

## TRATAMIENTO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO CON E.M.D.R.

### E.M.D.R. TREATMENT OF GENDER VIOLENCE

**Rosario Martín Puente**

Psicóloga

Experto en Clínica e Intervención en Trauma por la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia

**Resumen:** las secuelas físicas y psicológicas en las víctimas de violencia de género son numerosas, siendo el desarrollo del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) una de las más frecuentemente observadas. En el presente trabajo se revisa la evidencia científica disponible, en España, sobre la eficacia de la técnica Desensibilización y Reprocesamiento por los Movimientos Oculares (EMDR) en el tratamiento de la violencia de género y los resultados exitosos de la E.M.D.R. en el tratamiento de los síntomas de estrés postraumático en casos de violencia de género. Además, es necesario seguir realizando más estudios con garantías metodológicas.

*Palabras clave: violencia de género, TEPT, EMDR.*

**Abstract:** Victims of gender violence experience numerous physical and psychological sequels, the most common being Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). This paper reviews the available scientific evidence to determine the efficacy of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of gender violence and the successful results of the EMDR in treating PTSD symptoms associated with gender violence. Also, it is necessary to conduct further clinical studies with methodological guarantees.

*Keywords: gender violence, PTSD, EMDR.*

## INTRODUCCIÓN

La violencia de género es la forma más grave de discriminación que sufren las mujeres<sup>1</sup>, tanto por su prevalencia, como por las graves consecuencias físicas y psicológicas que produce, llegando incluso, en los casos extremos, a la muerte, ya sea por homicidio (en estos diez últimos años han muerto en España una media de 65 mujeres por año<sup>2</sup>) o por suicidio<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> El Instituto de la Mujer (2007) refiere que la violencia de género “se da en mujeres de todas las edades, clase social, situación laboral, tamaño del municipio en el que residen, nivel educativo, posicionamiento ideológico u opciones religiosas. Documento consultado el 27 de abril de 2013 y disponible en línea:

[http://www.observatorioviolencia.org/upload\\_images/File/DOC1204104060\\_InformeAnualInternet.pdf](http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1204104060_InformeAnualInternet.pdf)

<sup>2</sup> Datos obtenidos de las estadísticas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, sobre mujeres asesinadas por violencia de género del 2003 al 2012. Documento consultado el 27 de abril de 2013 y disponible en línea: [http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/portaEstadistico/docs/VMortales\\_31diciembre\\_2012.pdf](http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/portaEstadistico/docs/VMortales_31diciembre_2012.pdf)

La actuación de los movimientos sociales y posteriormente, de los poderes públicos, ha puesto de manifiesto, la necesidad de pasar de considerar la violencia de género como un problema privado a considerarla un problema social. Cabe señalar como hitos nacionales e internacionales importantes:

- El feminismo radical, desarrollado entre los años 1967 y 1975, se desarrolló, con dos obras fundamentales: Política sexual de Kate Millet, publicada en 1969, y La dialéctica del sexo de Sulamith Firestone, de 1970. Con el eslogan de “lo personal es político”, las radicales identificaron como centros de dominación áreas de la vida que hasta entonces se consideraban “privadas” y revolucionaron la teoría política al analizar las relaciones de poder que estructuran la familia y la sexualidad (Varela, 2008).
- Las Naciones Unidas, en su II Conferencia Mundial sobre las mujeres producida en 1980, reconoció que “la Violencia de Género contra las mujeres es el crimen encubierto más frecuente en el mundo”. En 1995, la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres de Beijing pedirá a los gobiernos que adopten medidas que prevengan y eliminen la Violencia de Género.
- La Asamblea General de Naciones Unidas (ONU, 1993), aprueba la Declaración sobre la eliminación de la Violencia de Género contra la mujer y la definirá, en su artículo primero, como “cualquier acto violento por razón de sexo, que puede tener como resultado un daño físico, sexual, psicológico o el sufrimiento de la mujer incluyendo la coacción o la privación de libertad producidas en la vida pública o en la privada”.
- La IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres de Beijing, en 1995, pedirá a los gobiernos que adopten medidas que prevengan y eliminen la violencia de género.
- En España, se crean múltiples normativas de carácter legal y administrativo en esta materia: Ley 38/2002, de 24 de octubre, de reforma parcial de la Ley de Enjuiciamiento Criminal sobre Procedimiento para el Enjuiciamiento Rápido e Inmediato de determinados delitos y faltas, y de modificación del procedimiento abreviado y su complementaria Ley Orgánica 8/2002, de 24 de octubre; Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica<sup>4</sup>; Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de Medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros.

---

<sup>3</sup> En España, Villavicenco (1996) encontró que un 32,5% de las mujeres maltratadas entrevistadas, había intentado o planeado suicidarse a lo largo de la relación abusiva. Por otra parte, Lorente (2001), estima que entre el 20 y el 40% de las mujeres que se suicidan sufren malos tratos por parte de su cónyuge.

<sup>4</sup> España. Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de violencia doméstica. Boletín Oficial del Estado, 1 de agosto de 2003, número 183, páginas 29881-29883. Documento consultado el 27 de abril de 2013 y disponible en línea:

[http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases\\_datos/doc.php?id=BOE-A-2003-15411](http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-2003-15411)

- Y, culmina, con un gobierno socialista, con la primera ley específica en materia de violencia de género: la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género<sup>5</sup>, y con una ley que la complementa en materia de igualdad, la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres<sup>6</sup>. En la actualidad, tenemos para el cumplimiento de esta normativa, el “Plan Estratégico de Igualdad Oportunidades (2008-2011)”, y el “Plan de Igualdad de Oportunidades de Mujeres y Hombres del Movimiento por la Paz (2012-2016)”.

## ALCANCE Y OBJETIVOS

Desde que la ONU definiera a la violencia de género como “cualquier acto violento por razón de sexo, que puede tener como resultado un daño físico, sexual, psicológico o el sufrimiento de la mujer incluyendo la coacción o la privación de libertad producidas en la vida pública o en la privada”, se ha tomado a ésta como referencia principal, por lo que cabe mencionarse una vez más. Por otra parte, la definición de violencia o maltrato doméstico como un patrón de conductas abusivas que incluye un amplio rango de maltrato físico, sexual y psicológico, usado por una persona en una relación íntima contra otra, para ganar poder o para mantener el abuso de poder, control y autoridad sobre esa persona, aportada por el grupo de trabajo en Violencia y Familia de la Asociación Americana de Psicología (Walker, 1999), añade claridad a la primera.

La guía “Violencia doméstica”<sup>7</sup>, describe distintas formas de violencia, la física (lesiones corporales inflingidas de forma intencional: golpes, quemaduras, agresiones con armas, etc.), la psicológica (humillaciones, desvalorizaciones, críticas exageradas y públicas, lenguaje soez y humillante, insultos, amenazas, culpabilizaciones, aislamiento social, control del dinero, no permitir tomar decisiones, etc.) y la sexual (actos que atentan contra la libertad sexual de la persona y lesionan su dignidad: relaciones sexuales forzadas, abuso, violación, etc.). Sin embargo, en la mayoría de los casos el maltrato no se limita a un episodio aislado o a una sola forma de violencia, sino que en la

---

<sup>5</sup> España. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de diciembre 2004, número 313, págs. 42166-42197. Documento consultado el 27 de abril de 2013 y disponible en línea:

<http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>

<sup>6</sup> España. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombre. *Boletín Oficial del Estado*, 23 de marzo 2007, número 71, págs. 12611-12645. Documento consultado el 27 de abril de 2013 y disponible en línea:

<http://www.boe.es/boe/dias/2007/03/23/pdfs/A12611-12645.pdf>

<sup>7</sup> “Violencia Doméstica” es una guía elaborada por el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Documento consultado el 27 de abril de 2013 y disponible en línea: [http://www.msc.es/ciudadanos/violencia/docs/VIOLENCIA\\_DOMESTICA.pdf](http://www.msc.es/ciudadanos/violencia/docs/VIOLENCIA_DOMESTICA.pdf)

mayor parte de las veces, se trata de un largo proceso en el que se reúnen juntas las distintas formas de violencia: física, psicológica y sexual (García-Leiva et al., 2008).

Aunque cada persona es diferente y también lo son sus circunstancias e historia personal y, por tanto, el impacto del maltrato en su vida, se ha encontrado que las mujeres maltratadas por su pareja pueden presentar: baja autoestima, inseguridad, ansiedad, depresión, miedo, sobresalto, estrés, recuerdos traumáticos, sentimientos de culpa y/o fracaso, indefensión aprendida, apatía, trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, aislamiento social, etc. (Matud et al., 2005). De todas estas numerosas consecuencias en la salud psíquica de las mujeres víctimas de violencia de género, Villavicencio y Sebastián, en 1999, refieren que, parece ser que el trastorno por estrés postraumático (TEPT) es la categoría diagnóstica que mejor describe los síntomas observados en la mayoría de las mujeres maltratadas. Posteriores investigaciones, así lo confirman:

- El TPET es el trastorno que más frecuentemente desarrollan las mujeres que sufren violencia de género, estimándose su prevalencia en torno al 60%, aunque prácticamente el 100% presentan algún tipo de sintomatología postraumática (Rincón et al., 2004).
- En el estudio realizado en la Universidad de Málaga, se encuentra que el 90% de las mujeres usuarias de los servicios sociales y otros centros de ayuda, poseen un nivel alto de estrés postraumático y, además presentan criterios por subescalas: 95% reexperimentación, 85% evitación y 88% activación (García-Leiva et al., 2008).
- Se encuentra que, el 66,7% de las mujeres consultantes víctimas de violencia doméstica presenta sintomatología de estrés postraumático en alguna de sus formas, siendo el TPET crónico el que obtiene el mayor porcentaje, 21,4%. El 26,2% cumplía criterios para subsíndrome de estrés postraumático (Aguirre, P. et al., 2010).
- En la Universidad de Jaén, constatan a través de su experiencia clínica que el 97% de las mujeres víctimas de violencia de género que acuden a su gabinete, ya sea, porque sufren violencia de género o porque la sufrieron, manifiestan este trastorno de manera crónica (Montes-Berges, B. et al., 2011).

La técnica Desensibilización y Reprocesamiento por los Movimientos Oculares (DRMO en español, EMDR en inglés), descubierta y desarrollada por Francine Shapiro, en 1987, consiste, según Montes-Berges, en provocar una estimulación bilateral simultáneamente al recuerdo de la experiencia traumática, de tal manera que esto desencadene una desensibilización y el consecuente reprocesamiento de estas situaciones, así como la desaparición de los síntomas asociados a este

síndrome. Por otra parte, la revista Infocop señala que la evidencia empírica está demostrando la eficacia de la técnica EMDR, en especial para el trastorno de estrés postraumático, siendo avalada por diferentes instituciones, sociedades o asociaciones como la International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS), el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) o la American Psychological Association (APA), entre otras<sup>8</sup>.

En definitiva, los principales objetivos de este trabajo son: el revisar las principales consecuencias psicológicas que presentan las mujeres maltratadas, y más concretamente la sintomatología asociada al estrés postraumático, por sus implicaciones sobre su salud psicosocial; y revisar la eficacia de los estudios realizados con el tratamiento específico EMDR en mujeres que presentan sintomatología traumática, debido a que sufren o han sufrido violencia de género.

## REVISIÓN CONCEPTUAL

### Evolución histórica del concepto de trauma:

Se puede observar, tomando como punto de partida el capítulo “Una historia olvidada” de Judith Herman, que los períodos de investigación activa sobre trauma, se han alternado con períodos de olvido, en los que se ponía repetidamente en duda la credibilidad de los pacientes y la de los investigadores. Por otra parte, la autora advierte de la asociación de las investigaciones en trauma con movimientos políticos: así, el primer trauma que apareció fue el de la histeria, a finales del siglo XIX, cuyo desarrollo fue con el movimiento republicano y anticlerical francés; después, el trauma de guerra o neurosis de combate, cuyo estudio comenzó en Inglaterra y en Estados Unidos después de la Primera Guerra Mundial y alcanzó su punto álgido tras la Guerra de Vietnam<sup>9</sup>; y, por último, la violencia sexual o doméstica, desarrollada con el movimiento feminista en Europa occidental y Norteamericano.

Judith señala que el patriarca del estudio de la histeria fue Jean-Martin Charcot y que antes de éste, las mujeres con síntomas de histeria eran consideradas como manipuladoras. Pierre Janet y Sigmund Freud, que estudiaron con Charcot, llegaron en sus investigaciones a conclusiones similares: la histeria era una condición causada por el trauma psicológico.

Los hombres que volvían de la guerra que habían estado confinados e indefensos, sometidos a una amenaza de aniquilación constante, obligados a ser testigos de la mutilación y la muerte de sus compañeros y sin esperanza de salvación, empezaban a actuar como mujeres histéricas (gritaban y

---

<sup>8</sup> Documento consultado el 27 de abril de 2013, y disponible en línea:  
<http://nrepp.samhsa.gov/pdfs/eyemovement-spanish.pdf>

<sup>9</sup> Es en 1980 cuando el DSM-III incluye como diagnóstico, una nueva categoría llamada “desórdenes de estrés postraumático”, que incluye el síndrome de trauma psicológico. Éste definía el estímulo estresante traumático como un acontecimiento fuera del rango habitual humano, quedando excluidas las experiencias traumáticas de maltrato por su habitualidad (Herman, 2004).

lloraban descontroladamente, se quedaban paralizados y no podían moverse, se quedaban mudos y no respondían a estímulos, perdían la memoria y su capacidad parasensorial). Por lo que, gradualmente los psiquiatras militares se vieron obligados a reconocer que los síntomas del trauma de guerra se debían a un trauma psicológico (Herman, 2004).

Herman, señala que en 1972, Ann Burgess y Linda Holmstrong, estudiaron los efectos psicológicos de la violación y observaron una patrón de reacciones psicológicas que denominaron “síndrome del trauma de violación”. Observaron que las mujeres experimentaban la violación como un acontecimiento que ponía en peligro sus vidas y generalmente temían ser mutiladas o asesinadas durante el ataque. Estas señalaron que, después de la violación, las víctimas se quejaban de insomnio, náuseas, sobresaltos y pesadillas, así como de síntomas de disociación. Posteriormente, Leonore Walker, en 1979, define lo que llamó “síndrome de la mujer maltratada”<sup>10</sup>.

Sólo después de legitimarse el concepto de desorden de estrés postraumático por parte de los veteranos de guerra (a través del DSM-III), evidenciarse que el síndrome psicológico observado en víctimas de violación, violencia doméstica e incesto era esencialmente el mismo que el síndrome observado en los supervivientes de guerra (a través de las investigaciones de Ann Burgess y Linda Holmstrong y Leonore Walker) y, reconocerse que los desórdenes postraumáticos más frecuentes no eran los de los hombres de guerra, sino los de las mujeres en la vida civil (Herman, 2004), es cuando se logra, en el año 1994, con la aparición del DSM-IV, que se empezara a considerar el trastorno de estrés postraumático y sus consecuencias en víctimas de violencia sexual o doméstica.

### **TEPT según la CIE-10:**

En la décima clasificación internacional de las enfermedades, llevada a cabo por la OMS, la sintomatología del TEPT aparece ordenada en tres criterios diagnósticos: un primer criterio hace referencia a síntomas de reexperimentación (B), un segundo criterio (C) referido únicamente a la evitación conductual de las situaciones que pudieran recordar al acontecimiento traumático y, el criterio (D), que incluye la amnesia y los síntomas de hiperactivación.

---

<sup>10</sup> El síndrome de la mujer maltratada, es definido por Walker y Dutton como una adaptación a la situación aversiva caracterizada por el incremento de la habilidad de la persona para afrontar los estímulos adversos y minimizar el dolor, además de presentar distorsiones cognitivas, como la minimización, negación o disociación; por el cambio en la forma de verse a sí mismas, a los demás y al mundo. También pueden desarrollar los síntomas del TPET, sentimientos depresivos, de rabia, baja autoestima, culpa y rencor; y suelen presentar problemas somáticos, disfunciones sexuales, conductas adictivas y dificultades en sus relaciones personales.

**Tabla 1****Criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático (CIE-10)**

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento estresante o situación (tanto breve como prolongada) de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica, que podría causar profundo discomfort en casi todo el mundo.
- B. Recuerdo continuado o reaparición del recuerdo del acontecimiento estresante en forma de reviviscencias disociativas (flashbacks), recuerdos de gran viveza, sueños recurrentes o sensación de malestar
- C. Evitación de circunstancias parecidas relacionadas con el acontecimiento traumático.
- D. Una de las dos:
  - 1. Incapacidad para recordar parcial o totalmente aspectos importantes del periodo de exposición al agente estresante.
  - 2. Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación, manifestados por al menos dos síntomas de los siguientes:
    - a) Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
    - b) Irritabilidad.
    - c) Dificultad de concentración.
    - d) Facilidad para distraerse.
    - e) Sobresaltos y aprensión exagerados.
- E. Los criterios B, C y D se cumplen en los 6 meses posteriores al acontecimiento estresante o del fin de período de estrés (si el inicio de los síntomas se produce tras más de 6 meses es necesario especificarlo).

**TEPT según el DSM-IV TR:**

El trastorno de estrés postraumático, aparece descrito por primera vez, en 1980, en la categoría diagnóstica del DSM-III, dentro de los trastornos de ansiedad, y con una sintomatología principal de estrés desarrollada tras la vivencia de un acontecimiento fuera de lo habitual.

No existen diferencias en los criterios diagnósticos del TEPT entre el DSM-IV y el DSM-IV revisado. Sin embargo, ya se señaló anteriormente, que sí existen diferencias entre estos últimos y el DSM-III. Las principales diferencias que se presentan es que a partir del DSM-IV se empieza a considerar como suceso traumático no sólo una experiencia fuera de lo habitual, sino que se añade cualquier situación susceptible de provocar una reacción intensa en el individuo y, por otra parte, incluyen por primera vez un aspecto temporal, clasificando de aguda los síntomas que duran menos de

tres meses, de crónica los síntomas que duran más de tres meses y de inicio demorado cuando el inicio de los síntomas se producen pasados más de seis meses desde el trauma.

El TEPT, en el DSM-IV TR, aparece cuando la persona ha sufrido, ha sido testigo o le han explicado uno o más acontecimientos, caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás, y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión. Existen tres aspectos nucleares: la reexperimentación del suceso traumático en forma de pesadillas, imágenes y recuerdos constantes e involuntarios, la evitación conductual y cognitiva de los estímulos asociados al trauma y la hiperactivación fisiológica. Produce no sólo una interferencia en el ámbito social, laboral y familiar, sino que además presentan dificultades de concentración y conciliación del sueño, pérdida de interés por lo que antes le resultaba atractivo, cierto embotamiento afectivo a la hora de recibir y expresar sentimientos de intimidad y ternura.

**Tabla 2**

**Criterios diagnósticos del Trastorno por estrés postraumático (DSM-IV TR)**

**A.** La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que ha existido 1 y 2:

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. **Nota:** En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

**B.** El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. **Nota:** En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.
2. sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. **Nota:** En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.
3. el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). **Nota:** Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.
4. malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
5. respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
3. incapacidad para recordar un aspecto importante del traumatismo.
4. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
5. sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
6. restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).
7. sensación de un futuro limitado (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, tener la esperanza de una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. dificultades para conciliar o mantener el sueño.
2. irritabilidad o ataques de ira.
3. dificultades para concentrarse.
4. hipervigilancia.
5. respuestas exageradas de sobresalto.

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

*Especificar* si: **Agudo**: si los síntomas duran menos de 3 meses. **Crónico**: si los síntomas duran 3 meses o más.

*Especificar* si: **De inicio demorado**: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

### Diferencias diagnósticas entre DSM-IV TR y CIE-10:

Tanto el DSM-IV TR como el CIE-10 exigen como condición necesaria para el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático la identificación de un suceso estresante grave al que el individuo ha sido expuesto y tienen como criterio clave los síntomas de reexperimentación. Sin embargo, también presentan diferencias importantes

<b>Diferencias entre el DSM-IV TR y la CIE-10</b>		
	DSM-IV TR	CIE-10
Énfasis en la naturaleza del estresor	<b>Énfasis</b> en la forma en que la persona afronta el suceso estresante ( <b>miedo, horror, o indefensión</b> ), y no tanto en el tipo de acontecimiento traumático.	<b>Acontecimiento traumático</b> cuando su naturaleza es <b>excepcionalmente</b> amenazante o catastrófica y susceptible de provocar en casi cualquier sujeto un profundo malestar.
Criterios diagnósticos	Tiene tres criterios diagnósticos principales: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reexperimentación.</li> <li>2. Evitación (<b>tres o más</b>).</li> <li>3. Hiperactivación.</li> </ol>	Tiene tres criterios diagnósticos principales: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reexperimentación.</li> <li>2. Evitación (<b>sólo un síntoma</b>).</li> <li>3. <b>Amnesia</b> o hiperactivación.</li> </ol>
Referentes temporales	Existen <b>referentes temporales</b> .	<b>No</b> existen referentes temporales.

Parece más aconsejable el uso del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en el trabajo que se está desarrollando aquí, en tanto que, éste pone mayor énfasis en la forma en que la persona afronta el suceso estresante (horror, miedo, etc.) y no tanto el tipo de acontecimiento traumático, pudiendo incluir en él la sintomatología presentada por muchas víctimas de violencia de género.

### **Trastorno de estrés postraumático y violencia de género:**

Se ha señalado anteriormente como el DSM-IV TR, no exige un acontecimiento extraordinario e inesperado, para el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático, quedando así bastante bien representadas las consecuencias psicológicas derivadas del maltrato, tanto físicas, como sexuales y psicológicas.

La guía práctica clínica de detección y actuación en salud mental ante las mujeres maltratadas por su pareja, examina las características diferenciales respecto a otras situaciones traumáticas. Así, refiere que lo peculiar de la violencia de género es que se dan conjuntamente amor, sexualidad y maltrato, en muchas ocasiones, de forma prolongada. El maltratador (secuestrador, acosador) aísla, denigra y culpa de su propio daño a la víctima.

En los estudios realizados por Echeburúa, Corral y Amor, al igual que en los de Rincón et al., se observa que en las mujeres maltratadas predominan los síntomas de reexperimentación e hiperactivación, por encima de los de evitación. Presentando malestar psicológico al recordar el trauma, recuerdos intrusivos y malestar fisiológico al recordar la situación traumática (reexperimentación), problemas para conciliar el sueño y dificultades para la concentración

(hiperactivación) y evitación de pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas a lo vivido, pérdida de interés en actividades significativas y restricción de la vida afectiva (evitación). Por otra parte, cuanto más prolongada es la relación, más cronicidad existe y más fácilmente aparece el TEPT (Rincón et al, 2004). Además, ello implica un mayor deterioro en la vida de la persona.

Alonso (2007) explica que la exposición prolongada y repetida al maltrato explicaría la presencia continuada de recuerdos intrusivos relacionados con la violencia y la gravedad de los síntomas de reexperimentación que manifiestan las víctimas. Asimismo, la imposibilidad de predecir y controlar la ocurrencia de los episodios agresivos, su percepción de vulnerabilidad, así como la ruptura del marco de seguridad, que supone la pareja como la persona más cercana afectivamente y el hogar como el lugar supuestamente más tranquilo para la víctima, podrían explicar el estado permanente de hiperactivación e hipervigilancia que manifiestan estas mujeres.

Hickling y Blanchard, destacan el Subsíndrome de estrés postraumático (SEPT), cuyas características, teniendo en cuenta el DSM-IVTR, son: la presencia de uno de los síntomas de reexperimentación (criterio B) y cumplir el criterio C (al menos tres de los síntomas de evitación) o el criterio D (al menos dos síntomas de incremento de la activación), pero nunca ambos. Los autores refieren que el SEPT puede ser un paso previo o un desarrollo alternativo al TEPT. Por otra parte, en el estudio realizado por Rincón, el 67% de las mujeres son diagnosticadas de TEPT, mientras que tan sólo un 15% son diagnosticadas de SEPT.

### **Trastorno por estrés traumático complejo (CPTSD):**

Según Herman es frecuente encontrar en las mujeres un síndrome traumático muy similar al TEPT, denominado Trastorno por estrés traumático complejo o DESNOS (Disorder Of Extreme Stress Not Otherwise Specified). La diferencia entre ambos estriba en que el DESNOS presenta síntomas adicionales al TEPT, como depresión, ansiedad, distorsiones cognitivas muy significativas (en concreto idealización del maltratador) y síntomas de disociación.

Para Herman no se trata de víctimas, sino de supervivientes de la violencia ya que han tenido que hacer frente a situaciones de coerción con pérdida completa de libertad y del poder para controlar la propia vida por un tiempo prolongado, cursando esta situación con miedo, pánico o terror, impidiendo la respuesta de huida. La guía de práctica clínica, partiendo de la definición de Herman, refiere que el DESNOS comprende:

- **Alteraciones en la regulación de las emociones:** disforia persistente, impulsos suicidas, autolesiones, ira explosiva o sexualidad compulsiva y/o inhibida.

- **Alteraciones de la conciencia:** amnesia de los acontecimientos traumáticos, episodios disociativos pasajeros, despersonalización/desrealización, revivir experiencias tanto en forma del TEPT, como en forma de preocupación reflexiva.
- **Alteraciones de la percepción de sí misma:** sensación de indefensión o parálisis de la iniciativa, vergüenza, culpa, sensación de profanación y estigma, sensación de absoluta diferencia con respecto a otros (puede incluir la sensación de ser especial, de absoluta soledad, la convicción de que nadie podría comprenderla, o la identidad no humana).
- **Alteraciones de la percepción del perpetrador:** preocupación por la relación con él (incluye la preocupación por la venganza), atribuirle de forma no realista un poder total (cuidado: la valoración que la mujer hace de la realidad del poder puede ser más realista que la del médico), idealización o gratitud paradójica, sensación de una relación especial o sobrenatural, aceptación de su sistema de valores o de sus racionalizaciones.
- **Alteraciones en la relación con los demás:** aislamiento y distanciamiento, perturbaciones en las relaciones íntimas, búsqueda constante de un rescatador (puede alternarse con aislamiento y distanciamiento), desconfianza persistente, fracasos repetidos en la autoprotección.
- **Alteraciones en los sistemas de significado:** pérdida de sensación de apoyo, sensación de indefensión y desesperación.

Cabe señalar, al igual que hace la Guía de Práctica Clínica, que el TEPT complejo o DESNOS describe mejor que el SEPT y el TEPT los estados subjetivos que produce el miedo prolongado porque se trata de una situación crónica (relaciones prolongadas de violencia de género). De hecho, en el estudio de Rincón et al., se observa como el 84,2% de las mujeres víctimas de violencia doméstica presentan depresión leve y media. Señalan además, que estos síntomas van desde la clara situación de indefensión constantemente percibida, en especial antes de abandonar el hogar, a la desorganización y ruptura con las actividades habituales y el entorno social una vez abandonado éste. Este alto nivel de comorbilidad, está relacionado con su tendencia a la cronicidad, y es que Alonso refiere que únicamente menos de un tercio de los casos con TEPT remiten espontáneamente.

Refieren García-Leiva et al. y, coincide con éstos, Alonso en su tesis, que las experiencias previas de maltrato, ya sean en la infancia o en la edad adulta, incrementan el nivel de estrés postraumático. También esto es señalado por Mercy et al., que indican que el impacto de los episodios traumáticos en la salud mental es acumulativo y predispone a las mujeres con una historia previa de exposición a sucesos traumáticos para el desarrollo del trastorno de estrés postraumático.

**Eye Movement Desensitization and Reprocessing (E.M.D.R.):**

El diccionario define “trauma” como cualquier evento que deja una impresión negativa en nuestra conciencia. La técnica EMDR fue descubierta y desarrollada por Francine Shapiro en 1987 y parte de varias premisas importantes (Shapiro, 2008):

- Siguiendo un símil de la autora, indica que del mismo modo que el sistema digestivo extrae los nutrientes del alimento que ingerimos, el funcionamiento adecuado del sistema de procesamiento de información mental favorece la asimilación de información valiosa contenida en nuestras experiencias y nos ayudan a seguir adelante. Así, los recuerdos perturbadores, en ocasiones, se ven procesados de manera adecuada cuando las emociones, creencias, respuestas corporales y pensamientos relacionados cambian y se tornan sanos y adaptables y, en otras ocasiones, las experiencias negativas permanecen sin digerir adecuadamente, dejando un residuo emocional que acaba gobernando nuestra vida cotidiana, quedando en este caso el sistema “bloqueado”.
- La autora señala que los grandes traumas y otras experiencias vitales perturbadoras en lugar de ubicarse en la memoria “explicativa” o “narrativa”, donde pueden ser evocados sin dolor, lo hace en la memoria “no declarativa” o “implícita” que se encarga de mantener aisladas, de otras experiencias vitales, las emociones y sensaciones corporales que formaban parte del evento inicial.
- Al igual que nuestro cuerpo cicatrizará tras operarnos y curará las heridas, los recuerdos traumáticos podrán curarse de igual manera, simplemente estimulando, activando y movilizándolo los recursos curativos del cuerpo, ya que estamos biológica y emocionalmente equipados para la supervivencia y el equilibrio mental. La EMDR facilita ese procesamiento “de abajo a arriba”, que se produce a un nivel fisiológico y facilita la emergencia espontánea de nuevas asociaciones, comprensiones y emociones.

Shapiro para determinar si la EMDR erradica los síntomas del TEPT señala tres formas de medición: la primera tiene que ver con el grado de perturbación subjetivo que experimenta el sujeto antes, durante y después del tratamiento (lo mide a través de las Unidades Subjetivas de Ansiedad, USA, que van del 0 al 10 y donde el 0 es ausencia de ansiedad y 10 la mayor ansiedad imaginable), la segunda mide el grado de sometimiento de los sujetos a las “lecciones” negativas que el trauma “les había enseñado” (y la escala desarrollada fue la evaluación de la veracidad que atribuían a las creencias positivas que tenían sobre sí mismos en una escala de 1 a 7, donde 1 significa “completamente falso” y 7 significa “completamente verdadero”), y la última es la frecuencia de ocurrencia de los síntomas postraumáticos, como por ejemplo el número de pesadillas o pensamientos estresantes que la persona tiene por semana.

El procedimiento fundamental de la técnica y así lo explica Francine, es que durante las sesiones de EMDR, el terapeuta pide al paciente que centre su atención en algún detalle inquietante del recuerdo y permita que su mente se ocupe de “cualquier cosa que aparezca” durante una serie de movimientos oculares u otras formas de estimulación bilateral y pase un período de tiempo atento al recuerdo perturbador.

El tratamiento global de la EMDR implicará corregir tanto las experiencias que contribuyen a generar el malestar como a dificultar los logros. La aplicación de la técnica de EMDR, se compone de ocho fases, las tres primeras asientan los cimientos para el tratamiento y reprocesamiento global de los eventos concretos que se hayan determinado, y son explicadas por Shapiro, 2008, de la siguiente manera:

- Durante la primera fase del tratamiento EMDR, el terapeuta lleva a cabo un historial completo del cliente y esboza un *plan de tratamiento*. Para desarrollar esta fase es importante averiguar cuáles son los diez eventos más angustiosos de los pacientes y las cogniciones negativas y positivas que tienen al respecto.
- La segunda fase del tratamiento EMDR es la *preparación*, y su objetivo principal es el de establecer una relación de confianza entre el cliente y el terapeuta. En esta fase, el terapeuta explica la teoría y el funcionamiento de la EMDR y lo que la persona puede esperar durante y después del tratamiento. Además, le enseña al cliente a mantener una doble atención centrada, en primer lugar, en el material perturbador del pasado reactivado, en el hecho de que, en el presente, se siente seguro.
- La tercera fase del tratamiento EMDR consiste en la *evaluación*, durante la cual, el terapeuta identifica los aspectos del objetivo que deberán ser procesados. Para ello se selecciona una imagen o escena concreta del evento elegido que represente mejor al recuerdo y después se esboza alguna creencia negativa sobre sí mismo asociada al evento. Además, se busca la cognición positiva que refleje la realidad presente, y el terapeuta pide a la persona que valore la veracidad de dicha creencia utilizando la escala voc, que va de 1 a 7. Por último, se le pide al paciente que identifique las emociones negativas (como miedo o ira, por ejemplo) y las sensaciones físicas (tensión en el estómago o manos frías, por ejemplo) asociadas al objetivo y que las valore utilizando la escala usa de 1 a 10.
- La cuarta fase se denomina *desensibilización*, porque se centra en las emociones y sensaciones angustiosas evaluadas mediante la escala usa. Durante esta fase, el terapeuta dirige a la persona a través de una serie de movimientos oculares hasta que su nivel usa se reduce a 0 o, en el caso de que resulte apropiado, a 1 ó 2.
- La quinta fase se denomina de *instalación*, porque el objetivo consiste en “instalar” e intensificar la fortaleza de la creencia positiva esbozada por la persona para reemplazar su creencia negativa original.

- La sexta fase de la EMDR consiste en la *observación del cuerpo*. El terapeuta pide a la persona que evoque mentalmente el evento original y observe la presencia, en su cuerpo, de alguna tensión residual, en cuyo caso, reprocesa esas sensaciones físicas. No se da por concluida una sesión de tratamiento EMDR hasta que el cliente pueda evocar la imagen objetivo original sin experimentar ninguna tensión corporal, ya que está comprobado que cuando una persona se ve afectada negativamente por un trauma, la información relativa al evento traumático se almacena en la memoria motora (o sistemas corporales), en lugar de hacerlo en la memoria narrativa (Van der Kolk, 1994).
- La séptima fase del tratamiento EMDR se denomina *cierre* y garantiza que el cliente llega al final de la sesión mejor que cuando la inició. En el caso de que el procesamiento del evento traumático elegido no se haya completado en una sesión, el terapeuta apela a varias técnicas de relajación para recuperar la sensación de equilibrio.
- La última fase del tratamiento EMDR, llamada reevaluación, se produce al comienzo de cada sesión de terapia. El terapeuta se asegura de que los resultados positivos logrados en la sesión anterior se mantienen, identifica nuevas áreas que requieran tratamiento y sigue alentando el procesamiento de objetivos adicionales.

## INTERVENCIÓN CON EMDR EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Alonso concluye que el tratamiento de elección a largo plazo en el TEPT son las terapias psicológicas frente a las farmacológicas, siendo dentro de éstas las de corte cognitivo-conductual, las que cuentan con un mayor número de estudios que defienden su eficacia. Sin embargo, el trabajo que nos ocupa aboga por el uso de la técnica EMDR en los casos de violencia de género. Y es que según Stowasser, la EMDR puede aliviar los síntomas negativos y los trastornos causados por el maltrato y la negligencia en la infancia y la exposición infantil y adulta a la violencia doméstica, usando como dianas aquellos recuerdos que contribuyen a y mantienen la disfunción actual.

Son escasas las referencias bibliográficas sobre la utilización de la técnica EMDR en violencia de género, tanto internacional<sup>11</sup> como nacionalmente. Así, internacionalmente encontramos el estudio desarrollado por Phillips et al., titulado: “EMDR Treatment of Past Domestic Violence” y en España destacan: el estudio desarrollado, en el 2010, por la Dirección General de la Mujer del Gobierno de Cantabria y el desarrollado por la Universidad de Jaén, más recientemente, en el 2011, titulado: “EMDR para el tratamiento de estrés postraumático en casos de violencia de género”. Se resume, a continuación todos ellos con el fin de entender por qué es útil el uso de la EMDR en estos casos:

---

<sup>11</sup> Phillips et al refiere que “there are no randomized controlled trials using EMDR in the treatment of Domestic Violence (DV), and there are only a few case studies examining the efficacy of EMDR in the treatment of individuals with PTSD related to DV, with mixed results”.

- En Phillips et al. desarrollan un estudio en el que describen el uso de la EMDR en una mujer que cumplía criterios de estrés postraumático y que había sufrido violencia doméstica. Los resultados encontrados en dicho estudio reflejan que después de nueve sesiones de EMDR, la cliente ya no presentaba criterios para el TEPT, ni síntomas de depresión o pensamientos intrusivos. Por todo ello y porque dichos resultados se mantuvieron en los tres meses siguientes, concluyeron, en su estudio, que la EMDR es eficaz para el tratamiento del estrés postraumático asociado a la violencia doméstica.
- La Dirección General de la Mujer del Gobierno de Cantabria, desde el 2008, dispone de un programa de intervención psicológica basado en la técnica de EMDR para mujeres víctimas de violencia de género, concretamente en el área de agresión, abuso y acoso sexual del Centro de Asistencia e Información a Víctimas de Violencia de Género y que ha sido aplicado a un total de 19 mujeres con sintomatología grave. Refiere el colegio de psicólogos que la propia institución indica que esta técnica ha supuesto grandes beneficios, no sólo en cuanto a su eficacia a corto plazo, puesto que el 90% de las pacientes presentaban una reducción importante de la sintomatología asociada al problema, sino en cuanto a la eficiencia del mismo, ya que se observaba una notable mejoría desde la segunda sesión, en el 89,47% de los casos<sup>12</sup> y, el 23,5% de ellas logró el alta terapéutica en menos de doce meses.
- El gabinete de Psicología de la Universidad de Jaén, que atiende a mujeres víctimas de violencia de género de la comunidad universitaria, observa que las mujeres que han sufrido episodios de violencia psicológica, sexual y física extrema, presentan en el 100% de los casos el Síndrome de Estrés Postraumático. Partiendo de este hecho desarrollan una investigación en la que utilizan la técnica de EMDR con cinco pacientes. Los resultados que obtuvieron fueron que en todos los casos las usuarias superaban la situación en 4 ó 5 sesiones de cinco minutos cada una, y posteriormente, informaban de que la situación ya no les producía tristeza ni dolor, y que la habían aceptado<sup>13</sup>. Las conclusiones del estudio sugieren que la técnica es eficaz y rápida en la intervención de sucesos traumáticos asociados a violencia de género, por lo que es altamente recomendable.

---

<sup>12</sup> El 10,52% restante no presenta avances con este método pero tampoco muestran mejoría en el tratamiento de terapia cognitivo-conductual. Documento consultado el 27 de abril de 2013, y disponible en línea: [http://www.mujerdecantabria.com/aula-de-documentacion/ampliar.php/Id\\_contenido/2104/](http://www.mujerdecantabria.com/aula-de-documentacion/ampliar.php/Id_contenido/2104/)

<sup>13</sup> La Universidad de Jaén refiere que mientras que en la fase de pre-tratamiento todas las participantes obtenían altas puntuaciones directas que implicaban un SEPT severo, en la evaluación realizada en la fase post-tratamiento se observó que ninguna de las participantes mostraba puntuaciones por encima del punto de corte. Además, al finalizar el tratamiento las pacientes referían que “ya no les dolía”, que “era como si lo viera en una película, pero ya no me duele a mí”, “es como si no fuese conmigo”, “ya no me duele ni me provoca angustia ni pena”, “siento que lo he aceptado y ya no puede dolerme”, etc.

## CONCLUSIONES

La violencia de género es la forma más grave de discriminación que sufren las mujeres y que provoca en éstas graves consecuencias físicas y psicológicas. Es fundamental que los poderes públicos y los organismos privados tomen medidas para prevenir y eliminar dicha violencia.

Aunque la sintomatología de las mujeres que sufren violencia de género es variada y dependerá de las circunstancias e historia personal de cada una de ellas, hay distintos estudios que señalan que estas mujeres suelen presentar con mayor frecuencia: trastorno por estrés postraumático, seguido de depresión y ansiedad. Además es frecuente también la ideación suicida y el consumo de sustancias, probablemente como amortiguador de la sintomatología postraumática y depresiva.

Los estudios presentados en este trabajo nos señalan que el trastorno de estrés postraumático es la categoría que mejor describe los síntomas que se presentan en muchas mujeres maltratadas, predominando los síntomas de reexperimentación e hiperactivación y con menor frecuencia los síntomas de evitación. También es importante tener en cuenta el subsíndrome de estrés postraumático (SEPT), en tanto que, aunque no cumple todos los criterios del TEPT, puede ser considerado un paso previo o un desarrollo alternativo a éste, ya que cuanto más prolongada es la relación, más cronicidad existe y más fácilmente se desarrolla el trastorno de estrés postraumático. Por otra parte, cabe señalar que el trastorno por estrés traumático complejo, describe mejor que el SEPT y el TEPT los estados subjetivos producidos por el miedo que presentan las mujeres maltratadas, ya que éstas, no sólo presentan los síntomas propios del SEPT o del TEPT, sino que presentan además síntomas adicionales, como depresión, ansiedad, distorsiones cognitivas y síntomas de disociación.

Existen escasos estudios controlados sobre la aplicación de EMDR en casos de violencia de género y su eficacia comparativa con otros tipos de tratamientos. Sin embargo, la sobrada evidencia sobre la eficacia de EMDR en casos de trastorno de estrés postraumático, y los exitosos, rápidos y mantenidos resultados en los estudios planteados en este trabajo, llevan a pensar que esta técnica es altamente recomendable en los casos de violencia de género.

EMDR, como asegura su creadora, se ocupa de las emociones, los pensamientos, las sensaciones físicas, las actitudes, las conductas, etc., permitiendo que la persona vuelva a sentir alegría y amor y pueda establecer vínculos, conectar con los demás y sentirse bien consigo misma (Shapiro, 2008). Esto se observa en los grandes cambios emocionales experimentados por las mujeres, del estudio de la Universidad de Jaén, en el que señalan que “ya no les dolía”, que “era como si lo viera en una película, pero ya no me duele a mí”, “es como si no fuese conmigo”, “ya no me duele ni me provoca angustia ni pena”, “siento que lo he aceptado y ya no puede dolerme”, etc.

Además, Shapiro señala que quien se siente poco digno de ser amado, inútil, fracasado o culpable no tardará en descubrir que EMDR puede ayudarle.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre, P.; Cova, F.; Domarchi, M.P.; Garrido, C.; Mundaca, I.; Rincón, P.; Troncoso, P. y Vidal, P. (2010). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. Vol. 48 (2), Pp 114-122. Documento consultado el 27 de abril de 2013, y disponible en línea: <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v48n2/art04.pdf>
- Alonso, E. (2007). *Mujeres víctimas de violencia doméstica con trastorno de estrés postraumático: validación empírica de un programa de tratamiento*. Tesis Doctoral. UCM.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR* (4<sup>th</sup> ed. Text revision). Washington, DC: APA.
- Blanchard, E. y Hickling, E. (1997). *After the crash: Assessment and treatment of motor vehicle accident survivors*. American Psychological Association. Washington DC, 43.
- Dutton, M. A. (1992). Assessment and treatment of posttraumatic stress disorder among battered women. En D.W. Foy (Ed), *Treating PTSD, Cognitive-behavioral Strategies*. Pp 69-98. Nueva York: Guilford Press.
- Echeburúa, E.; Corral, P. y Amor, P.J (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24 (96), Pp 527-555.
- García-Leiva, P.; Domínguez-Fuentes, J.M.; García, C. (2008). Evaluación del estrés postraumático en mujeres víctimas de malos tratos. *Ansiedad y Estrés*. Vol. 15 (1), Pp 29-38. Documento consultado el 27 de abril de 2013, y disponible en línea: [http://webdeptos.uma.es/psicologiasocial/patricia\\_garcia/evaluacion\\_estres\\_postraumatico\\_mujeres\\_malos\\_tratos.pdf](http://webdeptos.uma.es/psicologiasocial/patricia_garcia/evaluacion_estres_postraumatico_mujeres_malos_tratos.pdf)
- Herman, J. (2004). *Trauma y recuperación*. Madrid: Espasa Calpe.
- Infocop (2010). Eficacia de la intervención psicológica basada en EMDR para mujeres víctimas de violencia de género en Cantabria. Documento consultado el 27 de abril de 2013, y disponible en línea: [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=3039](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3039)
- Instituto de la Mujer (2007). *Informe anual del observatorio estatal de violencia sobre la mujer*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Ares y Mares.
- Matud, M<sup>a</sup> P.; Padilla, V. y Gutiérrez, A.B. (2005). *Mujeres maltratadas por su pareja. Guía de tratamiento psicológico*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Mercy, J., Butchard, A., Dahlberg, L., Zwi, A. y Krug, E. (2003). Violence and mental health. *International Journal of Mental Health*, 32, 1, 20-35.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2003). *Violencia doméstica*. Madrid. Documento consultado el 27 de abril de 2013, y disponible en línea: [http://www.msc.es/ciudadanos/violencia/docs/VIOLENCIA\\_DOMESTICA.pdf](http://www.msc.es/ciudadanos/violencia/docs/VIOLENCIA_DOMESTICA.pdf)

- Montes-Berges, B.; Aranda, M. y Castillo-Mayén, M<sup>a</sup>.R. (2011). EMDR para el tratamiento de estrés postraumático en casos de violencia de género. Universidad Politécnica de Cartagena. VIII Encuentro de Servicios Psicológicos y Psicopedagógicos Universitarios. Málaga 13 y14 de junio 2011. Documento consultado el 27 de abril de 2013 y disponible en línea:  
[http://www.upct.es/seeu/coie/divulgacion/documentos/VIII\\_Encuentro\\_Malaga/INTERV\\_EF\\_ICACES/EMDR\\_estres\\_postraumatico.pdf](http://www.upct.es/seeu/coie/divulgacion/documentos/VIII_Encuentro_Malaga/INTERV_EF_ICACES/EMDR_estres_postraumatico.pdf)
- OMS (1993). CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Madrid: MEDITOR.
- ONU (Organización de las Naciones Unidas), 1993. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. *Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993*. Documento consultado el 27 de abril de 2013, y disponible en línea:  
<http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1286.pdf>
- Phillips, K.; Freund, B.; Fordiani, J.; Kuhn, R. y Ironson, G. (2009). EMDR Treatment of Past Domestic Violence. *Journal of EMDR Practice and Research*, Vol. 3, Number 3.
- Rincón P.; Labrador, F.J.; Arinero M.; Crespo M. (2004). Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. *Avances en Psicología Latinoamericana*. Vol. 22, Pp 105-116.
- Shapiro, F. y Forrest, M. (2008). *EMDR. Una terapia revolucionaria para superar la ansiedad, el estrés y los traumas*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Servicio Murciano de Salud (2010). *Guía Práctica Clínica: actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja*. Murcia.
- Stowasser, J. E. (2012). EMDR y terapia familiar en el tratamiento de la violencia doméstica. En F. Shapiro, F.; Kaslow, W. y Maxfield, L. Manual de EMDR y procesos de terapia familiar (Pp 243-261). Madrid: Ediciones Pléyades.
- Van der Kolk, B. A. (1994). The Body Keeps the Score: Memory and the Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1 (5), Pp 253-265.
- Varela, N. (2008). *Feminismo para principiantes*. Barcelona: Ediciones B.
- Villavicencio, P. (1996). *La situación de maltrato y su repercusión en el ajuste psicosocial en las mujeres en centros de acogida*. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.
- Villavicencio, P; Sebastián, J. (1999). *Violencia Doméstica: su impacto en las salud física y mental de las mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Walker, L. (1979). *The Battered Woman*. New York: Harper & Row.
- Walker, L. (1999). Psychology and domestic violence around the world. *American Psychologist*, 54 (1), 21-29.

Manuscrito recibido: 24/05/2013

Revisión recibida: 24/06/2013

Manuscrito aceptado: 26/06/2013