



ESCUELA DE PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Eficacia de la terapia de desensibilización y reprocesamiento
por movimientos oculares (EMDR) en la reducción de síntomas
asociados al estrés postraumático en mujeres ecuatorianas
víctimas de violencia de género**

Profesor

Carlos Burneo Garces, PhD.

Autor

Tito Rodolfo Mendoza Guevara

2024

Resumen

La violencia de género (VG) se define como cualquier acto de violencia basado en el género que resulta, o puede resultar, en daño físico, sexual o psicológico a las mujeres, incluyendo amenazas, coerción o privación arbitraria de libertad, tanto en la vida pública como privada. El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es una de las consecuencias psicológicas más debilitantes de la VG. En efecto, las mujeres que han sido víctimas de VG presentan una alta prevalencia de TEPT, caracterizado por síntomas de reexperimentación del trauma, evitación de estímulos asociados, alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo, e hiperactivación fisiológica persistente. Una de las técnicas empleadas para tratar los síntomas asociados al TEPT en mujeres víctimas de VG es la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR). A pesar de la evidencia científica internacional existente sobre la eficacia de la EMDR en el tratamiento del TEPT en víctimas de VG, no existen estudios de este tipo en el Ecuador. Por esta razón, el objetivo del presente estudio fue explorar la eficacia de la EMDR en la reducción de síntomas asociados al TEPT en una muestra de 80 mujeres ecuatorianas víctimas de VG, divididas en un grupo control y un grupo experimental, mediante un diseño cuasiexperimental, cuyos resultados esperados dan lugar a un plan de intervención denominado *Sanando Heridas Invisibles*, destinado a mejorar su calidad de vida, gracias a la aplicación de esta técnica. La investigación y la propuesta de intervención no solo pretenden demostrar la eficacia de la EMDR para tratar el TEPT en mujeres víctimas de VG, sino también establecer una base sólida para su implementación en la práctica clínica en el contexto ecuatoriano, aportando, de esta manera, recursos valiosos para atender a un sector importante y vulnerable de la población.

Palabras clave: violencia, vulnerabilidad, trauma, tratamiento psicológico, salud mental

Abstract

Gender-based violence is defined as any act of gender-based violence that results, or may result, in physical, sexual, or psychological harm to women, including threats, coercion or arbitrary deprivation of liberty, both in public and private life. Post-traumatic stress disorder (PTSD) is one of the most debilitating psychological consequences of gender-based violence. Indeed, women who have been victims of gender-based violence have a high prevalence of PTSD, characterized by symptoms of re-experiencing the trauma, avoidance of associated stimuli, negative alterations in cognitions and mood, and persistent physiological hyperactivation. One of the techniques used to treat symptoms associated with PTSD in women victims of gender-based violence is Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy (EMDR). Despite the existing international scientific evidence on the effectiveness of EMDR in the treatment of PTSD, there are no studies of this type in Ecuador. For this reason, the aim of the present study was to explore the effectiveness of EMDR in reducing symptoms associated with PTSD in a sample of 80 Ecuadorian women victims of gender violence, divided into a control group and an experimental group, through a quasi-experimental design, whose expected results gave rise to an intervention plan called *Healing invisible wounds* aimed at improving their quality of life, thanks to the application of this technique. The research and the intervention proposal not only aim to demonstrate the effectiveness of EMDR in treating PTSD in women victims of gender violence, but also to establish a solid basis for its implementation in clinical practice, in the Ecuadorian context, thus providing valuable resources to serve an important and vulnerable sector of the population.

Keywords: violence, vulnerability, trauma, psychological treatment, mental health.

Índice de contenidos

1. Introducción	5
2. Justificación y relevancia del tema	7
3. Pregunta de investigación	7
4. Objetivos	7
5. Marco teórico	8
5.1. Violencia de género	8
5.2. Trastorno de estrés postraumático: abordaje terapéutico	14
5.3. Terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares	15
6. Marco metodológico	18
6.1. Diseño del estudio	18
6.2. Contexto	19
6.3. Participantes y muestreo	19
6.4. Instrumentos	20
6.5. Procedimiento	21
6.6. Análisis de datos	22
6.7. Planificación de actividades	22
6.8. Reflexividad del investigador	23
6.9. Consideraciones éticas	23
6.10. Viabilidad	24
7. Resultados esperados	25
8. Propuesta de intervención en psicología clínica	26
8.1. Nivel de intervención	27
8.2. Fundamentación	27
8.3. Descripción de la propuesta	28
8.4. Objetivos de la intervención	42
8.5. Población objetivo	43
8.6. Actividades de la intervención	44
8.7. Recursos necesarios para implementar la intervención	44
8.8. Plan de evaluación de la intervención	44
8.9. Viabilidad	45
9. Discusión, conclusiones y recomendaciones	46
9.1. Implicaciones de los resultados esperados	46
9.2. Fortalezas y limitaciones del proyecto y propuesta	47
9.3. Conclusiones generales	47
9.4. Recomendaciones o propuesta para la implementación	48
10. Referencias	49

1. Introducción

La violencia de género (VG) se define como cualquier acto de violencia basado en el género que resulta, o puede resultar, en daño físico, sexual o psicológico a las mujeres, incluyendo amenazas, coerción o privación arbitraria de libertad, tanto en la vida pública como privada (ONU, 2020). Esta forma de violencia es un fenómeno global que afecta a mujeres de todas las edades, clases sociales y culturas, y se manifiesta en múltiples formas, tales como la violencia doméstica, el acoso sexual, la mutilación genital femenina y el feminicidio. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), una de cada tres mujeres ha experimentado violencia física y/o sexual por parte de su pareja o violencia sexual por parte de terceros, en algún momento de su vida, datos que subrayan la magnitud y el impacto de este problema. En esta materia, las consecuencias de la VG son profundas y multidimensionales, afectando la salud física, psicológica y social de las víctimas. Físicamente, las mujeres pueden sufrir lesiones graves, enfermedades crónicas y complicaciones reproductivas (Campbell et al., 2018). Psicológicamente, la exposición a la VG puede acarrear depresión, ansiedad, TEPT y conductas suicidas (Ellsberg et al., 2014). Socialmente, las mujeres víctimas de violencia enfrentan, a menudo, estigmatización, aislamiento social y dificultades económicas, lo que perpetúa un ciclo de pobreza y exclusión (Heise, 2011). Estas repercusiones requieren intervenciones integrales que aborden sus efectos inmediatos y a largo plazo.

El TEPT es una de las consecuencias psicológicas más debilitantes de la VG. Las mujeres que han sido víctimas de VG presentan una alta prevalencia de TEPT, caracterizado por síntomas de reexperimentación del trauma, evitación de estímulos asociados, alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo, y una hiperactivación fisiológica persistente (Dutton et al., 2015). La severidad y cronicidad del TEPT en estas mujeres están frecuentemente relacionadas con la duración y la intensidad de la violencia sufrida, así como con la falta de apoyo social y recursos adecuados para la recuperación (Trevillion et al., 2012). Este trastorno no solo afecta la salud mental de las mujeres, sino también interfiere significativamente en su funcionalidad cotidiana. Entre las alternativas de intervención y tratamiento para abordar el TEPT en mujeres víctimas de VG se encuentran las terapias cognitivo-conductuales (TCC), las terapias de exposición prolongada, y las intervenciones basadas en el procesamiento emocional (Watkins et al., 2018). Además, el uso de medicamentos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), ha demostrado ser eficaz en la reducción de los síntomas del TEPT (Hoskins et al., 2015). La implementación de programas de apoyo psicosocial y el

fortalecimiento de las redes de apoyo comunitario también son esenciales para proporcionar un entorno seguro y de apoyo para la recuperación de las víctimas (Tol et al., 2013). En cualquier caso, se requiere un enfoque multifacético y personalizado para el tratamiento del TEPT en estos casos.

La Terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR; Shapiro, 2001) ha emergido como una intervención terapéutica altamente efectiva para el tratamiento del TEPT en mujeres que han sufrido VG. Este enfoque terapéutico se basa en la teoría de que los movimientos oculares rápidos y otras formas de estimulación bilateral pueden facilitar el procesamiento adaptativo de recuerdos traumáticos, reduciendo la intensidad emocional y promoviendo una integración saludable de estos recuerdos en la memoria del individuo (Shapiro, 2018). Diversos estudios han mostrado que el EMDR puede producir mejoras significativas en la reducción de los síntomas del TEPT, comparables o superiores a las obtenidas con otras terapias tradicionales (Bisson et al., 2013). Además, su eficacia en un número relativamente corto de sesiones hace que el EMDR sea una opción accesible y viable para muchas mujeres que buscan recuperar su bienestar emocional y psicológico.

A pesar de que la VG es ampliamente reconocida como un problema social y de salud pública a nivel mundial, y existe evidencia de la eficacia de diversas técnicas para reducir de manera significativa los síntomas del TEPT en víctimas de VG, lamentablemente, no se han llevado a cabo investigaciones exhaustivas sobre la eficacia de la EMDR para aliviar dichos síntomas en población ecuatoriana expuesta a esta forma de violencia. Entre los estudios recientes que han confirmado la eficacia de la EMDR en el tratamiento del TEPT en mujeres víctimas de VG destaca el metaanálisis de Bisson et al. (2013), que sugiere que los resultados de la EMDR son comparables, y en algunos casos superior, a otras terapias como la terapia cognitivo-conductual (TCC) en la reducción de los síntomas del TEPT. Esta revisión sistemática subrayó que la EMDR proporciona mejoras significativas en la reexperimentación, evitación y síntomas de hiperactivación, con efectos positivos sostenidos a largo plazo. Otro estudio relevante, realizado por Carletto et al. (2016), se centró específicamente en mujeres que habían sufrido violencia doméstica. Los resultados demostraron que las participantes tratadas con EMDR mostraron una reducción notable en los síntomas de TEPT, así como en niveles de ansiedad y depresión, comparadas con un grupo de control que recibió terapia de apoyo estándar. Este estudio también resaltó que la EMDR es eficaz en un número relativamente corto de sesiones, lo cual es crucial para víctimas de VG que necesitan una intervención

rápida y efectiva para comenzar su proceso de recuperación. Además, una investigación de Schneider et al. (2015) exploró el impacto de la EMDR en mujeres refugiadas y solicitantes de asilo que habían experimentado VG en sus países de origen. Los resultados indicaron que la EMDR redujo significativamente los síntomas del TEPT y mejoró el bienestar general y la calidad de vida de las participantes. Estas investigaciones son particularmente relevantes porque muestran la versatilidad y adaptabilidad del EMDR en diferentes contextos culturales y situaciones de alta vulnerabilidad, lo que indica su potencial como herramienta terapéutica.

2. Justificación y relevancia del tema

La obtención de datos suficientes y consistentes sobre la eficacia de técnicas como la EMDR para aliviar síntomas asociados al TEPT en mujeres víctimas de VG contribuiría a enriquecer el conocimiento en este campo. Así, la comunidad profesional contaría con un recurso terapéutico más para la atención de esta población, que garantiza resultados inmediatos y estables, lo que resulta crucial para la recuperación y el bienestar integral de las víctimas. Además de focalizar la utilidad de herramientas que reducen los síntomas del TEPT, es importante visualizar su impacto en la reintegración social y económica de la víctima, contribuyendo a romper el ciclo de violencia y exclusión.

3. Pregunta de investigación

De lo abordado en los apartados anteriores, surge la pregunta de investigación siguiente: ¿Cuál es la magnitud de la eficacia de la EMDR en la reducción de síntomas asociados al TEPT en mujeres víctimas de VG?

4. Objetivos

Para atender la pregunta de investigación, se plantean un objetivo general y tres objetivos específicos, que son descritos a continuación.

Objetivo general

Estudiar la eficacia de la EMDR en la reducción de síntomas asociados al TEPT en mujeres víctimas de VG.

Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas y clínicas de una muestra de mujeres ecuatorianas víctimas de VG.
2. Evaluar los síntomas asociados al TEPT en una muestra de mujeres ecuatorianas víctimas de VG.
3. Aplicar la técnica EMDR a una muestra de mujeres ecuatorianas víctimas de VG con diagnóstico de TEPT.

Hipótesis

Basado en el análisis exhaustivo de la literatura, se prevé que la EMDR muestre un nivel de eficacia considerable en la reducción de los síntomas asociados al TEPT en la población objeto de estudio.

5. Marco teórico

El marco teórico proporciona una base comprensiva y estructurada de la VG y sus múltiples dimensiones (definiciones, tipos, personas afectadas, factores de riesgo y protección, consecuencias físicas, psicológicas y sociales). Especial atención se da al TEPT como una de las principales secuelas de la VG, explorando tanto su relación directa con la violencia como las diversas alternativas terapéuticas disponibles, con un enfoque particular en la EMDR. Al contextualizar estos elementos, el marco teórico sustenta la relevancia del estudio y también guía las metodologías y enfoques analíticos que se emplearán para investigar la eficacia del EMDR en mujeres ecuatorianas víctimas de VG.

5.1. Violencia de género

La VG es un fenómeno ampliamente reconocido y estudiado, definido de diversas maneras dependiendo del enfoque disciplinar y el contexto sociocultural. Sin embargo, una definición comúnmente aceptada es la proporcionada por la OMS, que describe la VG como "todo acto de violencia basado en el género que resulta, o puede resultar, en daño físico, sexual o psicológico para la mujer, incluyendo las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada" (OMS, 2013). Este tipo de violencia no es un fenómeno aislado, sino que se encuentra profundamente enraizado en las estructuras sociales y culturales que perpetúan la desigualdad de género. La VG abarca una amplia gama de comportamientos abusivos, que van desde la violencia física y sexual hasta el abuso emocional y económico. En este sentido, García-Moreno et al. (2015) señalan que la VG es una manifestación de las relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres, y es una herramienta de control y dominación sobre las mujeres. La violencia física es quizás la forma más visible y reconocida de VG. Incluye cualquier acto que cause daño físico a la mujer, como golpear, empujar, patear, estrangular y otras formas de agresión física. Según un informe de la OMS (2013), aproximadamente una de cada tres mujeres en el mundo ha experimentado violencia física o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida. Este tipo de violencia tiene consecuencias graves para la salud física de las mujeres, incluyendo lesiones, discapacidades y en casos extremos, la muerte. Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (2013), aproximadamente el 35 % de las mujeres en

todo el mundo ha experimentado violencia física y/o sexual por parte de una pareja íntima o violencia sexual por parte de una persona diferente a su pareja, en algún momento de sus vidas. En Ecuador, un estudio de INEC (2019) reveló que el 65 % de las mujeres ha sido víctima de alguna forma de VG.

En síntesis, la VG es un fenómeno complejo y multifacético que afecta a mujeres de todas las edades, etnias y clases sociales. Se trata de una manifestación de las desigualdades de género profundamente arraigadas en las estructuras sociales y culturales. Por lo tanto, abordar la VG requiere un enfoque integral que incluya la prevención, la protección de las víctimas y el cambio de las normas y actitudes que perpetúan la desigualdad de género. La VG no solo afecta a las víctimas directas, sino que también tiene implicaciones amplias para la salud pública y el desarrollo social y económico (García-Moreno et al., 2015).

Tipos de violencia de género

La violencia de género es un fenómeno que puede manifestarse en diversas formas. Cada tipo de violencia afecta a las víctimas de manera diferente, y su comprensión es esencial para desarrollar estrategias efectivas de prevención e intervención. A continuación, se detallan los principales tipos de VG.

Violencia física. La violencia física es una de las formas más visibles y reconocidas de VG. Se define como cualquier daño físico a una persona, incluyendo golpes, empujones, mordeduras, estrangulamientos, quemaduras y cualquier otra acción que cause lesiones corporales (OMS, 2013). Este tipo de violencia puede tener consecuencias inmediatas, como heridas y fracturas, así como efectos a largo plazo, incluyendo discapacidades permanentes y problemas de salud crónicos. Aproximadamente una de cada tres mujeres en el mundo ha experimentado violencia física por parte de su pareja, en algún momento de su vida (García-Moreno et al., 2015). Este tipo de violencia no solo pone en riesgo la salud física de las mujeres, sino que también su bienestar emocional y psicológico. Las víctimas de violencia física a menudo sufren de ansiedad, depresión y TEPT, lo que puede llevar a un ciclo continuo de abuso y victimización.

Violencia sexual. La violencia sexual incluye cualquier acto sexual no consentido o forzado, y abarca una variedad de comportamientos, como la violación, el abuso sexual infantil, el acoso y la explotación sexuales. La violación es uno de los actos más extremos de violencia sexual y puede ocurrir tanto dentro como fuera del matrimonio (Jewkes et al., 2015). La violencia sexual no solo viola los derechos humanos fundamentales de las víctimas, sino que también tiene efectos devastadores en su salud física y mental. En esta

materia, las mujeres que han sufrido violencia sexual tienen un riesgo significativamente mayor de sufrir problemas de salud mental, incluyendo TEPT, depresión y ansiedad (Ellsberg et al., 2014). Además, la violencia sexual puede tener consecuencias graves, como lesiones genitales, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y complicaciones ginecológicas. La vergüenza y el estigma asociados con la violencia sexual a menudo impiden que las víctimas busquen ayuda, perpetuando así el ciclo de abuso.

Violencia psicológica. La violencia psicológica, también conocida como abuso emocional, es una forma de VG que a menudo es menos visible pero igualmente dañina. Este tipo de violencia incluye comportamientos que buscan controlar, intimidar, humillar, aislar y degradar a la víctima (Heise, 2011). Ejemplos de violencia psicológica incluyen amenazas, insultos, manipulación, vigilancia constante y aislamiento social. Según un estudio de Devries et al. (2013), la violencia psicológica puede tener efectos profundos y duraderos en la salud mental de las víctimas, contribuyendo a problemas como la depresión, la ansiedad y la baja autoestima. Las víctimas a menudo internalizan las críticas y la desvalorización, lo que puede llevar a una disminución significativa de la autoconfianza y la capacidad de tomar decisiones autónomas. Este tipo de violencia también puede coexistir con otras formas de abuso, creando un entorno de control total sobre la víctima.

Personas afectadas por la violencia de género

Si bien las mujeres y las niñas son las víctimas más frecuentes, otras poblaciones también pueden verse afectadas directa o indirectamente. Este fenómeno tiene consecuencias profundas no solo para las víctimas directas, sino también para sus familias, comunidades y sociedades en general. A continuación, se describen los diferentes tipos de víctimas de la VG.

Mujeres y niñas. Las mujeres y las niñas son, sin duda, las principales víctimas de la VG. Esta violencia se manifiesta en diversas formas, incluyendo violencia física, sexual, psicológica y económica, como se ha documentado en numerosos estudios (Ellsberg et al., 2014; García-Moreno et al., 2015). Las consecuencias para la salud física y mental de las mujeres son graves y duraderas, afectando su bienestar y calidad de vida. Este tipo de violencia contra las mujeres y las niñas no solo ocurre en el ámbito doméstico, sino también en espacios públicos y laborales. Heise (2011) destaca que el acoso sexual en el lugar de trabajo es una forma común de VG que puede limitar las oportunidades económicas de las mujeres y contribuir a la perpetuación de la desigualdad de género. Las niñas también son vulnerables a la violencia en contextos educativos, donde el acoso y el abuso pueden interrumpir su educación y limitar sus oportunidades (Jewkes et al., 2015).

Niños y adolescentes. Los niños y adolescentes que crecen en hogares donde se ejerce VG también se ven profundamente afectados, aunque de manera indirecta, porque la exposición a la violencia doméstica puede tener efectos devastadores en su desarrollo emocional y psicológico. Según un estudio de Kitzmann et al. (2013), los niños que son testigos de la violencia entre sus padres pueden desarrollar problemas de comportamiento, dificultades emocionales y trastornos de salud mental. Estos niños tienen un mayor riesgo de reproducir comportamientos violentos en sus propias relaciones en el futuro, perpetuando así el ciclo de violencia. Sin embargo, la VG también puede afectar a los adolescentes en sus propias relaciones íntimas. El abuso en las citas y la violencia en las relaciones adolescentes son fenómenos preocupantes que pueden tener efectos a largo plazo en la salud mental y emocional de los jóvenes (Exner-Cortens et al., 2013). Las víctimas adolescentes a menudo experimentan depresión, ansiedad, baja autoestima y problemas académicos, lo que puede afectar sus perspectivas futuras.

Factores de riesgo y protección

La VG es un fenómeno complejo influenciado por una variedad de factores de riesgo y protección. Estos factores pueden encontrarse a nivel individual, familiar, comunitario y social, su comprensión es crucial para desarrollar intervenciones efectivas que prevengan y mitiguen la VG.

Factores de riesgo. A nivel individual, varios factores pueden aumentar el riesgo de experimentar o perpetrar VG. La exposición a la violencia en la infancia, tanto como testigo de violencia doméstica o como víctima de abuso infantil, es un factor de riesgo consistente (Capaldi et al., 2012). Quienes han experimentado violencia en su juventud tienen una mayor probabilidad de reproducir comportamientos violentos en sus relaciones adultas. En materia de salud mental, problemas como la depresión, la ansiedad y los TEPT pueden aumentar la vulnerabilidad a la VG (Devries et al., 2013). Además, el abuso de sustancias, como el alcohol y las drogas, se ha identificado como un importante factor de riesgo para la victimización y para la perpetración de la VG (Graham et al., 2012). Dentro del contexto de la relación, la dinámica de poder desigual y el control coercitivo son factores críticos. Las relaciones caracterizadas por altos niveles de conflicto y baja satisfacción también están en mayor riesgo de violencia (Stith et al., 2004). El aislamiento social y la falta de apoyo de amigos y familiares pueden exacerbar estos riesgos, ya que implican menos disponibilidad de recursos en situaciones de crisis (Cummings et al., 2013).

Factores de protección. El empoderamiento de las mujeres y la educación son factores protectores clave contra la VG. Las mujeres que tienen un mayor nivel educativo y acceso

a oportunidades económicas son menos dependientes de sus parejas y, por lo tanto, menos vulnerables a la violencia (Abramsky et al., 2011). Programas de empoderamiento económico que incluyen formación profesional y acceso a microcréditos han mostrado reducir la VG en varias comunidades (Kim et al., 2007). Además, el apoyo social, tanto formal como informal, es crucial para proteger a las personas contra la VG. Las redes de amigos, familiares y comunidades que ofrecen apoyo emocional y práctico pueden ayudar a las víctimas a sentirse menos aisladas y más capacitadas para tomar medidas contra la violencia (Carlson et al., 2011). Las intervenciones comunitarias que fomentan el apoyo entre pares y la cohesión social también han demostrado ser efectivas (Heise, 2011).

Comprender los factores de riesgo y protección de la VG es esencial para desarrollar estrategias efectivas de prevención e intervención. Mientras que los factores de riesgo como la violencia en la infancia, los problemas de salud mental y las normas sociales desiguales aumentan la vulnerabilidad a la VG, los factores protectores como el empoderamiento de las mujeres, el apoyo social, el acceso a servicios de intervención, la educación y las políticas robustas pueden ayudar a mitigar estos riesgos. Se requiere, por tanto, un enfoque de la VG multifacético que abarque diversos factores a nivel individual, relacional, comunitario y societal.

Consecuencias de la violencia de género

Para abordar las consecuencias de la VG, es crucial entender que sus efectos se extienden más allá de las víctimas directas, afectando profundamente a nivel individual, familiar, comunitario y social. Esta violencia, que incluye tanto la violencia física como la psicológica, tiene impactos significativos que perduran en el tiempo y que requieren intervenciones multidisciplinarias y sostenidas para mitigar sus efectos. Las víctimas de VG enfrentan una serie de consecuencias a nivel personal y emocional. Estos efectos pueden incluir desde lesiones físicas inmediatas hasta problemas crónicos de salud a largo plazo. La investigación muestra que las mujeres que experimentan violencia de pareja tienen mayores tasas de lesiones físicas, como contusiones, fracturas y heridas por arma blanca o de fuego (Campbell et al., 2002). Además, la VG está asociada con problemas de salud mental significativos, como depresión, ansiedad, TEPT y pensamientos suicidas (Devries et al., 2013). Según estos autores, las mujeres que han experimentado violencia de pareja tienen el doble de probabilidades de sufrir depresión en comparación con aquellas que no han sido víctimas. Estos efectos pueden ser duraderos, afectando la calidad de vida de las víctimas y su capacidad para funcionar en diferentes áreas, como el trabajo y las relaciones interpersonales (Golding, 1999). Según Campbell et al. (2002), las

mujeres víctimas de VG pueden experimentar síntomas de TEPT persistentes, como pesadillas recurrentes relacionadas con el trauma, hipervigilancia y ansiedad extrema. Estos síntomas afectan su bienestar psicológico e interfieren en su capacidad para mantener relaciones interpersonales saludables y desempeñarse eficazmente en el trabajo o en la educación. La intervención temprana es crucial para ayudar a estas mujeres a manejar y superar los efectos del TEPT (García-Moreno et al., 2006).

5.2. ¿Qué es el trastorno de estrés postraumático?

El TEPT es una condición psiquiátrica compleja que puede desarrollarse en personas que han experimentado o presenciado eventos traumáticos significativos. Se caracteriza por la persistencia de síntomas que surgen como respuesta a dichos eventos traumáticos, los cuales afectan profundamente la vida cotidiana y el bienestar psicológico de quienes lo padecen. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013), el TEPT se define por cuatro categorías principales de síntomas: reexperimentación del trauma, evitación de estímulos asociados con el trauma, alteraciones negativas en cogniciones y estado de ánimo, y aumento de la reactividad fisiológica. La reexperimentación del trauma se manifiesta a través de recuerdos involuntarios, pesadillas o recuerdos que hacen que la persona reviva el evento traumático de manera vívida y angustiante (APA, 2013). Esta experiencia puede ser tan intensa que la persona siente que el trauma está ocurriendo nuevamente en el presente, generando un alto nivel de malestar emocional. La evitación de estímulos asociados con el trauma, en cambio, es otra dimensión del TEPT, se da cuando la persona intenta evadir recuerdos, pensamientos o situaciones que puedan recordarle el evento traumático. Este comportamiento se desarrolla como un mecanismo de defensa para reducir el malestar emocional asociado con el trauma, pero puede interferir significativamente con la capacidad de la persona para participar en actividades cotidianas y mantener relaciones interpersonales saludables (APA, 2013). Además, las alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo pueden incluir creencias negativas sobre uno mismo o el mundo, sentimientos de culpa o vergüenza, dificultad para recordar detalles importantes del evento traumático y una disminución del interés en actividades previamente disfrutadas (APA, 2013).

En definitiva, el TEPT es una consecuencia grave y extendida de la VG, afectando tanto a las víctimas como a sus familias de manera profunda y duradera. La comprensión de esta relación es fundamental para desarrollar estrategias efectivas de prevención,

intervención y tratamiento que aborden los factores subyacentes promoviendo la recuperación y el bienestar de las víctimas.

Trastorno de estrés postraumático: abordaje terapéutico

Existen diversas alternativas terapéuticas respaldadas por la investigación y destinadas a mitigar los síntomas intrusivos, la evitación, las alteraciones cognitivas y afectivas, y la hiperreactividad fisiológica que caracterizan el TEPT.

Terapia cognitivo-conductual (TCC). La TCC es una de las intervenciones más investigadas y recomendadas para el tratamiento del TEPT. Esta terapia se basa en la idea de que las interpretaciones cognitivas negativas sobre el trauma y los comportamientos evitativos contribuyen al mantenimiento de los síntomas del TEPT (Resick & Schnicke, 1992). La TCC incluye técnicas como la reestructuración cognitiva, donde se trabaja para modificar las creencias disfuncionales sobre el trauma, y la exposición gradual al recuerdo del evento traumático para reducir la evitación y la respuesta de miedo condicionada (Foa & Rothbaum, 1998).

Terapia de exposición prolongada (PE). La PE es una forma específica de TCC diseñada para el tratamiento del TEPT, centrada en ayudar a los pacientes a enfrentar y procesar activamente recuerdos y situaciones relacionadas con el trauma que evitan o temen (Foa et al., 2007). Esta técnica implica la exposición repetida y prolongada a recuerdos, pensamientos y situaciones que desencadenan los síntomas del TEPT, con el objetivo de reducir la respuesta emocional negativa asociada y promover la extinción del miedo condicionado (Foa & Kozak, 1986).

Terapia de aceptación y compromiso (ACT). La ACT es una terapia de tercera generación, útil en el tratamiento del TEPT, particularmente en casos donde la evitación y el control de los síntomas son centrales. La ACT se centra en aumentar la flexibilidad psicológica y promover la aceptación de experiencias internas, incluidos los pensamientos y recuerdos traumáticos, mientras se fomenta la acción comprometida hacia valores personales (Hayes et al., 2011).

Terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares. La EMDR es otra intervención terapéutica ampliamente utilizada para el tratamiento del TEPT, especialmente conocida por su enfoque en el procesamiento adaptativo de la información (Shapiro, 2001). La EMDR combina elementos de la TCC con la estimulación bilateral, como movimientos oculares, para facilitar la reestructuración cognitiva y emocional del trauma y reducir la intensidad de la respuesta emocional asociada. La investigación ha respaldado consistentemente la efectividad de EMDR en la reducción de los síntomas del

TEPT. La EMDR puede ser tan eficaz como la TCC en la reducción de síntomas de intrusión, evitación e hiperactividad fisiológica (Bisson et al., 2013), especialmente útil para pacientes que experimentan bloqueos emocionales o dificultades para verbalizar el trauma, ya que facilita la integración y procesamiento de recuerdos traumáticos de manera menos invasiva que otras formas de terapia.

5.3. Terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares

El modelo terapéutico conocido como EMDR se ha establecido como una intervención eficaz para el tratamiento de diversos trastornos psicológicos, especialmente el TEPT. Desarrollado por Francine Shapiro a finales de la década de 1980, la EMDR ha evolucionado desde entonces y ha sido respaldado por una base empírica sólida que sustenta su efectividad clínica.

Fundamentos del modelo EMDR. El modelo EMDR se fundamenta en la teoría de que los trastornos psicológicos, incluido el TEPT, surgen de bloqueos en el procesamiento adaptativo de la información debido a experiencias traumáticas pasadas (Shapiro, 2001). Shapiro propuso que los movimientos oculares rápidos, o cualquier forma de estimulación bilateral, pueden facilitar el procesamiento de recuerdos y emociones perturbadoras, permitiendo que la información traumática se procese de manera adaptativa y se integre en la red de memoria de manera más funcional. El proceso terapéutico de EMDR se estructura en ocho fases que guían al terapeuta y al cliente a través de la identificación de objetivos de tratamiento, el procesamiento de la información traumática, y la instalación de recursos positivos para promover la resiliencia y el bienestar del individuo (Shapiro, 2018). Estas fases incluyen desde la preparación inicial y la evaluación del historial del cliente hasta la reevaluación de los resultados obtenidos a lo largo del tratamiento.

Evidencia empírica y eficacia clínica. Numerosos estudios han respaldado la eficacia de la EMDR en el tratamiento del TEPT y otras condiciones relacionadas con el trauma. Un metaanálisis reciente encontró que EMDR es una intervención efectiva y eficiente en la reducción de los síntomas de TEPT en comparación con tratamientos de control y otras terapias psicológicas (Bisson et al., 2013). Además, la investigación ha demostrado que EMDR produce cambios neurobiológicos positivos, incluyendo una reducción en la reactividad fisiológica frente a estímulos traumáticos y una mejora en la funcionalidad de las redes cerebrales asociadas con la memoria y la emoción (Pagani et al., 2012). La efectividad del modelo EMDR también se extiende más allá del TEPT, siendo utilizada exitosamente en el tratamiento de trastornos de ansiedad, fobias específicas, depresión y trastornos disociativos, entre otros (Shapiro, 2018). Esta versatilidad ha contribuido a su

adopción global como una intervención terapéutica de elección para profesionales de la salud mental que trabajan con poblaciones afectadas por experiencias traumáticas.

Evidencia científica, fortalezas y limitaciones de la EMDR. Para evaluar los resultados obtenidos de la EMDR en el TEPT es crucial considerar tanto las evidencias de su eficacia como las limitaciones que han surgido en la investigación clínica. Desde su desarrollo por Francine Shapiro en la década de 1980, la EMDR ha sido objeto de numerosos estudios que han explorado sus efectos en pacientes con TEPT, proporcionando una visión integral de sus fortalezas y debilidades en la práctica terapéutica contemporánea.

Numerosos estudios han demostrado consistentemente que la EMDR es una intervención eficaz para reducir los síntomas del TEPT, tanto en adultos como en adolescentes. Un metaanálisis reciente destacó que la EMDR produce mejoras significativas en los síntomas de intrusión, evitación, hiperactividad fisiológica y alteraciones cognitivas y afectivas asociadas al TEPT, comparado con tratamientos de control y listas de espera (Bisson et al., 2013). Los beneficios de esta técnica abarcan la reducción de los síntomas del TEPT y la mejora del funcionamiento general y la calidad de vida de los pacientes. Investigaciones han reportado que después del tratamiento con EMDR, los pacientes muestran disminución significativa en la gravedad de los síntomas, así como mejora en la autoestima, el funcionamiento interpersonal y la capacidad para manejar emociones relacionadas con el trauma.

Una de las fortalezas principales de la EMDR radica en su enfoque en el procesamiento adaptativo de la información. Según la teoría de Shapiro (2001), los movimientos oculares bilaterales utilizados en la EMDR facilitan la desensibilización de las respuestas emocionales negativas asociadas con los recuerdos traumáticos, permitiendo que la información se integre de manera más adaptativa en la red de memoria del individuo. Esta técnica ayuda a reducir la intensidad emocional de los recuerdos traumáticos sin necesidad de una exposición prolongada y directa al evento traumático, lo cual puede ser beneficioso para pacientes que encuentran difícil hablar sobre sus experiencias. Además, la flexibilidad de la EMDR para adaptarse a las necesidades individuales del paciente y su capacidad para integrar elementos de la terapia cognitivo-conductual, como la reestructuración cognitiva y la exposición controlada, también se consideran fortalezas significativas (Shapiro, 2018). Esta integración permite un enfoque terapéutico holístico que aborda tanto los síntomas específicos del TEPT como las respuestas emocionales y cognitivas asociadas.

A pesar de sus beneficios, la EMDR enfrenta algunas limitaciones y desafíos en la práctica clínica y la investigación. Una crítica común es la variabilidad en la forma en que se administra el procedimiento de la EMDR entre terapeutas, lo que puede afectar la consistencia y la replicabilidad de los resultados (Davidson & Parker, 2001). La estandarización del protocolo EMDR y la capacitación continua de los terapeutas son aspectos importantes para mitigar esta preocupación y asegurar la calidad del tratamiento. Además, la comprensión exacta de los mecanismos neurobiológicos subyacentes a la EMDR sigue siendo objeto de investigación. Aunque estudios han demostrado cambios en la activación cerebral durante y después de las sesiones de la EMDR, la interpretación exacta de estos hallazgos y su relación con la mejora clínica no están completamente claras (Pagani et al., 2012). Una mejor comprensión de estos mecanismos podría proporcionar una base más sólida para la optimización y personalización del tratamiento.

A medida que el campo de la psicoterapia evoluciona, es fundamental continuar investigando y evaluando la EMDR para mejorar su eficacia y aplicabilidad clínica. Futuras investigaciones podrían enfocarse en comparar la EMDR con otras terapias psicológicas, explorar su efectividad en diferentes poblaciones y contextos culturales, y profundizar en los mecanismos neurobiológicos subyacentes al tratamiento. La EMDR representa una intervención terapéutica sólida y respaldada por evidencia para el tratamiento del TEPT, demostrando consistentemente su capacidad para reducir los síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Si bien enfrenta desafíos y áreas para el desarrollo continuo, su enfoque en el procesamiento adaptativo de la información y su flexibilidad en la aplicación clínica la posicionan como una opción terapéutica valiosa.

Utilizar la EMDR en el TEPT no solo representa una opción terapéutica eficaz, sino que también ofrece ventajas significativas que lo posicionan como una herramienta invaluable en la recuperación emocional y psicológica de los individuos afectados por experiencias traumáticas. Una de las principales ventajas de la EMDR radica en su enfoque innovador y no invasivo para abordar el trauma. A diferencia de otras terapias que pueden requerir una exposición prolongada y detallada al evento traumático, la EMDR utiliza la estimulación bilateral para facilitar el procesamiento adaptativo de la información traumática. Esta técnica permite a los pacientes trabajar a través de sus recuerdos dolorosos de una manera controlada y gradual, promoviendo la desensibilización emocional sin revivir el trauma de manera intensa. Esto no solo facilita el alivio de los síntomas del TEPT, como las pesadillas y los *flashbacks*, sino que también empodera a los pacientes al ofrecerles una sensación de control sobre su proceso de recuperación.

Además, la EMDR es conocida por su eficacia rápida y duradera. Numerosos estudios han demostrado que un número limitado de sesiones de EMDR puede llevar a mejoras significativas y sostenidas en los síntomas del TEPT, a menudo en comparación con otras terapias psicológicas convencionales (Bisson et al., 2013). Esta eficiencia no solo optimiza los recursos terapéuticos disponibles, sino que también minimiza la carga emocional y el tiempo necesario para la recuperación del paciente.

En conclusión, la EMDR emerge como una opción terapéutica persuasiva y efectiva para el tratamiento del TEPT, ofreciendo beneficios claros que van más allá de la simple mitigación de síntomas. Su enfoque centrado en el procesamiento adaptativo de la información, combinado con su eficacia rápida y duradera, lo convierte en una herramienta esencial en la práctica clínica contemporánea. La EMDR promueve la recuperación de los pacientes, permitiendo una comprensión más profunda y compasiva del impacto del trauma en la salud mental humana.

6. Marco metodológico

El marco metodológico de una investigación proporciona el marco estratégico elegido para obtener la información necesaria para cumplir su objetivo. En los apartados siguientes se describen los elementos metodológicos adoptados en el presente estudio.

6.1. Diseño del estudio

El presente estudio adopta un enfoque cuantitativo, con un alcance explicativo y un diseño cuasiexperimental. Este enfoque se justifica por la necesidad de establecer relaciones causales claras entre la intervención terapéutica EMDR y la reducción de los síntomas del TEPT en mujeres víctimas de VG. El enfoque cuantitativo permite una medición precisa y objetiva de las variables involucradas, facilitando la recolección de datos estandarizados que pueden analizarse estadísticamente para determinar la eficacia de la EMDR (Creswell, 2014). La elección de un diseño cuasiexperimental también se apoya en la literatura reciente que destaca su efectividad en la evaluación de intervenciones psicológicas en contextos naturales (Thiese, 2014). Por ejemplo, estudios sobre la eficacia de la EMDR han utilizado este diseño para mostrar mejoras significativas en los síntomas del TEPT, proporcionando evidencia robusta sin comprometer la ética de la investigación (Maxfield & Hyer, 2002). El diseño cuasiexperimental se ajusta a la población de estudio y a las dificultades para desarrollar un estudio de esta naturaleza con mayor rigurosidad experimental.

6.2. Contexto

Este proyecto de investigación se centra en diversas características contextuales críticas que afectan a las mujeres ecuatorianas víctimas de VG. Ecuador enfrenta una marcada inmadurez machista profundamente arraigada en su cultura, la cual perpetúa y normaliza la violencia contra las mujeres. Además, el alto consumo de diversas sustancias, como el alcohol y las drogas, exacerba la incidencia y gravedad de estos episodios violentos, creando un entorno propenso a la perpetuación del abuso. La investigación también considera las barreras culturales y sociales que limitan el acceso a servicios de apoyo y salud mental para las víctimas, quienes a menudo enfrentan estigmatización y falta de recursos adecuados. Este contexto desafiante subraya la necesidad urgente de evaluar e implementar terapias efectivas como la EMDR.

6.3. Participantes y muestreo

Participarán en el estudio 80 mujeres ecuatorianas, mayores de 16 años, provenientes de diversas provincias del país, todas ellas con un diagnóstico de TEPT derivado de experiencias de VG. Las participantes se dividirán en dos grupos iguales: un grupo experimental de 40 mujeres que recibirán tratamiento con EMDR y un grupo control de 40 mujeres que no recibirán ningún tipo de tratamiento. Al incluir mujeres de distintas provincias, se busca capturar una representación amplia y diversa de este fenómeno, considerando que las experiencias de violencia y las respuestas a los tratamientos pueden variar en función de factores socioculturales y geográficos. Este enfoque permitirá evaluar la eficacia de la EMDR en un grupo heterogéneo e identificar posibles diferencias regionales en la respuesta terapéutica, lo que podría guiar futuras adaptaciones del tratamiento. Para la identificación de las participantes, se empleará la técnica de muestreo por conveniencia (Etikan et al., 2016). Este método, aunque no aleatorio, es práctico y adecuado para estudios con poblaciones específicas y vulnerables.

Criterios de inclusión

Para la admisión de las potenciales participantes en el estudio, se aplicarán los criterios de selección siguientes:

- 1) Tener 16 años o más.
- 2) Ser víctima de violencia de VG.
- 3) Poseer un diagnóstico de TEPT derivado de la exposición a VG.
- 4) Firmar el consentimiento informado.

6.4. Instrumentos

Con el fin de obtener los datos necesarios para cumplir el objetivo del presente estudio, se aplicará el protocolo de evaluación que se describe a continuación.

Características sociodemográficas

Para recopilar las características sociodemográficas de las participantes en este estudio, se utilizarán tres medidas e instrumentos principales.

Cuestionario sociodemográfico del INEC (2022). Es un instrumento desarrollado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos de Ecuador (2022) para recopilar características sociodemográficas de la población ecuatoriana. Este cuestionario es un tipo de instrumento estructurado cuyo objetivo es obtener datos precisos sobre aspectos demográficos, económicos y sociales de los habitantes del país. La estructura del cuestionario incluye secciones específicas sobre edad, género, nivel educativo, estado civil, ocupación, ingresos, entre otros. Su aplicación toma aproximadamente 30 minutos por participante. Los ítems del cuestionario son principalmente de tipo cerrado, con opciones de respuesta predefinidas que facilitan su puntuación y análisis. El cuestionario ha demostrado su fiabilidad y validez en la recolección de datos sociodemográficos en diferentes contextos dentro del país (INEC, 2023).

Violencia de género

Violence against women instrument (VAWI; García-Moreno et al., 2006). Para evidenciar la VG sufrida por las participantes se utilizará esta herramienta. El VAWI evalúa la prevalencia y la naturaleza de la violencia contra las mujeres, abarcando violencia física, sexual y psicológica. Su objetivo principal es proporcionar datos precisos y comparables sobre la frecuencia y los tipos de violencia de pareja que experimentan las mujeres. El VAWI está compuesto por una serie de preguntas que evalúan incidentes específicos de violencia, categorizados en las mencionadas dimensiones de violencia. La aplicación del instrumento puede llevar entre 20 y 30 minutos, dependiendo del contexto y la situación del encuestado. Las variables que mide incluyen la frecuencia y severidad de los actos de violencia, y las respuestas se puntúan en función de la ocurrencia de estos actos (nunca, una vez, a veces, frecuentemente). Las características psicométricas del VAWI muestran una alta fiabilidad y validez en estudios transculturales, lo que lo convierte en una herramienta robusta y confiable para investigaciones en diversos contextos.

Estrés postraumático

Escala de gravedad de síntomas-revisada (ESS-R; Shapiro, 2001). Se trata de un instrumento de autoinforme diseñado para medir la gravedad de los síntomas del TEPT en

personas que han experimentado eventos traumáticos. El objetivo de la ESS-R es proporcionar una evaluación cuantitativa de los síntomas de TEPT, permitiendo monitorizar la evolución de los síntomas a lo largo del tiempo. La estructura de la escala incluye 22 ítems que evalúan la frecuencia e intensidad de los síntomas agrupados en tres dimensiones principales: intrusiones, evitación y activación. Su tiempo de aplicación varía. Generalmente se administra antes y después del tratamiento con la EMDR para evaluar el progreso de los síntomas. Los ítems se puntúan en una escala Likert de 0 a 4 (0 = no tengo este problema, 4 = muy severo), permitiendo una medición precisa de la severidad de los síntomas. La ESS-R ha demostrado ser una herramienta fiable y válida, con altos coeficientes de consistencia interna y correlaciones significativas con otras medidas de TEPT, asegurando su utilidad en entornos clínicos y de investigación (Shapiro, 2001).

Terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (Shapiro, 1987)

Es una forma de psicoterapia desarrollada por Francine Shapiro en 1987. Esta terapia se basa en la premisa de que muchos síntomas psicológicos son el resultado de experiencias traumáticas o perturbadoras que no han sido procesadas adecuadamente por el cerebro. El objetivo de la EMDR es ayudar a las personas a procesar estos recuerdos traumáticos de una manera que reduzca su impacto emocional y promueva una adaptación psicológica saludable, mediante ocho fases: historia del paciente y planificación del tratamiento, preparación, evaluación, desensibilización, instalación, escaneo corporal, cierre y reevaluación. Durante la fase de desensibilización, se utiliza la estimulación bilateral, generalmente a través de movimientos oculares guiados por el terapeuta, para ayudar al paciente a procesar los recuerdos traumáticos (Shapiro, 2018).

6.5. Procedimiento

Para el desarrollo del proyecto, será esencial obtener los permisos de los centros colaboradores y las autoridades correspondientes, quienes garantizarán el acceso a los potenciales participantes y permitirán la organización de los aspectos logísticos necesarios. Este proceso incluirá reuniones con los responsables de los centros para presentar el proyecto, discutir los objetivos y procedimientos del estudio, y asegurar la colaboración institucional. Asimismo, se coordinará la logística del trabajo de campo, incluyendo la programación de sesiones y la disponibilidad de los recursos necesarios para llevar a cabo las evaluaciones y tratamientos. A los potenciales interesados en participar en el estudio, se les explicarán detalladamente las características y el procedimiento de la investigación. Este proceso incluirá la entrega de un documento informativo que describa

los objetivos del estudio, la metodología a seguir, los beneficios esperados, los posibles riesgos y las medidas de confidencialidad. Además, se les proporcionará la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas claras antes de decidir su participación. Una vez que las participantes hayan entendido completamente el estudio y hayan decidido participar, firmarán el consentimiento informado. A continuación, se procederá a agendar la fase de evaluación, donde se realizarán las primeras mediciones y se recopilarán los datos sociodemográficos, diagnósticos y otros relevantes. Esta fase inicial es crucial para establecer una línea base para medir la eficacia del tratamiento con la EMDR.

6.6. Análisis de datos

Para procesar los datos obtenidos se utilizará el paquete estadístico IBM SPSS.22 para Windows (IBM, 2022), y se aplicarán diversos análisis (descriptivos, r de Pearson, t Student y la d de Cohen), con niveles de significancia de $p < .001$.

6.7. Planificación de actividades

El proyecto tendrá una duración de seis meses, cuyas actividades principales pueden consultarse en la tabla 1.

Tabla 1

Planificación de actividades

Objetivo específico	Actividades por objetivo	Inicio	Fin
O.1. Identificar los factores sociodemográficos de una muestra de mujeres ecuatorianas víctimas de VG.	A.1.1 Preparar el protocolo de evaluación.	M1	M1
	A.1.2. Aplicación del protocolo de evaluación.	M2	M2
	A.1.3. Analizar y sintetizar los datos recopilados.	M3	M3
O.2. Evaluar el TEPT de una muestra de mujeres ecuatorianas víctimas de VG.	A.2.1. Organizar la evaluación de las participantes.	M1	M2
	A.2.2. Realizar entrevistas semiestructuradas para profundizar en el contexto de la violencia.	M2	M4
	A.2.3. Analizar cualitativa y cuantitativamente los datos obtenidos sobre el contexto de la violencia.	M4	M5
O.3. Aplicar la EMDR en una muestra de mujeres ecuatorianas víctimas de VG.	A.3.1. Formación y capacitación de los terapeutas en la técnica EMDR.	M1	M2
	A.3.2. Implementación de las sesiones de EMDR con las participantes del grupo experimental.	M3	M5
	A.3.3. Evaluación de la eficacia de la terapia EMDR mediante el seguimiento y análisis de los cambios en los síntomas de TEPT	M5	M6

Nota. O = Objetivo; A = Actividad; M = Mes

6.8. Reflexividad del investigador

Como investigador, reconozco que mi posicionamiento personal frente al tema de la VG y el TEPT está profundamente influenciado por mis creencias y valores sobre la equidad de género y la justicia social. Creo firmemente en la necesidad de abordar y erradicar la VG y en la importancia de proporcionar apoyo psicológico efectivo a las víctimas. Estos supuestos y valores pueden influir en mis decisiones metodológicas, desde la selección de los instrumentos de medición hasta la interpretación de los resultados. Es fundamental para mí ser consciente de estos sesgos y su potencial impacto en la investigación. Mi subjetividad, con su firme postura en favor de las víctimas y la búsqueda de justicia, podría entrelazarse con la de las participantes, afectando la co-construcción del conocimiento. Mis propias expectativas y experiencias pueden influir en la forma en que interpreto las narrativas y datos de las participantes, lo que puede introducir un sesgo en el análisis y las conclusiones del estudio.

Para mitigar estos sesgos y promover la reflexividad a lo largo del proceso de investigación, se implementarán varias estrategias. Primero, se empleará un diario de reflexiones personales donde se documentarán pensamientos, sentimientos y posibles sesgos que surjan durante el estudio. Este ejercicio de autoexamen permitirá reconocer y abordar los propios prejuicios de manera consciente. Segundo, se realizarán discusiones periódicas con colegas y supervisores, quienes ofrecerán perspectivas externas y críticas constructivas para asegurar que el enfoque y análisis sean equilibrados y justos. Tercero, se incluirán mecanismos de validación externa, como la revisión por pares y el uso de triangulación de datos, para asegurar que los hallazgos no estén distorsionados por creencias personales. Al adoptar estas estrategias, se garantiza una práctica reflexiva y rigurosa que fortalezca la validez y la confiabilidad de la investigación.

6.9. Consideraciones éticas

El proyecto deberá contar con el visto bueno de un Comité de Ética para la investigación con seres humanos. En la presente investigación, se otorga una importancia primordial a las consideraciones éticas para asegurar el respeto y protección de los derechos de los participantes. Los derechos de los participantes se protegerán mediante la obtención de un consentimiento informado previo, donde se explicarán claramente los objetivos, procedimientos, beneficios, y posibles riesgos del estudio. Los participantes tendrán el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento sin repercusiones. Además, se garantizará la confidencialidad de los datos personales y clínicos recopilados,

utilizando códigos de identificación en lugar de nombres y almacenando los datos en servidores seguros y encriptados. El manejo de los datos estará estrictamente controlado, con acceso limitado solo a los investigadores principales y asegurando que cualquier informe publicado no contenga información que pueda identificar a los participantes.

Durante el desarrollo de la investigación, los riesgos para los participantes se clasificarán en leves, moderados y graves. Los riesgos leves podrían incluir la incomodidad emocional al recordar experiencias traumáticas durante las entrevistas y evaluaciones, mientras que los riesgos moderados podrían implicar una exacerbación temporal de los síntomas de TEPT debido a la discusión de eventos traumáticos. Los riesgos graves, aunque poco probables, podrían incluir una reactivación significativa del trauma que podría requerir intervención inmediata. Para abordar estos riesgos, se contará con la presencia de profesionales capacitados en crisis y apoyo psicológico durante todas las sesiones de evaluación y tratamiento. Además, se proporcionará información y acceso a servicios de apoyo adicionales para cualquier participante que lo requiera. Los beneficios para los participantes incluyen una posible reducción de los síntomas de TEPT mediante el tratamiento con la EMDR, y la oportunidad de contribuir a un cuerpo de conocimiento que puede mejorar las intervenciones futuras para otras víctimas de VG.

Más allá de los beneficios individuales, este estudio tiene el potencial de aportar valiosos beneficios a la disciplina psicológica y a la sociedad en general. Para la disciplina psicológica, los hallazgos podrían ofrecer nuevas evidencias sobre la eficacia de la EMDR, contribuyendo a su validación y optimización como tratamiento para el TEPT. Esto puede influir en las prácticas clínicas y en la formación de terapeutas, mejorando la calidad de la atención psicológica. A nivel social, este estudio puede sensibilizar a la comunidad sobre la prevalencia y gravedad de la VG y el TEPT, promoviendo políticas públicas más efectivas y el desarrollo de programas de apoyo y prevención. En resumen, el compromiso con la ética en esta investigación protege a los participantes y asegura que los resultados generen un impacto positivo y duradero en múltiples niveles.

6.10. Viabilidad

La viabilidad del estudio está respaldada por una planificación meticulosa y una evaluación exhaustiva de los recursos necesarios. En términos de recursos humanos, el equipo de investigación contará con profesionales capacitados en psicología clínica y la EMDR, así como asistentes de investigación que apoyarán en la recolección y análisis de datos. Los recursos materiales, como cuestionarios, computadoras, software de análisis y material terapéutico ya han sido identificados y presupuestados. Financieramente, el

proyecto debe buscar el respaldo de fondos dedicados a investigaciones en salud mental y VG, así como la posibilidad de obtener ingresos adicionales de entidades interesadas en los resultados de esta investigación. El cronograma del estudio distribuye las actividades en un periodo de seis meses, asegura una gestión eficiente del tiempo, y permite la implementación y finalización ordenada y sistemática de cada fase del proyecto.

A pesar de esta cuidadosa planificación, se identifica posibles obstáculos que podrían surgir y se proponen estrategias para abordarlos. Uno de los principales desafíos es la reticencia de algunas mujeres a participar debido a la naturaleza sensible del tema. Para manejar esto, se implementará una campaña informativa y de sensibilización, destacando la importancia del estudio y garantizando la confidencialidad y el apoyo emocional continuo. Otro posible obstáculo es la disponibilidad limitada de recursos financieros. Para mitigarlo, se buscará financiamiento adicional a través de departamentos y organizaciones que apoyen la investigación en VG. La logística del acceso a participantes en diversas provincias también puede presentar dificultades, que se abordarán mediante la coordinación con las autoridades locales y el uso de tecnología para realizar algunas partes del estudio de forma remota si es necesario. Al anticipar estos desafíos y preparar estrategias adecuadas, la viabilidad del estudio se mantiene robusta y alcanzable, asegurando que los objetivos de la investigación se logren de manera efectiva.

Tabla 2

Resultados de la eficacia de la terapia EMDR en mujeres víctimas de violencia de género

Autor	País	Resultado
Hensel-Dittmann et al. (2011)	Alemania	Reducción significativa en los síntomas de TEPT después del tratamiento con EMDR en un 75%.
Jarero et al. (2013)	México	Mejora en la calidad de vida y disminución de síntomas depresivos en mujeres tratadas con EMDR.
Pérez et al. (2012)	España	Disminución de los síntomas de re-experimentación y evitación en mujeres con TEPT tratadas con EMDR.
Shapiro et al. (2014)	Estados Unidos	Reducción global de los síntomas de TEPT y mejora de la funcionalidad diaria en mujeres tratadas con EMDR en un 80%.

7. Resultados esperados

Los resultados esperados de la presente investigación se centran en la eficacia de la EMDR para reducir los síntomas del TEPT en mujeres ecuatorianas víctimas de VG. Se anticipa que las participantes del grupo experimental que reciban el tratamiento con EMDR

mostrarán una disminución significativa en los síntomas de TEPT en comparación con el grupo control, que no recibirá esta intervención. Además, se espera que los resultados revelen una mejora notable en varias dimensiones del bienestar psicológico de las participantes tratadas con EMDR. Entre los síntomas que se prevé reducir están las reexperimentaciones traumáticas, los síntomas de evitación, el embotamiento emocional, y la hiperactivación fisiológica. La reducción de estos síntomas debería manifestarse en una mejora general de la calidad de vida, incluyendo aumento en la funcionalidad diaria, mayor estabilidad emocional, y disminución de la ansiedad y depresión asociadas. En suma, se espera que el presente estudio confirme los hallazgos reportados en la literatura.

De acuerdo con diversas investigaciones, la terapia EMDR ha demostrado ser altamente eficaz en el tratamiento del TEPT en mujeres víctimas de VG en distintos países. En Alemania, Hensel-Dittmann et al. (2011) encontraron que el tratamiento con EMDR resultó en una reducción significativa de los síntomas de TEPT, con una mejora del 75 % en las participantes del estudio. De manera similar, en México, Jarero et al. (2013) observaron una notable mejora en la calidad de vida y una disminución de los síntomas depresivos en mujeres tratadas con EMDR, alcanzando un 68 % de mejora. En España, Pérez et al. (2012) documentaron una disminución de los síntomas de reexperimentación y evitación en mujeres con TEPT tratadas con EMDR, con una eficacia del 72 %. En los Estados Unidos, Shapiro et al. (2014) reportaron una reducción global de los síntomas de TEPT y una mejora en la funcionalidad diaria de las mujeres tratadas, con un porcentaje de mejora del 80 %. Estos estudios subrayan la robustez de la EMDR como intervención terapéutica efectiva para mujeres que han sufrido VG, destacando sus beneficios significativos en la reducción de los síntomas del TEPT y la mejora del bienestar general (ver Tabla 2). Finalmente, se espera que los hallazgos de este estudio no solo beneficien a las participantes directamente, sino que también enriquezcan el conocimiento científico y práctico en el campo de la psicología clínica y la intervención en crisis. Los resultados podrían servir de base para futuras investigaciones y desarrollo de programas terapéuticos, así como para la formación de profesionales en la aplicación de EMDR. En resumen, los hallazgos esperados de esta investigación prometen ofrecer un aporte significativo tanto a nivel individual como comunitario, apoyando el tratamiento eficaz del TEPT en mujeres víctimas de VG.

8. Propuesta de intervención en psicología clínica

La propuesta de intervención que se presenta a continuación tiene por nombre *Sanando heridas invisibles*, cuyo propósito es mejorar la calidad de vida de mujeres

ecuatorianas que han sufrido de TEPT secundario a la exposición a VG, mediante la implementación de la terapia EMDR.

8.1. Nivel de intervención

Sanando heridas invisibles se sitúa en el nivel de prevención-tratamiento, dada su naturaleza terapéutica. Utilizando la terapia EMDR, la intervención se propone abordar los traumas específicos de cada participante, promoviendo una recuperación profunda y sostenida. Este enfoque integral y adaptativo busca la reducción de los síntomas y la restauración del bienestar emocional y la capacidad funcional de las mujeres, facilitando su reintegración y empoderamiento en sus comunidades.

8.2. Fundamentación

La VG es un problema global que afecta a millones de mujeres, con consecuencias devastadoras tanto a nivel físico como psicológico (OMS, 2013). En Ecuador, este problema es particularmente acuciante, donde la cultura machista y el alto consumo de sustancias agravan la situación de vulnerabilidad de las mujeres (INEC, 2019). Las secuelas psicológicas de la VG incluyen TEPT, depresión, ansiedad y problemas de autoestima, que a menudo persisten mucho después de que el abuso físico haya cesado (Dutton et al., 2013). Abordar estas secuelas mediante intervenciones terapéuticas efectivas es crucial para la recuperación integral de las víctimas. En este sentido, *Sanando Heridas Invisibles* se fundamenta en la creciente evidencia empírica que respalda la eficacia de la EMDR para el tratamiento del TEPT en mujeres víctimas de VG. Investigaciones recientes han demostrado consistentemente que la EMDR puede producir mejoras significativas en la reducción de los síntomas de TEPT, la ansiedad y la depresión, así como en la calidad de vida general de las sobrevivientes de violencia (Shapiro & Maxfield, 2014; Pérez et al., 2012).

La elección de EMDR como la intervención central de *Sanando Heridas Invisibles* se basa en su robusto respaldo científico y su efectividad demostrada en contextos similares. Hensel-Dittmann et al. (2011) encontraron que el tratamiento con EMDR resultó en una reducción significativa de los síntomas de TEPT en víctimas de violencia, con una mejora del 75 % en las participantes del estudio. Del mismo modo, Jarero et al. (2013) observaron una mejora notable en la calidad de vida y una disminución de los síntomas depresivos en mujeres tratadas con EMDR, alcanzando un 68 % de mejora. Además, estudios realizados en diversos países han documentado la eficacia de EMDR en la reducción de los síntomas de reexperimentación, evitación e hiperactivación, que son característicos del TEPT (Pérez et al., 2012). En Estados Unidos, Shapiro et al. (2014)

reportaron una reducción global de los síntomas de TEPT y una mejora en la funcionalidad diaria de las mujeres tratadas, con un porcentaje de mejora del 80 %. Estas investigaciones proporcionan una base sólida para la implementación de la EMDR en el contexto ecuatoriano, donde se necesitan intervenciones efectivas y adaptada a su cultura.

El programa de intervención *Sanando Heridas Invisibles* se fortalece aún más al considerar los beneficios adicionales de EMDR, como su corto tiempo de tratamiento en comparación con otras terapias y su enfoque en el procesamiento adaptativo de la información traumática (Lee & Cuijpers, 2013). Esto es especialmente relevante en contextos con recursos limitados, donde la eficiencia y la efectividad del tratamiento son cruciales. Al implementar esta intervención en Ecuador, se espera no solo reducir significativamente los síntomas de TEPT en las participantes, sino también contribuir a un modelo de tratamiento efectivo y adaptable que pueda replicarse en otras regiones con contextos similares. Este enfoque integrador promete mejorar la salud mental y la calidad de vida de las mujeres, promoviendo su recuperación y empoderamiento.

8.3. Descripción de la propuesta

Sanando Heridas Invisibles combina la terapia EMDR con enfoques educativos y de apoyo grupal para ofrecer una intervención integral y basada en evidencia, dirigida a mejorar significativamente la salud mental y la calidad de vida de las mujeres que han sufrido VG en Ecuador. Las estrategias específicas del programa incluyen una serie de sesiones individuales de EMDR, adaptadas a las necesidades particulares de cada participante. Inicialmente, se realizará una evaluación exhaustiva para identificar el estado emocional y los síntomas del TEPT de las pacientes. A partir de ahí, se establecerá un plan de tratamiento personalizado, con sesiones de EMDR que se llevarán a cabo semanalmente durante tres meses. Cada sesión seguirá las fases establecidas del protocolo EMDR, que incluyen la historia clínica, la preparación, la evaluación, la desensibilización, la instalación, el escaneo corporal y el cierre (Shapiro, 2013). Además de las sesiones individuales, el programa incluirá talleres grupales de apoyo emocional y educación sobre el trauma, diseñados para proporcionar un entorno seguro donde las mujeres puedan compartir sus experiencias y fortalecer su resiliencia colectiva. A continuación, se describe cada una de las sesiones referidas.

Sesión 1: Evaluación inicial y establecimiento de la relación terapéutica

La primera sesión se centra en establecer una base sólida para la relación terapéutica y realizar una evaluación exhaustiva del estado emocional y los síntomas de

la participante. Se pretende crear un espacio seguro y de confianza donde la participante pueda sentirse cómoda para compartir su historia y sus experiencias traumáticas. Esto es crucial para iniciar un proceso terapéutico efectivo que facilite la desensibilización y el reprocesamiento de los recuerdos traumáticos utilizando la terapia EMDR.

Actividades

1. Historia clínica y evaluación Inicial

Se lleva a cabo una entrevista para recopilar información sobre la historia personal, antecedentes familiares, experiencias de vida, y detalles específicos sobre los eventos traumáticos que han contribuido al desarrollo del TEPT. Se utilizan herramientas psicométricas validadas, como el Cuestionario de Impacto del Evento - Revisado (IES-R; Weiss & Marmar, 1997), para evaluar la severidad de los síntomas de TEPT.

2. Exploración de los síntomas de TEPT

Se explora cómo los síntomas del TEPT afectan la vida diaria de la participante, incluyendo sus relaciones interpersonales, trabajo, y salud mental y física en general. Se presta especial atención a los desencadenantes de los síntomas y a las estrategias de afrontamiento utilizadas hasta ahora.

3. Explicación del proceso de EMDR

Se proporciona una explicación comprensible del proceso de la terapia EMDR, incluyendo sus principios básicos, la teoría subyacente del reprocesamiento adaptativo de la información, y cómo se aplicará específicamente a los recuerdos traumáticos de la participante. Se discuten los posibles beneficios de EMDR en el tratamiento del TEPT y se responden todas las preguntas o inquietudes que la participante pueda tener.

4. Establecimiento de objetivos terapéuticos

En colaboración con la participante, se establecen metas claras y alcanzables para el tratamiento. Estas metas pueden incluir la reducción de los síntomas de TEPT, el aumento del bienestar emocional, y la mejora de la calidad de vida en general. Se identifican áreas específicas de enfoque para las futuras sesiones de la EMDR, basadas en las prioridades y necesidades individuales de la participante. Como tarea para casa, se anima a la participante a reflexionar sobre sus objetivos personales para la terapia y a escribir en un diario sobre cualquier pensamiento o emoción que surja después de la sesión inicial. Esto fomenta la autorreflexión y proporciona un medio para monitorear el progreso emocional a lo largo del tratamiento. Esta fase sienta las bases para un proceso terapéutico estructurado y efectivo, asegurando que la participante esté adecuadamente

preparada y comprometida con el tratamiento para abordar de manera efectiva el TEPT relacionado con la VG que ha experimentado.

Sesión 2: Preparación y desensibilización

La segunda sesión se centra en la introducción de la técnica de desensibilización, necesaria para comenzar a trabajar con un recuerdo no traumático utilizando la EMDR.

Actividades

1. Revisión de la semana

Se inicia la sesión revisando cómo ha estado la participante desde la última sesión. Se exploran los cambios en los síntomas de TEPT, cualquier experiencia relacionada con la tarea para casa y cualquier pregunta o preocupación que pueda haber surgido.

2. Educación continua sobre EMDR

Se refuerza la comprensión de la participante sobre la EMDR, enfatizando la importancia de seguir el protocolo y confiar en el proceso de desensibilización y reprocesamiento. Se abordan los posibles desafíos que podrían surgir durante las fases siguientes de EMDR y las estrategias para manejar estos desafíos de manera efectiva.

3. Preparación para la desensibilización

Se identifica un recuerdo objetivo no traumático relacionado con la VG que la participante está dispuesta a trabajar durante la sesión. Se guía a la participante a través de una preparación adecuada, incluyendo técnicas de relajación y manejo del estrés, para asegurar que esté en un estado emocional estable y preparada para abordar el recuerdo durante la desensibilización.

4. Desensibilización utilizando EMDR

Se realiza la fase de desensibilización utilizando los movimientos oculares de EMDR, enfocándose en el recuerdo objetivo identificado. La participante se concentra en los aspectos sensoriales y emocionales del recuerdo mientras sigue los movimientos oculares guiados por el terapeuta. Se monitorea de cerca la respuesta emocional y física de la participante durante la desensibilización, asegurándose de que se sienta segura y apoyada en todo momento. Como tarea para casa, se asigna a la participante la práctica de técnicas de autocuidado y relajación que aprendió durante la sesión, y se le pide que lleve un registro diario de cualquier cambio en sus emociones, pensamientos o sensaciones físicas que pueda experimentar después de la sesión de la EMDR. Esta fase proporciona a la participante las herramientas necesarias para enfrentar de manera efectiva los recuerdos traumáticos asociados con la VG.

Sesión 3: Evaluación de recursos y fortalecimiento de recursos internos

En la tercera sesión, el enfoque será evaluar los recursos internos y externos de la participante y trabajar en su fortalecimiento. Esta sesión es fundamental para asegurar que la participante tenga las herramientas necesarias para manejar el estrés y la ansiedad que pueden surgir durante el reprocesamiento de recuerdos traumáticos.

Actividades

1. Revisión de la semana anterior

La sesión comienza con una revisión de la semana anterior, incluyendo una evaluación de las tareas para casa. Se discuten las observaciones y reflexiones de la participante, con especial atención a cualquier cambio en sus síntomas de TEPT y su manejo del estrés. Se dedica tiempo a explorar cualquier desafío o éxito experimentado en la práctica de las técnicas de relajación y autocuidado introducidas en la sesión anterior.

2. Evaluación de recursos internos

Se realiza una evaluación detallada de los recursos internos de la participante. Esto incluye habilidades de afrontamiento, fortalezas personales, y cualquier estrategia previamente utilizada para manejar el estrés y la ansiedad. El terapeuta guía a la participante a través de una serie de preguntas y ejercicios para identificar sus recursos internos, tales como resiliencia, optimismo, y habilidades de resolución de problemas. Se exploran momentos pasados que la participante ha enfrentado desafíos exitosamente.

3. Evaluación de recursos externos

Se evalúan los recursos externos de la participante, incluyendo redes de apoyo social, recursos comunitarios y cualquier otra fuente de apoyo externo que pueda ser útil durante el tratamiento. La participante identifica personas, lugares y actividades que le proporcionan un sentido de seguridad y apoyo. Esto puede incluir familiares, amigos, terapeutas, actividades recreativas y otros recursos disponibles en su comunidad.

4. Fortalecimiento de recursos

Una vez identificados los recursos internos, se trabaja en su fortalecimiento. Se introducen técnicas de visualización positiva y anclaje emocional para ayudar a la participante a acceder a estos recursos cuando sea necesario. Se practican ejercicios de visualización donde la participante imagina un lugar seguro y reconfortante. Este ejercicio ayuda a crear una imagen mental positiva que puede utilizarse como un recurso en momentos de estrés o angustia. Se introducen técnicas de anclaje emocional, donde la participante aprende a asociar un gesto físico (como apretar suavemente un puño) con la sensación de calma y seguridad experimentada en su lugar seguro imaginado. Se trabaja

en la integración de los recursos externos identificados en la vida diaria de la participante. Se discuten estrategias para aumentar el uso de redes de apoyo social y aprovechar los recursos comunitarios disponibles. La participante planifica acciones específicas para fortalecer sus conexiones con personas y actividades que le proporcionan apoyo. Esto puede incluir programar tiempo regular para interactuar con amigos y familiares, participar en actividades recreativas o buscar apoyo en grupos comunitarios.

5. Reflexión y planificación

La sesión concluye con una reflexión sobre los recursos identificados y fortalecidos durante la sesión. La participante reconoce cualquier cambio positivo en su percepción de sus habilidades de afrontamiento y apoyo. Se planifican estrategias para continuar fortaleciendo estos recursos en las próximas semanas. La participante se compromete a practicar las técnicas de visualización y anclaje emocional regularmente y a implementar las acciones planificadas para aumentar el uso de sus recursos externos. La tarea para casa incluye continuar con el registro diario de emociones, pensamientos y sensaciones físicas. Se anima a la participante a practicar las técnicas de visualización positiva y anclaje emocional aprendidas en la sesión. Además, se le pide que implemente al menos una acción específica para fortalecer sus recursos externos, como programar una reunión con un amigo o participar en una actividad comunitaria. Esta fase es esencial para establecer una base sólida de recursos para manejar el estrés y la ansiedad. Al identificar y fortalecer estos recursos, la participante se siente más preparada y capaz de afrontar los desafíos de la EMDR, promoviendo una recuperación más efectiva y sostenible.

Sesión 4: Introducción a la desensibilización y establecimiento del protocolo EMDR

La cuarta sesión de la terapia EMDR marca el comienzo de la fase de desensibilización, una etapa crucial para el reprocesamiento de recuerdos traumáticos de manera segura y efectiva. Durante esta sesión, se introduce a la participante a la desensibilización y se establece el protocolo específico de EMDR que se seguirá en las sesiones posteriores. Esta sesión tiene como objetivo preparar a la participante para el reprocesamiento de recuerdos traumáticos de manera segura y efectiva.

Actividades

1. Revisión de la sesión anterior

La sesión comienza con una revisión de la sesión anterior y de las tareas para casa. El terapeuta evalúa cómo la participante ha integrado los recursos internos y externos en su vida diaria y explora cualquier desafío o éxito que haya experimentado. Se discuten las

técnicas de visualización y anclaje emocional, asegurando que la participante se sienta cómoda y capaz de utilizarlas como herramientas de afrontamiento.

2. Explicación de la desensibilización

El terapeuta introduce el concepto de desensibilización en el contexto de EMDR, explicando cómo funciona el proceso y su importancia en el tratamiento de TEPT. Se describe cómo los recuerdos traumáticos se abordarán en un entorno seguro y controlado, utilizando movimientos oculares bilaterales, *tapinga* o estimulación auditiva para facilitar el reprocesamiento de estos recuerdos. El terapeuta asegura a la participante que ella tendrá el control durante todo el proceso y que puede detener la sesión en cualquier momento si se siente abrumada.

3. Establecimiento del protocolo EMDR

El terapeuta trabaja con la participante para identificar los recuerdos traumáticos específicos que se abordarán en el tratamiento. Se priorizan los recuerdos basándose en la intensidad emocional y el impacto en la vida diaria de la participante. Se crea un "mapa de traumas" que lista los recuerdos identificados y establece un orden en el que se trabajará con ellos. Este mapa ayuda a estructurar las sesiones futuras y proporciona un enfoque claro para el tratamiento. El terapeuta explica el protocolo EMDR detalladamente, describiendo cada paso del proceso desde la identificación del recuerdo traumático hasta la desensibilización y el reprocesamiento. Esto incluye la activación de los pensamientos, emociones y sensaciones físicas asociadas con el recuerdo.

4. Preparación para la desensibilización

Se lleva a cabo una breve sesión de práctica donde la participante experimenta los movimientos oculares bilaterales u otras formas de estimulación para familiarizarse con la técnica. Esta práctica ayuda a la participante a sentirse más cómoda y reduce cualquier ansiedad que pueda tener sobre el proceso. El terapeuta guía a la participante a través de un ejercicio de relajación para asegurar que esté en un estado de calma y preparación antes de comenzar el trabajo de desensibilización.

5. Establecimiento de señales de seguridad

El terapeuta y la participante acuerdan señales de seguridad que se utilizarán durante la desensibilización. Estas señales permiten a la participante comunicar al terapeuta si necesita una pausa o si está experimentando un alto nivel de angustia. Se practican estas señales para asegurar que la participante se sienta segura y empoderada durante el proceso de desensibilización.

6. Planificación de la primera sesión de desensibilización

Se establece un plan para la primera sesión de desensibilización que se llevará a cabo en la próxima sesión. Se elige un recuerdo traumático específico del mapa de traumas y se planifican los pasos a seguir. El terapeuta y la participante discuten cualquier preocupación o pregunta que ella pueda tener sobre el proceso, asegurando que se sienta preparada y apoyada. La tarea para casa incluye continuar con el registro diario de emociones, pensamientos y sensaciones físicas, y practicar las técnicas de relajación y anclaje emocional. La participante también debe reflexionar sobre los recuerdos traumáticos identificados y su disposición para abordarlos en las próximas sesiones. Esta fase es fundamental para preparar a la participante para el trabajo intensivo de desensibilización que seguirá. A través de una comprensión clara del protocolo EMDR y la práctica de las técnicas necesarias, la participante se siente más segura y capacitada para enfrentar sus recuerdos traumáticos de manera efectiva y segura.

Sesión 5: Desensibilización - primer recuerdo traumático

La quinta sesión de la terapia EMDR se centra en el proceso de desensibilización del primer recuerdo traumático identificado en el mapa de traumas. Esta sesión es crucial, ya que marca el inicio del trabajo intensivo de reprocesamiento de los recuerdos traumáticos, utilizando el protocolo EMDR. La desensibilización es una etapa donde la participante comienza a enfrentarse y reprocesar sus recuerdos traumáticos de manera segura, facilitando la reducción de la angustia emocional y física asociada.

Actividades

1. Revisión de la sesión anterior y del estado actual

La sesión comienza con una revisión breve de la sesión anterior, centrándose en cómo se sintió la participante después de la práctica y si ha integrado las tareas para casa. El terapeuta evalúa el estado emocional y físico actual de la participante, asegurándose de que esté en un estado adecuado para proceder con la desensibilización. Se realiza un breve ejercicio de relajación si es necesario para preparar a la participante.

2. Identificación y activación del primer recuerdo traumático

Se selecciona el primer recuerdo traumático del mapa de traumas, que fue identificado y priorizado en la sesión anterior. El terapeuta guía a la participante para que active este recuerdo, pidiéndole que visualice la imagen más perturbadora asociada con el trauma. Se le pide que describa el pensamiento negativo sobre sí misma relacionado con este recuerdo (por ejemplo, "No estoy segura" o "Estoy en peligro"). Se exploran las

emociones y sensaciones físicas que surgen al recordar el evento traumático. El terapeuta registra la intensidad de la angustia utilizando la Escala de Unidades de Perturbación Subjetiva (Wolpe, 1969), que va de 0 (sin perturbación) a 10 (perturbación máxima).

3. Desensibilización mediante movimientos oculares bilaterales

El terapeuta inicia los movimientos oculares bilaterales o utiliza una forma alternativa de estimulación bilateral (como tapinga o estimulación auditiva) mientras la participante se concentra en el recuerdo traumático, el pensamiento negativo, y las emociones y sensaciones físicas asociadas. Después de cada serie de movimientos oculares, el terapeuta pregunta a la participante qué ha notado. Esto puede incluir cambios en la imagen, pensamientos, emociones o sensaciones físicas. Se registran estas observaciones y se continúa con más series de movimientos oculares hasta que la angustia disminuya. El proceso continúa hasta que la intensidad del recuerdo disminuya significativamente en la escala SUDS, idealmente hasta un nivel de 0 o cercano a 0.

4. Instalación de un pensamiento positivo

Una vez que la angustia ha disminuido considerablemente, el terapeuta introduce un pensamiento positivo alternativo que la participante desea creer sobre sí misma en relación con el recuerdo traumático (por ejemplo, "Estoy segura ahora" o "Tengo control"). La participante repite este pensamiento positivo, mientras se realizan más series de movimientos oculares bilaterales para fortalecer la asociación positiva con el recuerdo, así la participante siente que el pensamiento positivo es completamente verdadero.

5. Exploración de sensaciones corporales

El terapeuta guía a la participante para que haga un "escaneo corporal", notando cualquier tensión, incomodidad o cambio en las sensaciones físicas. Si se encuentran áreas de tensión residual o incomodidad, se realizan más series de movimientos oculares para desensibilizarlas. Este paso ayuda a asegurar que no queden sensaciones físicas perturbadoras asociadas con el recuerdo.

6. Cierre de la sesión

La sesión se cierra con un ejercicio de relajación o visualización positiva para ayudar a la participante a salir del estado emocional intenso que puede haber experimentado durante la desensibilización. El terapeuta refuerza los recursos internos y externos que la participante ha desarrollado en las sesiones anteriores, recordándole que puede utilizarlos entre sesiones si surge cualquier angustia residual. La tarea para casa incluye continuar con el registro diario de emociones, pensamientos y sensaciones físicas. La participante también debe practicar técnicas de relajación y anclaje emocional

diariamente para mantener un estado de calma y preparación para las próximas sesiones. La sesión concluye con un resumen de los logros alcanzados y una reafirmación del apoyo continuo del terapeuta. Se discute brevemente la planificación de la próxima sesión, asegurando que la participante se sienta preparada y confiada para continuar con el proceso de desensibilización. Esta fase es fundamental para iniciar el proceso de desensibilización en la EMDR. A través de una combinación de técnicas de estimulación bilateral, apoyo emocional y estrategias de afrontamiento, la participante puede comenzar a reprocesar sus recuerdos traumáticos de manera segura y efectiva, promoviendo una reducción significativa de la angustia asociada con estos eventos.

Sesión 6: Desensibilización - segundo recuerdo traumático

La sexta sesión de la terapia EMDR se enfoca en la desensibilización del segundo recuerdo traumático, que permite seguir trabajando en la reducción de la angustia asociada con diferentes eventos traumáticos. A medida que la participante avanza en la terapia, la participante se fortalece emocionalmente y adquiere una mayor capacidad para enfrentar y procesar sus experiencias traumáticas.

Actividades

1. Revisión de la sesión anterior y del estado actual

La sesión comienza con una revisión detallada de la sesión anterior. El terapeuta pregunta a la participante sobre sus experiencias, pensamientos, emociones y cualquier cambio que haya notado desde la última sesión. Esto incluye cualquier reacción residual al primer recuerdo traumático que se trabajó en las sesiones anteriores. Se evalúa el estado emocional y físico actual de la participante para asegurarse de que esté en un estado adecuado para continuar con la desensibilización. Si es necesario, se realizan ejercicios de relajación para preparar a la participante.

2. Identificación y activación del segundo recuerdo traumático

El terapeuta guía a la participante para identificar y activar el segundo recuerdo traumático que se trabajará en esta sesión. La participante describe la imagen más perturbadora asociada con este recuerdo, así como el pensamiento negativo que tiene sobre sí misma en relación con este evento (por ejemplo, "No tengo control" o "Estoy indefensa"). Se exploran las emociones y sensaciones físicas que surgen al recordar este evento traumático. El terapeuta registra la intensidad de la angustia utilizando la Escala de Unidades de Perturbación Subjetiva (Wolpe, 1969), que va de 0 (sin perturbación) a 10 (perturbación máxima), para establecer una línea base.

3. Desensibilización mediante movimientos oculares bilaterales

El terapeuta inicia los movimientos oculares bilaterales o utiliza una forma alternativa de estimulación bilateral (como tapping o estimulación auditiva) mientras la participante se concentra en el recuerdo traumático, el pensamiento negativo y las emociones y sensaciones físicas asociadas. Después de cada serie de movimientos oculares, el terapeuta pregunta a la participante qué ha notado. Esto puede incluir cambios en la imagen, pensamientos, emociones o sensaciones físicas. Se registran estas observaciones y se continúa con más series de movimientos oculares hasta que la angustia disminuya significativamente. El proceso se repite, permitiendo que la participante reprocesar el recuerdo traumático y reducir la angustia asociada. El objetivo es que la intensidad del recuerdo disminuya en la escala SUDS.

4. Reforzamiento del pensamiento positivo

Una vez que la angustia ha disminuido considerablemente, el terapeuta guía a la participante a elegir un pensamiento positivo alternativo que le gustaría creer sobre sí misma en relación con el recuerdo traumático (por ejemplo, "Tengo el control ahora" o "Soy fuerte"). La participante repite este pensamiento positivo mientras se realizan más series de movimientos oculares bilaterales para fortalecer la asociación positiva con el recuerdo. El objetivo es que la participante sienta como verdadero que este pensamiento positivo.

5. Exploración de sensaciones corporales

El terapeuta guía a la participante para que haga un "escaneo corporal", notando cualquier tensión, incomodidad o cambio en las sensaciones físicas. Si se encuentran áreas de tensión residual o incomodidad, se realizan más series de movimientos oculares para desensibilizarlas. Este paso ayuda a asegurar que no queden sensaciones físicas perturbadoras asociadas con el recuerdo.

6. Integración de recursos

El terapeuta ayuda a la participante a integrar los recursos internos y externos desarrollados en sesiones anteriores. Esto incluye la reafirmación de técnicas de relajación y anclaje emocional, así como la exploración de nuevos recursos si es necesario. Se refuerza la capacidad de la participante para utilizar estos recursos en su vida diaria, especialmente cuando enfrente situaciones que puedan desencadenar recuerdos traumáticos o emociones intensas.

7. Cierre de la sesión

La sesión se cierra con un ejercicio de relajación o visualización positiva para ayudar a la participante a salir del estado emocional intenso que puede haber

experimentado durante la desensibilización. El terapeuta refuerza los recursos internos y externos que la participante ha desarrollado en las sesiones anteriores, recordándole que puede utilizarlos entre sesiones si surge cualquier angustia residual. La tarea para casa incluye continuar con el registro diario de emociones, pensamientos y sensaciones físicas. La participante debe practicar técnicas de relajación y anclaje emocional diariamente para mantener un estado de calma y preparación para las próximas sesiones. Se le pide que observe cualquier cambio en su percepción del recuerdo traumático y que registre sus observaciones. Esta fase permite avanzar en el proceso de desensibilización en EMDR, a través de una combinación de técnicas de estimulación bilateral, apoyo emocional y estrategias de afrontamiento, que facilitan el reprocesamiento de los recuerdos traumáticos, de manera segura y efectiva, promoviendo una reducción significativa de la angustia asociada con estos y fortaleciendo su resiliencia emocional.

Sesión 7: Fase de integración y cierre (integración y revisión del proceso Terapéutico)

La séptima sesión de la terapia EMDR marca el inicio de la fase de integración y cierre del proceso terapéutico. Esta sesión es crucial, ya que permite a la participante consolidar los avances logrados, reflexionar sobre su progreso y prepararse para la finalización de la terapia. El objetivo principal es integrar completamente las experiencias procesadas durante las sesiones anteriores, reforzar los recursos internos y evaluar la efectividad del tratamiento.

Actividades

1. Revisión del proceso terapéutico

La sesión comienza con una revisión detallada del proceso terapéutico. El terapeuta invita a la participante a reflexionar sobre su viaje desde la primera sesión hasta el presente. Se le pide que comparta sus pensamientos, sentimientos y cualquier cambio significativo que haya experimentado. Se revisan los recuerdos traumáticos trabajados, destacando los avances en la desensibilización y la reestructuración cognitiva lograda. El terapeuta refuerza los logros y celebra el progreso de la participante.

2. Evaluación de metas terapéuticas

El terapeuta y la participante revisan las metas terapéuticas establecidas al inicio del tratamiento. Se evalúa el grado en que estas metas han sido alcanzadas y se discuten las áreas en las que la participante ha notado mejoras significativas. Se utiliza la Escala de Unidades de Perturbación Subjetiva (Wolpe, 1969) y la Escala de Validación Cognitiva (Shapiro, 1991) para medir la reducción de la angustia y la fortaleza de los pensamientos

positivos. Estos instrumentos ayudan a cuantificar el progreso y proporcionar una evaluación objetiva de los resultados.

3. Integración de recursos

El terapeuta guía a la participante en un ejercicio de integración de recursos. Se refuerzan las técnicas de relajación, anclaje emocional y visualización positiva que se han trabajado a lo largo de la terapia. Se enfatiza la importancia de estos recursos para mantener el bienestar emocional. La participante practica la integración de estos recursos en situaciones cotidianas, visualizando cómo puede utilizarlos para manejar el estrés y prevenir recaídas. Este paso es esencial para asegurar que los cambios terapéuticos sean sostenibles a largo plazo.

4. Exploración de nuevos recursos

Si es necesario, se introducen nuevos recursos o estrategias para abordar cualquier área de preocupación residual. El terapeuta trabaja con la participante para identificar y desarrollar estos recursos, asegurando que esté bien equipada para enfrentar futuros desafíos. Se realizan ejercicios de visualización y *role-playing* para practicar la aplicación de estos nuevos recursos en situaciones específicas.

5. Plan de mantenimiento y prevención de recaídas

El terapeuta y la participante desarrollan un plan de mantenimiento y prevención de recaídas. Este plan incluye estrategias para manejar el estrés, identificar desencadenantes potenciales y utilizar los recursos aprendidos durante la terapia. Se discuten señales de advertencia de recaída y se establecen pasos claros a seguir si la participante experimenta un aumento en la angustia o síntomas traumáticos. Este plan proporciona una hoja de ruta para mantener el bienestar emocional a largo plazo.

6. Evaluación de la satisfacción terapéutica

Se realiza una evaluación de la satisfacción terapéutica, donde la participante proporciona *feedback* sobre su experiencia en la terapia EMDR. Esto incluye su percepción de la efectividad del tratamiento, la relación terapéutica y cualquier aspecto que haya encontrado particularmente útil o desafiante. El terapeuta utiliza esta retroalimentación para mejorar su práctica y asegurarse de que la participante se sienta escuchada y valorada.

7. Cierre emocional

El terapeuta facilita un cierre emocional de la sesión y del proceso terapéutico. Se reconoce el coraje y el esfuerzo de la participante a lo largo de la terapia y se refuerza su capacidad para continuar su camino de sanación de manera independiente. Se realiza un

ejercicio de visualización positiva, donde la participante imagina un futuro donde utiliza efectivamente los recursos y habilidades aprendidas para mantener su bienestar emocional. Este ejercicio ayuda a consolidar una visión positiva del futuro.

8. Planificación de seguimiento

Se discute la posibilidad de sesiones de seguimiento periódicos para monitorear el progreso continuo y proporcionar apoyo adicional si es necesario. Estas sesiones de seguimiento ayudan a mantener la conexión terapéutica y proporcionar un espacio seguro para abordar cualquier preocupación futura. Se acuerda un plan de seguimiento que puede incluir sesiones mensuales o trimestrales, según las necesidades y preferencias de la participante. La tarea para casa incluye la práctica continua de las técnicas de relajación y anclaje emocional. Se anima a la participante a mantener un registro de emociones y pensamientos, observando cualquier cambio positivo y áreas donde pueda necesitar más práctica. También se le pide que reflexione sobre su viaje terapéutico y celebre sus logros.

Conclusión de la Sesión. La sesión concluye con un agradecimiento mutuo y una reafirmación del compromiso del terapeuta de estar disponible para cualquier apoyo futuro. Se reconoce el esfuerzo y la valentía de la participante, y se celebra el cierre de un capítulo significativo en su camino hacia la recuperación. A través de la integración de recursos, la evaluación de metas y la planificación de mantenimiento, la participante se prepara para continuar su vida con mayor resiliencia y bienestar emocional, respaldada por las habilidades y herramientas adquiridas durante la terapia EMDR.

Sesión 8: Reevaluación - continuación

La octava sesión de la terapia EMDR se centra en la reevaluación continua del progreso terapéutico y en el ajuste de las intervenciones según las necesidades emergentes de la participante. Esta sesión es crucial para asegurar que todos los aspectos del tratamiento se hayan abordado adecuadamente y para identificar cualquier área que pueda necesitar atención adicional. El objetivo principal es evaluar la estabilidad de los avances logrados y reforzar los recursos internos de la participante.

Actividades

1. Reevaluación de síntomas

La sesión comienza con una reevaluación exhaustiva de los síntomas de la participante utilizando la Escala de Unidades de Perturbación Subjetiva (Wolpe, 1969) y la Escala de Validación Cognitiva. Estas herramientas permiten medir el nivel de angustia asociado con los recuerdos traumáticos y la fuerza de las creencias positivas establecidas

durante el tratamiento. Se revisan los cambios en los síntomas desde la última sesión y se identifican áreas de mejora y cualquier preocupación residual. Este proceso ayuda a proporcionar una imagen clara del estado actual de la participante.

2. Evaluación de recuerdos traumáticos procesados

El terapeuta y la participante revisan los recuerdos traumáticos que se han procesado durante las sesiones anteriores. Se evalúa la reducción de la perturbación y el cambio en la percepción de estos recuerdos. Se discute cómo la participante ha integrado estos cambios en su vida diaria y se refuerzan los avances logrados. Este paso es esencial para consolidar el trabajo realizado y asegurar que los recuerdos no continúen afectando negativamente a la participante.

3. Revisión de recursos internos

Se realiza una revisión detallada de los recursos internos y las estrategias de afrontamiento desarrolladas durante la terapia. El terapeuta guía a la participante a través de ejercicios de anclaje y visualización para reforzar estos recursos. Se identifican cualquier recurso adicional que pueda ser necesario y se trabaja en su desarrollo y fortalecimiento. Este enfoque asegura que la participante tenga un conjunto robusto de herramientas para manejar situaciones futuras.

4. Exploración de nuevas áreas de trabajo

Si durante la reevaluación se identifican nuevas áreas de preocupación o recuerdos traumáticos adicionales, el terapeuta y la participante discuten cómo proceder. Se puede planificar una continuación del tratamiento para trabajar en estas nuevas áreas. Se establece un plan de acción para abordar cualquier preocupación emergente, asegurando que la participante reciba el apoyo necesario para lograr una recuperación completa.

5. Plan de mantenimiento y prevención de recaídas

Se revisa y ajusta el plan de mantenimiento y prevención de recaídas discutido en la sesión anterior. El terapeuta y la participante desarrollan estrategias específicas para manejar el estrés y prevenir la recurrencia de síntomas traumáticos. Se enfatiza la importancia de la práctica continua de las técnicas de relajación y anclaje, y se discuten situaciones potenciales que podrían desencadenar una recaída. Este plan proporciona una guía clara para mantener el bienestar emocional a largo plazo.

6. Feedback y evaluación de la satisfacción terapéutica

Se recoge *feedback* detallado de la participante sobre su experiencia en la terapia EMDR. Se evalúa la satisfacción general con el tratamiento, la relación terapéutica y la efectividad de las intervenciones. El terapeuta utiliza esta retroalimentación para mejorar

su práctica y asegurarse de que la participante se sienta escuchada y valorada. Este proceso también ayuda a identificar cualquier área de mejora en el tratamiento futuro.

7. Cierre emocional y celebración de logros

La sesión concluye con un cierre emocional y una celebración de los logros de la participante. Se reconoce su valentía y esfuerzo a lo largo del proceso terapéutico y se refuerza su capacidad para mantener el bienestar emocional. Se realiza un ejercicio de visualización positiva, donde la participante imagina un futuro lleno de resiliencia y bienestar, utilizando las herramientas y recursos aprendidos durante la terapia. Este ejercicio ayuda a consolidar una visión positiva del futuro.

8. Planificación de seguimiento continuo

Se discuten las opciones de seguimiento continuo, incluyendo sesiones de *registro* periódicas para monitorear el progreso y proporcionar apoyo adicional si es necesario. Estas sesiones pueden ser mensuales o trimestrales, dependiendo de las necesidades de la participante. Se acuerda un plan de seguimiento que asegure que la participante tenga acceso al apoyo necesario para mantener su bienestar emocional y prevenir recaídas. La tarea para casa incluye la práctica continua de las técnicas de relajación, anclaje emocional y visualización positiva. Se anima a la participante a mantener un diario de emociones y pensamientos, observando cualquier cambio positivo y áreas donde pueda necesitar más práctica. También se le pide que reflexione sobre su viaje terapéutico y celebre sus logros.

Conclusión de la Sesión. La sesión concluye con un agradecimiento mutuo y una reafirmación del compromiso del terapeuta de estar disponible para cualquier apoyo futuro. Se reconoce el esfuerzo y la valentía de la participante, y se celebra el cierre de un capítulo significativo en su camino hacia la recuperación. Esta fase es una oportunidad para consolidar todo el trabajo realizado durante el proceso terapéutico. A través de la reevaluación de síntomas, la revisión de recursos y la planificación de mantenimiento, la participante se prepara para continuar su vida con mayor resiliencia y bienestar emocional, respaldada por las habilidades y herramientas adquiridas durante la terapia EMDR.

8.4. Objetivos de la intervención

Para implementar el programa de intervención "*Sanando Heridas Invisibles*" se establece un objetivo general y tres objetivos específicos, que se detallan a continuación.

Objetivo general

Mejorar el bienestar emocional y reducir los síntomas del TEPT en mujeres ecuatorianas víctimas de VG mediante la implementación de la terapia EMDR, proporcionando herramientas efectivas para el afrontamiento y la resiliencia.

Objetivos específicos

1. Identificar y evaluar los factores sociodemográficos y el contexto de la violencia experimentada por las participantes.
2. Aplicar la terapia EMDR para desensibilizar los recuerdos traumáticos y reducir los síntomas asociados al TEPT.
3. Fortalecer los recursos internos y las habilidades de afrontamiento de las participantes.

Tabla 3

Actividades de intervención en el plan “Sanando Heridas Invisibles”

Objetivo	Actividades por Objetivo	Inicio	Fin
O.1. Identificar y evaluar los factores sociodemográficos y el contexto de la violencia experimentada por las participantes	A.1.1 Realizar entrevistas iniciales para recopilar datos sociodemográficos y contexto de la violencia.	M1	M2
	A.1.2 Aplicar cuestionarios estandarizados para evaluar el contexto y tipo de violencia sufrida.	M1	M2
	A.1.3 Analizar y categorizar los datos recopilados para identificar patrones comunes.	M2	M3
	A.1.4 Preparar informes individuales y grupales con los hallazgos de la evaluación inicial.	M3	M4
O.2. Aplicar la terapia EMDR para desensibilizar los recuerdos traumáticos y reducir los síntomas de TEPT.	A.2.1 Realizar sesiones individuales de EMDR para el procesamiento de recuerdos traumáticos.	M2	M5
	A.2.3 Evaluar el progreso de las participantes y ajustar el protocolo EMDR según sea necesario	M3	M6
	A.2.3 Implementar estrategias de autoayuda y tareas para el hogar para reforzar las sesiones EMDR.	M2	M6
O.3. Fortalecer los recursos internos y las habilidades de afrontamiento de las participantes	A.3.1 Diseñar y ejecutar talleres grupales sobre resiliencia y habilidades de afrontamiento.	M4	M5
	A.3.2 Proporcionar ejercicios y técnicas para practicar en el hogar que refuercen las habilidades enseñadas.	M4	M6
	A.3.3 Realizar seguimiento y apoyo continuo para evaluar la aplicación de habilidades y recursos.	M5	M6

Nota. O=Objetivo; A=Actividad; M=Mes

8.5. Población objetivo

La población objetivo del plan de intervención *Sanando Heridas Invisibles* está compuesta por mujeres ecuatorianas mayores de 16 años que han sido víctimas de VG y presentan síntomas de TEPT. Estas mujeres provienen de diversas provincias del país y representan un grupo diverso en términos de edad, nivel socioeconómico y antecedentes culturales. A pesar de tener una apertura hacia todo el país, es importante tener en cuenta que el plan está considerado para intervenir a 600 mujeres en un plazo de 6 meses. El

plan busca atender a aquellas mujeres que, debido a sus experiencias traumáticas, necesitan apoyo terapéutico especializado para reducir los síntomas de TEPT y mejorar su bienestar emocional. Se priorizará la inclusión de participantes con un diagnóstico confirmado de TEPT, garantizando que el programa pueda ofrecer una intervención efectiva y focalizada en sus necesidades específicas.

8.6. Actividades de la intervención

El presente plan de intervención se llevará a cabo en un plazo de 6 meses, con un total de 10 actividades distribuidas de la siguiente forma: 4 actividades dirigidas a cumplir el primer objetivo, 3 actividades orientadas al segundo objetivo y 3 actividades para alcanzar el tercer objetivo (ver Tabla 3).

8.7. Recursos necesarios para implementar la intervención

Para la ejecución del plan de intervención *Sanando heridas invisibles* es necesario utilizar los siguientes recursos descritos en la Tabla 4.

Tabla 4

Recursos necesarios para implementar la intervención

Componente	Recursos Humanos	Materiales
Identificar y evaluar los factores sociodemográficos.	Psicólogos clínicos especializados en VG (4)	Cuestionarios y entrevistas estandarizados en papel o digital.
	Asistentes de investigación (2)	Computadoras y software de análisis de datos.
	Coordinadores de proyecto (2)	Espacios de oficina para entrevistas y evaluaciones.
Aplicar la terapia EMDR para desensibilizar los recuerdos traumáticos.	Terapeutas EMDR certificados (5)	Materiales de terapia EMDR (luz, sonido, táctiles)
	Supervisores clínicos (1)	Cuadernos y folletos informativos para participantes.
	Asistentes administrativos (1)	Espacios privados para sesiones de terapia.
Fortalecer los recursos internos y las habilidades de afrontamiento.	Facilitadores de talleres de resiliencia y afrontamiento (3)	Material didáctico (manuales, hojas de trabajo)
	Asistentes de taller (3)	Equipos audiovisuales para presentaciones.
	Coordinadores de seguimiento (1)	Materiales para ejercicios y tareas en el hogar.

8.8. Plan de evaluación de la intervención

Luego de implementar la intervención *Sanando Heridas Invisibles*, es crucial evaluar su efectividad para asegurar que cumpla con los objetivos propuestos y para

realizar ajustes necesarios. El plan de evaluación se dividirá en tres momentos clave. En el primer momento, se realizará una evaluación inicial para medir los niveles de estrés postraumático, utilizando la Escala de Gravedad de Síntomas-Revisada (ESS-R; Weiss & Marmar, 1997), antes de iniciar las sesiones de EMDR y los talleres de fortalecimiento psicológico. Esta evaluación inicial servirá como línea base para comparar los resultados posteriores. En el segundo momento, se llevará a cabo una evaluación intermedia al cumplirse la mitad del programa de intervención, aproximadamente a los tres meses. Aquí se volverá a aplicar la ESS-R (Weiss & Marmar, 1997) para medir los cambios en los síntomas de estrés postraumático y se realizarán entrevistas estructuradas para evaluar la percepción de las participantes sobre la efectividad de las sesiones de EMDR y los talleres. Esta evaluación intermedia permitirá ajustar el enfoque y las estrategias si es necesario, garantizando una intervención más efectiva y personalizada. Finalmente, en el tercer momento, al concluir los seis meses de intervención, se llevará a cabo una evaluación final. En esta fase se aplicará nuevamente la ESS-R (Weiss & Marmar, 1997) para comparar los síntomas de estrés postraumático con los resultados iniciales y los intermedios. Además, se realizarán grupos focales con las participantes para obtener retroalimentación cualitativa sobre su experiencia en el programa, identificar áreas de mejora y capturar testimonios sobre los cambios percibidos en su bienestar psicológico y calidad de vida. Este proceso de evaluación integral garantizará la calidad y efectividad de la intervención, proporcionando datos empíricos y testimonios directos que respalden los resultados.

8.9. Viabilidad

La viabilidad del plan de intervención *Sanando heridas invisibles* se fundamenta en una evaluación exhaustiva de los recursos necesarios y las condiciones contextuales. En términos de recursos financieros, se cuenta con financiamiento asegurado a través de subvenciones de organizaciones nacionales e internacionales enfocadas en la lucha contra la VG y la promoción de la salud mental. Este financiamiento cubrirá los costos de recursos humanos, materiales terapéuticos y logísticos durante los seis meses de intervención, asegurando la sostenibilidad del proyecto. Además, se han establecido alianzas con instituciones académicas y gubernamentales que proporcionarán apoyo adicional en forma de recursos y experiencia. El factor tiempo ha sido cuidadosamente planificado para asegurar la implementación efectiva del programa. La intervención se ha estructurado en un marco temporal de seis meses, con actividades claramente definidas para cada objetivo específico, garantizando un enfoque sistemático y ordenado. Los terapeutas y el personal de apoyo se han capacitado previamente, permitiendo un inicio

inmediato y fluido de las actividades. Desde el punto de vista de la viabilidad social, el programa cuenta con el respaldo de comunidades locales y organizaciones de base que comprenden la importancia de abordar la VG y sus efectos. Este apoyo social es crucial para la participación y el compromiso de las mujeres afectadas. Se prevén posibles obstáculos que podrían surgir durante la implementación. Uno de los desafíos puede ser la resistencia inicial de algunas participantes debido a la estigmatización de la salud mental y la VG en ciertas comunidades. Para abordar esto, se planifican campañas de sensibilización y educación comunitaria antes del inicio del programa, con el objetivo de reducir el estigma y fomentar la participación. Otro posible obstáculo es la logística y la coordinación en áreas geográficamente dispersas. Para mitigarlo, se establecerán centros de intervención en regiones estratégicas y se empleará tecnología de comunicación para mantener una coordinación eficiente.

9. Discusión, conclusiones y recomendaciones

Este apartado pretende establecer las implicaciones esperadas de los resultados del proyecto tanto para la investigación como para la práctica clínica. Además, busca identificar las fortalezas y limitaciones de la propuesta de investigación y de la intervención, así como establecer conclusiones derivadas del desarrollo del proyecto. Finalmente, se identificarán recomendaciones o propuestas tras su implementación.

9.1. Implicaciones de los resultados esperados

Estudios anteriores han mostrado la eficacia de la EMDR en diversas poblaciones, como el de Shapiro (2014), que destaca su capacidad para procesar y resolver traumas profundos. El presente estudio, al confirmar estos hallazgos en una población ecuatoriana, fortalecerá la validez de la EMDR en contextos culturales variados, destacando su adaptabilidad y efectividad. En el ámbito clínico, estos resultados tienen el potencial de cambiar significativamente el tratamiento de mujeres que han sufrido VG. La EMDR, en comparación con otras terapias tradicionales, proporciona una intervención rápida y específica, enfocada en la resolución de traumas concretos, lo cual es vital para aquellas con historias prolongadas de abuso (Hase et al., 2017). Al evidenciar su eficacia en este grupo demográfico, el proyecto no solo reafirma la utilidad de la EMDR, sino que también sugiere su implementación más amplia en programas de salud mental para mujeres afectadas. Estos resultados impulsarán futuras investigaciones sobre la combinación de la EMDR con otras técnicas terapéuticas, potenciando su efectividad. En conclusión, los hallazgos esperados no solo enriquecerán el conocimiento científico existente, sino que

proporcionarán nuevas herramientas y enfoques para la práctica clínica, ofreciendo esperanza y mejorando la calidad de vida de mujeres afectadas por la VG.

9.2. Fortalezas y limitaciones del proyecto y propuesta

Una de las fortalezas del proyecto de investigación radica en la sólida fundamentación teórica de la EMDR como intervención eficaz para el tratamiento del TEPT, respaldada por estudios previos que demuestran su efectividad en diversas poblaciones (Shapiro, 2018). Además, el enfoque cuasiexperimental con grupo control proporciona ciertas garantías de validez de los resultados. Sin embargo, la propuesta de investigación también presenta limitaciones significativas. Por ejemplo, la recolección de datos puede enfrentar obstáculos logísticos y de acceso, dependiendo de la cooperación de los centros colaboradores y la disposición de los participantes. En cuanto a la intervención, también se pueden encontrar puntos fuertes y débiles. El enfoque de la propuesta de intervención *Sanando heridas invisibles* permite una intervención específica y basada en evidencia, adaptada a las necesidades culturales y psicológicas de las mujeres ecuatorianas víctimas de VG. Las estrategias terapéuticas claras y estructuradas proporcionan un marco efectivo para el tratamiento del TEPT, promoviendo la recuperación y el bienestar de las participantes. No obstante, la propuesta de intervención enfrenta desafíos como la disponibilidad de recursos humanos capacitados en EMDR y la accesibilidad a los materiales necesarios para llevar a cabo las sesiones terapéuticas de manera efectiva y consistente a lo largo del programa. Superar estas limitaciones requerirá una planificación detallada y la colaboración estrecha con organizaciones locales y profesionales de la salud mental.

9.3. Conclusiones generales

La investigación ha evidenciado que la EMDR es una técnica terapéutica eficaz que, al implementarse de manera adecuada, puede reducir de manera considerable los síntomas asociados al trauma, promoviendo la recuperación emocional y la mejora de la calidad de vida de las participantes. El marco metodológico y el enfoque cuasiexperimental del estudio proporcionan una base sólida para afirmar que la EMDR, cuando se aplica en contextos culturalmente sensibles y adaptados, puede ser una herramienta transformadora en la atención psicológica de las mujeres afectadas por la VG. Los resultados esperados de esta investigación no solo contribuirán a la literatura existente sobre la eficacia de la EMDR, sino que también ofrecerán una guía práctica para los profesionales de la salud mental en Ecuador, promoviendo la adopción de intervenciones basadas en evidencia en el tratamiento del TEPT. La propuesta de intervención *Sanando*

heridas invisibles se destaca por su enfoque comprensivo y estructurado, que integra estrategias terapéuticas específicas de la EMDR con un profundo entendimiento de las necesidades y contextos de las mujeres ecuatorianas. Este programa no solo ofrece una intervención directa y efectiva, sino que también empodera a las participantes, brindándoles herramientas y recursos para enfrentar y superar las secuelas del trauma. En conclusión, la propuesta de investigación y la intervención planteada demuestran que es posible ofrecer una respuesta efectiva y basada en evidencia a un problema de salud mental tan grave y prevalente como el TEPT en VG. La implementación exitosa de este proyecto beneficiará a las participantes directas y servirá como modelo para futuras intervenciones y políticas públicas en el ámbito de la salud mental y la protección de los derechos de las mujeres.

9.4. Recomendaciones o propuesta para la implementación

Para la implementación de la investigación sobre la eficacia de la EMDR en mujeres ecuatorianas víctimas de VG, se recomienda, en primer lugar, asegurar la formación continua y certificación de los terapeutas que aplicarán la técnica. Es crucial que los profesionales cuenten con una comprensión profunda de la EMDR y estén capacitados para manejar las complejidades y variaciones individuales en la respuesta al tratamiento. Además, es fundamental obtener el apoyo institucional y comunitario, involucrando a organizaciones locales y centros de salud mental para facilitar el acceso y la participación de las mujeres en el estudio. En cuanto a futuras investigaciones relacionadas con la EMDR, se sugiere ampliar el alcance geográfico y demográfico de las muestras, incluyendo mujeres de diferentes regiones y contextos socioeconómicos. También sería valioso investigar los efectos a largo plazo de la EMDR, evaluando la sostenibilidad de los beneficios terapéuticos y explorando posibles factores que contribuyan a la eficacia del tratamiento. La inclusión de comparaciones con otras terapias basadas en evidencia podría proporcionar una perspectiva más completa sobre la eficacia relativa de la EMDR.

Para la implementación de la propuesta de intervención *Sanando heridas invisibles* en la práctica clínica, se recomienda desarrollar un protocolo estandarizado que facilite la replicación del programa en diferentes contextos. Este protocolo debería incluir directrices claras sobre la selección de participantes, la estructura de las sesiones, y las técnicas específicas a emplear en cada fase del tratamiento. Además, es esencial establecer un sistema de monitoreo y evaluación continuo para medir el progreso de las participantes y ajustar el programa según sea necesario. Fomentar la creación de redes de apoyo entre las participantes también puede potenciar los efectos terapéuticos, facilitando un espacio

seguro donde las mujeres puedan compartir experiencias y estrategias de afrontamiento. Finalmente, asegurar la sostenibilidad del programa a través de la búsqueda de financiación continua y la colaboración con entidades gubernamentales y no gubernamentales es crucial para garantizar que los beneficios de la intervención perduren en el tiempo y puedan extenderse a un mayor número de mujeres en necesidad.

10. Referencias

- Abramsky, T., Watts, C. H., Garcia-Moreno, C., Devries, K., Kiss, L., Ellsberg, M., ... & Heise, L. (2011). What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health*, 11, 109. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-109>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(12), CD003388. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub4>
- Campbell, J. C., Messing, J. T., Kub, J., Agnew, J., Fitzgerald, S., Fowler, B., ... & Bolyard, R. (2018). Workplace violence: Prevalence and risk factors in the safe at work study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 60(10), 942-949. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001378>
- Campbell, J. C., Webster, D., Koziol-McLain, J., Block, C., Campbell, D., Curry, M. A., ... & Laughon, K. (2002). Risk factors for femicide in abusive relationships: Results from a multisite case control study. *American Journal of Public Health*, 92(7), 1120-1128. <https://doi.org/10.2105/AJPH.92.7.1120>
- Capaldi, D. M., Knoble, N. B., Shortt, J. W., & Kim, H. K. (2012). A systematic review of risk factors for intimate partner violence. *Partner Abuse*, 3(2), 231-280. <https://doi.org/10.1891/1946-6560.3.2.231>
- Carlson, B. E., Casey, E., Edleson, J. L., Tolman, R. M., & Walsh, T. B. (2011). Strategies to engage men and boys in preventing violence against women in the United States. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 2(1), 1-12.
- Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Davidson, P. R., & Parker, K. C. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(2), 305-316. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.2.305>
- Devries, K. M., Mak, J. Y., Garcia-Moreno, C., Pet old, M., Child, J. C., Falder, G., ... & Watts, C. H. (2013). The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science, 340*(6140), 1527-1528. <https://doi.org/10.1126/science.1240937>
- Dutton, M. A., Kaltman, S., Goodman, L. A., Weinfurt, K., & Vankos, N. (2015). Patterns of intimate partner violence victimization among adults with severe mental illnesses: Evidence from a nationally representative sample. *Journal of Traumatic Stress, 28*(1), 50-57. <https://doi.org/10.1002/jts.21981>
- Ellsberg, M., Arango, D. J., Morton, M., Gennari, F., Kiplesund, S., Contreras, M., & Watts, C. (2014). Prevention of violence against women and girls: What does the evidence say? *The Lancet, 385*(9977). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61703-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61703-7)
- Ellsberg, M., Jansen, H. A., Heise, L., Watts, C. H., & Garcia-Moreno, C. (2014). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: An observational study. *The Lancet, 371*(9619), 1165-1172. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60522-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60522-X)
- Etikan, I., Musa, S. A., & Alkassim, R. S. (2016). Comparison of Convenience Sampling and Purposive Sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics, 5*(1), 1-4. <https://doi.org/10.11648/j.ajtas.20160501.11>
- Exner-Cortens, D., Eckenrode, J., & Rothman, E. (2013). Longitudinal associations between teen dating violence victimization and adverse health outcomes. *Pediatrics, 131*(1), 71-78. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-1029>
- Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2007). Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences. *Therapist guide*. Oxford University Press.
- García-Moreno, C., Jansen, H. A., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. H. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence.
- Garcia-Moreno, C., & Riecher-Rössler, A. (2013). Violence against women, including intimate partner violence and sexual violence against women. *International Review of Psychiatry, 25*(5), 465-476. <https://doi.org/10.3109/09540261.2013.837438>
- Graham, K., Bernards, S., Flynn, A., Tremblay, P. F., & Wells, S. (2012). Does the relationship between depression and intimate partner violence vary by gender, victim-perpetrator

- role, and aggression severity? *Violence and Victims*, 27(5), 730-743. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.27.5.730>
- Hase, M., Balmaceda, U. M., Hase, A., Lehnung, M., Tumani, V., & Hofmann, A. (2015). Eficacia de la desensibilización y el reprocesamiento del movimiento ocular en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: un ensayo controlado aleatorio. *Fronteras en Psicología*, 6, 339.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
- Heise, L. (2011). What works to prevent partner violence? An evidence overview. *Strive Research Consortium*. Retrieved from <http://strive.lshtm.ac.uk/resources/what-works-prevent-partner-violence-evidence-overview>
- Heise, L., & Kotsadam, A. (2015). Cross-national and multilevel correlates of partner violence: An analysis of data from population-based surveys. *The Lancet Global Health*, 3(6), e332-e340. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)00013-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00013-3)
- Hoskins, M., Pearce, J., Bethell, A., Dankova, L., Barbui, C., Tol, W. A., ... & Bisson, J. I. (2015). Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 206(2), 93-100. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.148551>
- INEC. (2019). Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres. Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censos.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2023). *Cuestionario de características sociodemográficas*. Quito, Ecuador: INEC.
- Jewkes, R., Flood, M., & Lang, J. (2015). From work with men and boys to changes of social norms and reduction of inequities in gender relations: A conceptual shift in prevention of violence against women and girls. *The Lancet*, 385(9977), 1580-1589. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61683-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61683-4)
- Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R., & Kenny, E. D. (2013). Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 339-352. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.2.339>
- Lee, C. W., & Cuijpers, P. (2013). A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(2), 231-239. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.11.001>

- Maxfield, L., & Hyer, L. A. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology, 58*(1), 23-41. <https://doi.org/10.1002/jclp.1121>
- ONU. (2020). Violencia contra las mujeres y las niñas: Un problema de derechos humanos. Recuperado de <https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/end-violence-against-women>
- OMS. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625>
- Pagani, M., Amann, B. L., Landin-Romero, R., Carletto, S., Zambrano, S. C., & Sessa, W. (2012). Eye movement desensitization and reprocessing and slow wave sleep: A putative mechanism of action. *Frontiers in Psychology, 3*, Article 1. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00001>
- Shapiro, F. (1991). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Press.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2018). The role of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in medicine: Addressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse life experiences. *Permanente Journal, 22*, Article 17-028. <https://doi.org/10.7812/TPP/17-028>
- Shapiro, F. (2018). The role of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in medicine: Addressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse life experiences. *Permanente Journal, 22*, Article 17-028. <https://doi.org/10.7812/TPP/17-028>
- Stotzer, R. L. (2013). Comparison of hate crime rates across protected and unprotected groups – An update. *Williams Institute*. Retrieved from <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Updated-Hate-Crime-Report-2013.pdf>
- Stylianou, A. M. (2018). Economic abuse within intimate partner violence: A review of the literature. *Violence and Victims, 33*(1), 3-22. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-16-00008>
- Tarquinio, C., Rydberg, J. A., & Boholst, F. (2021). La eficacia de la desensibilización y el reprocesamiento del movimiento ocular en el tratamiento del trastorno de estrés

- postraumático en mujeres víctimas de violencia de pareja: un ensayo controlado aleatorio. *Revista de estrés traumático*, 34(5), 1021-1031.
- Thiese, M. S. (2014). Observational and interventional study design types; an overview. *Biochemia Medica*, 24(2), 199-210. <https://doi.org/10.11613/BM.2014.022>
- Tol, W. A., Barbui, C., Galappatti, A., Silove, D., Betancourt, T. S., Souza, R., ... & van Ommeren, M. (2013). Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: Linking practice and research. *The Lancet*, 378(9802), 1581-1591. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61094-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61094-5)
- Trevillion, K., Oram, S., Feder, G., & Howard, L. M. (2012). Experiences of domestic violence and mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 7(12), e51740. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0051740>
- United Nations. (2015). The World's Women 2015: Trends and Statistics. *Department of Economic and Social Affairs, Statistics Division*. Retrieved from <https://unstats.un.org/unsd/gender/worldswomen.html>
- Valiente-Gómez, A., et al. (2017). Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of post-traumatic stress disorder in victims of domestic violence: A systematic review. *Journal of Anxiety Disorders*, 50, 79-91.
- Watkins, L. E., Sprang, K. R., & Rothbaum, B. O. (2018). Treating PTSD: A review of evidence-based psychotherapy interventions. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 12, 258. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00258>
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale - Revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (pp. 399-411). Guilford Press.
- Wolpe, J. (1969). *The Practice of Behavior Therapy*. Pergamon Press.
- World Health Organization (WHO). (2013). *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625>
- Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D., & Wilber, K. H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(2), e147-e156. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30006-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30006-2)