primero (Evento Base). Sin embargo, si de acuerdo al juicio clínico del terapeuta con el consentimiento del paciente, se decide escoger como primer blanco otro incidente, *por estar produciendo en el presente síntomas abrumadores/deteriorantes*, el paciente debe saber que las memorias tempranas y canales asociados pueden surgir durante el reprocesamiento. El incidente acordado se convertirá en el “Blanco Original” y será el centro del ejercicio de reprocesamiento (Sesión de práctica del día 2: Fases 3-7).

INCIDENTES ADICIONALES A SER TRATADOS DENTRO DEL PLAN DE SECUENCIA DE BLANCOS.

PASADO.

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

DISPARADORES PRESENTES.

1) _____

2) _____

PATRÓN A FUTURO EN CONCORDANCIA CON EL PROBLEMA PLANTEADO.

2.1. Lista de control de la fase de preparación

Acomodar los asientos en EMDR.

- Lugar de los asientos (dos barcos que se cruzan).

Movimiento Oculares.

- Distancia de comodidad de la usuaria.
- Velocidad, comodidad (MO horizontal).
- Direcciones Alternativas (/ \).

Estimulación Bilateral Alternativa (para ser usada solo si el caso lo requiera).

- Toques y Abrazos de Mariposa.
- Auditiva.

Explicación del EMDR.

- SPIA/REM.

“Cuando ocurre un hecho perturbador puede quedar bloqueado en el cerebro con la imagen, sonidos, pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales originales. EMDR parece estimular la información y permite que el cerebro reprocese la experiencia. Quizás eso es lo que sucede al dormir con el Movimiento Ocular Rápido. Los movimientos oculares (tonos, toques, Abrazo de la Mariposa) pueden ayudar a procesar el material inconsciente. Es su propio cerebro el que va a lograr la curación y es usted quien tiene el control.”

Estabilidad del Paciente/Estrategias de afrontamiento:

- Metáfora (tren/vídeo).

“Para ayudarlo a “notar simplemente” la experiencia, imagínesse viajando en un tren o viendo un vídeo, y que las imágenes, los sentimientos, los pensamientos, etc., solo están pasando. Deje que surja lo que tenga que surgir.

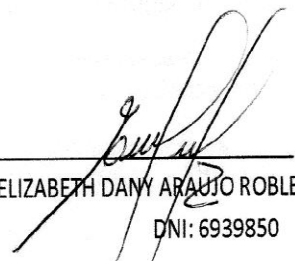
- Señal de Pare. Pedirle a la paciente que levante la mano.

ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD
DE LOS TRABAJOS ACADÉMICOS DE LA UCV

Yo, ELIZABETH DANY ARAUJO ROBLES docente del Doctorado en Psicología de la Escuela de Posgrado – Trujillo; y revisor del trabajo académico titulado: Psicoterapia EMDR en la sintomatología Postraumática en mujeres víctimas de la violencia de pareja en un centro de salud mental comunitario, del estudiante BENITES ROMERO, ANTONIO MIGUEL he constatado por medio del uso de la herramienta **turnitin** lo siguiente:

Que el citado trabajo académico tiene un índice de similitud de 22% verificable en el **Reporte de Originalidad** del programa turinitin, grado de coincidencia mínimo que convierte el trabajo en aceptable y no constituye plagio, en tanto cumple con todas las normas del uso de citas y referencias establecidas por la **Universidad César Vallejo**.

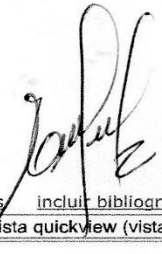
Trujillo, 10 de enero del 2020


Dra ELIZABETH DANY ARAUJO ROBLES
DNI: 6939850

Turnitin Informe de Originalidad

Procesado el: 11-ene.-2020 12:52 p. m. -05
 Identificador: 1240927870
 Número de palabras: 9929
 Entregado: 1

PRE FINAL Por Miguel Benites Romero



Índice de similitud 22%	Similitud según fuente	
	Internet Sources:	20%
	Publicaciones:	4%
	Trabajos del estudiante:	14%

incluir citas
 incluir bibliografía
 excluyendo las coincidencias < 20 de las palabras
 modo:
 ver informe en vista quickview (vista clásica)

6% match (Internet desde 11-nov.-2017) http://cybertesis.unmsm.edu.pe	✖
2% match (Internet desde 04-nov.-2017) https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/21348/AlvaradoPinzonLaura2015.pdf?isAllowed=y&sequence=1	✖
1% match (Internet desde 02-jun.-2019) http://repositorio.ucv.edu.pe	✖
1% match (Internet desde 25-nov.-2019) http://repositorio.ucv.edu.pe	✖
1% match (Internet desde 11-dic.-2019) http://repositorio.ucv.edu.pe	✖
1% match (trabajos de los estudiantes desde 08-jul.-2017) <u>Submitted to Universidad Cesar Vallejo on 2017-07-08</u>	✖
1% match (trabajos de los estudiantes desde 22-feb.-2018) <u>Submitted to Universidad Nacional de Educación a Distancia on 2018-02-22</u>	✖
1% match (trabajos de los estudiantes desde 18-may.-2016) <u>Submitted to Universidad Cesar Vallejo on 2016-05-18</u>	✖
1% match (Internet desde 18-jun.-2017) http://appswl.elsevier.es	✖
1% match (Internet desde 17-jul.-2016) http://www.elsevier.es	✖
1% match (Internet desde 04-mar.-2010) http://reme.uji.es	✖
<1% match (Internet desde 25-ago.-2016) http://emdriberoamerica.org	✖

<1% match (trabajos de los estudiantes desde 20-may.-2013) <u>Submitted to Universidad del Norte, Colombia on 2013-05-20</u>	✘
<1% match (trabajos de los estudiantes desde 04-may.-2016) <u>Submitted to Universidad Cesar Vallejo on 2016-05-04</u>	✘
<1% match (trabajos de los estudiantes desde 18-sept.-2014) <u>Submitted to Lord Byron School on 2014-09-18</u>	✘
<1% match (Internet desde 15-may.-2012) <u>http://revibapst.com</u>	✘
<1% match (Internet desde 18-nov.-2012) <u>http://www.uv.es</u>	✘
<1% match (Internet desde 03-sept.-2016) <u>https://pt.scribd.com/doc/252134401/876-1-pdf</u>	✘
<1% match (trabajos de los estudiantes desde 10-abr.-2016) <u>Submitted to Universidad Cesar Vallejo on 2016-04-10</u>	✘
<1% match (Internet desde 27-feb.-2003) <u>http://rehue.csociales.uchile.cl</u>	✘
<1% match (trabajos de los estudiantes desde 07-may.-2018) <u>Submitted to Universidad San Francisco de Quito on 2018-05-07</u>	✘
<1% match (trabajos de los estudiantes desde 13-ago.-2018) <u>Submitted to Universidad Nacional del Centro del Peru on 2018-08-13</u>	✘
<1% match (publicaciones) <u>Karla Arroyo, Brad Lundahl, Rob Butters, Mindy Vanderloo, David S. Wood. "Short-Term Interventions for Survivors of Intimate Partner Violence", Trauma, Violence, & Abuse, 2016</u>	✘
<1% match (Internet desde 13-jun.-2018) <u>http://eprints.ucm.es</u>	✘
<1% match (Internet desde 07-feb.-2007) <u>http://www.lasbarricadas.net</u>	✘
<1% match (publicaciones) <u>Dolores Mosquera, Jim Knipe. "Cómo entender y tratar el narcisismo con terapia EMDR", Journal of EMDR Practice and Research, 2016</u>	✘
<1% match (trabajos de los estudiantes desde 30-dic.-2015) <u>Submitted to Universidad Católica de Santa María on 2015-12-30</u>	✘
<1% match (Internet desde 26-jul.-2016) <u>https://pt.scribd.com/document/238700222/EMDR-Procedimiento</u>	✘
<1% match (Internet desde 26-ago.-2015) <u>http://www.scielo.org.mx</u>	✘
<1% match (Internet desde 23-ago.-2018) <u>http://www.fundacionvortexintegrativo.cl</u>	✘
<1% match (trabajos de los estudiantes desde 10-sept.-2019) <u>Submitted to UNIBA on 2019-09-10</u>	✘
<1% match (trabajos de los estudiantes desde 21-ago.-2015) <u>Submitted to Universidad de Costa Rica on 2015-08-21</u>	✘