

Programa de Terapia EMDR para Intervenciones Psicosociales Avanzadas

Implementadas por Paraprofesionales

Ignacio Jarero

Gregory Rake

Martha Givaudan

Fundación Latinoamericana y del Caribe para la Investigación del Trauma Psicológico

El objetivo de este estudio preliminar fue evaluar la efectividad del tratamiento con el Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR (EMDR-IGTP por sus siglas en inglés), aplicado por paraprofesionales especialmente seleccionados, entrenados y supervisados, con la finalidad de reducir los síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático asociados con el trabajo. Los dos paraprofesionales que participaron en este estudio, fueron especialmente seleccionados y capacitados para aplicar el EMDR-IGTP, quienes posteriormente proporcionaron tratamiento, a través de un estudio clínico no controlado, a 37 personas pertenecientes a tres Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) en Bolivia. Los participantes fueron adultos miembros del staff (trabajadores de los servicios de protección, cuidadores, psicólogos, abogados y trabajadores sociales) que proporcionaban cuidados a niños y adolescentes con trauma interpersonal severo. Se administraron cuatro sesiones paralelas del EMDR-IGTP, en un intervalo de dos semanas, a dos grupos asignados al azar. Se administró la Lista de Verificación de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5 (PCL-5) antes del tratamiento y a los 30 y 90 días después del tratamiento. Un análisis de varianza para medidas repetidas (ANOVA) determinó que los puntajes promedio del instrumento PCL-5 diferían de forma estadísticamente significativa

al compararlos entre las diferentes aplicaciones realizadas $F(2,72) = 574.53, p < .001, \eta_p^2 = .94$. Este estudio presenta evidencias preliminares de la posibilidad de escalar (atender a más personas) la Terapia EMDR en países de bajos y medianos ingresos, brindando la alternativa de alcanzar a un mayor número de personas en un periodo corto de tiempo, ofreciendo así una ventaja operativa. El estudio presenta limitaciones, especialmente las relacionadas con el tamaño de la muestra, la aplicación de un solo instrumento de evaluación y la falta de comparación con otro tipo de tratamiento o un grupo control. Se requiere de investigaciones adicionales con muestras más grandes, utilizando más instrumentos de medición y comparando con otro tipo de terapia o con un grupo control.

Palabras clave: Terapia de Reprocesamiento y Desensibilización a través de Movimientos Oculares (EMDR); Intervenciones Psicosociales Avanzadas; Paraprofesionales; Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR (EMDR-IGTP por sus siglas en inglés); síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático (PTSD por sus siglas en inglés).

This is a translation of an article originally published as Jarero, I., Rake, G., and Givaudan, M. (2017). EMDR Therapy Program for Advance Psychosocial Interventions Provided by Paraprofessionals. *Journal of EMDR Practice and Research*, 11(3), 122-128. Reprinted with permission.

En todas partes del mundo, el agobiante peso del trauma crece a diario y con consecuencias devastadoras tanto para individuos, familias, comunidades y sociedades (Carriere, 2014). Los Países con Ingresos Bajo y Medio (LMIC por sus siglas en inglés) generalmente carecen de recursos humanos profesionales. Esta limitación de recursos resulta abrumadora cuando se ven ante la necesidad de responder a un evento traumático de gran envergadura y, como resultado, muchos de los sobrevivientes reciben un mínimo de ayuda profesional al trauma experimentado o a veces ninguna.

El Programa de Acción para Superar las Brechas de Salud Mental lanzado por la Organización Mundial de la Salud (WHO) en el 2008, está dirigido a llenar el vacío de atención y expandir los servicios a personas que padecen enfermedades mentales, neurológicas, y trastornos por el uso de drogas (p. ej., depresión, psicosis, trastorno bipolar, demencia, epilepsia, trastornos del desarrollo y del comportamiento, autolesión/suicidio, trastornos por uso de alcohol y drogas) especialmente en LMIC). El enfoque de este programa está dirigido a proveedores de salud no especializados, desde una perspectiva integral, que promueve el cuidado de la salud mental en todos sus niveles (WHO; 2010). Este programa de acción convoca al desarrollo de protocolos específicos y manuales de entrenamiento para implementar psicoterapias o tratamientos psicológicos en sitios donde se brinden cuidados de salud no especializados, ofrecidos por trabajadores de la salud no especializados que han sido entrenados y supervisados.

Existen antecedentes de Terapia Cognitivo Conductual eficazmente facilitada por paraprofesionales (no profesionales de la salud mental) con resultados comparables a los de profesionales (p. ej., Hepner y otros, 2012; Montgomery, Kunik, Wilson, Stanley, & Weiss, 2010). También existen estudios aleatorios controlados de intervenciones en consejería de salud mental facilitadas por consejeros, con poco o ningún entrenamiento o experiencia

previa en salud mental, que han demostrado resultados positivos en las áreas de salud mental, salud, y funcionalidad. (Patel, 2009; Patel y cols., 2010; Patel y cols., 2011).

Carriere (2014) afirma, que el mundo está enfrentando una crisis de salud mental y que la Terapia EMDR cuenta con tres características que permiten enfrentar la carga del estrés postraumático: a) es un tratamiento efectivo y con rápidos resultados positivos; b) la aceptación por parte del paciente, pues es mínimamente intrusiva y no depende de la verbalización del trauma; y 3) el potencial que tiene de que paraprofesionales, especialmente entrenados y supervisados, puedan brindar cuidados primarios y secundarios (primeros y segundos auxilios psicológicos).

Terapia EMDR y Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR

De acuerdo con las *Directrices para el Manejo de Condiciones Específicamente Relacionadas con el Estrés* de la Organización Mundial de la Salud (WHO; 2013), la Terapia Cognitivo Conductual focalizada en el Trauma (TF-CBT por sus siglas en inglés), y la Terapia EMDR, son las únicas psicoterapias recomendadas para niños, adolescentes y adultos con Trastorno por Estrés Postraumático. La Terapia EMDR es un procedimiento estructurado de ocho fases dirigido a los aspectos pasados, presentes y futuros de memorias perturbadoras de experiencias adversas de vida (Shapiro, 2001). El procesamiento ocurre cuando el paciente se focaliza en la memoria perturbadora mientras la/el terapeuta hace estimulación bilateral. La Terapia EMDR ha sido validada por 38 estudios aleatorios controlados y ocho meta-análisis. Para un resumen de los hallazgos de las diferentes investigaciones se pueden consultar los Programas de Asistencia Humanitaria de EMDR (EMDR Humanitarian Assistance Programs, 2016).

La Terapia EMDR también puede ser administrada en un contexto grupal a grupos pequeños (3-15) o grandes (16-50) de pacientes que hayan sufrido el mismo tipo de evento

traumático (p. ej., abuso sexual, violencia interpersonal severa), experiencia de vida (p. ej., desastre, refugiados, guerra en curso, ataque terrorista), o circunstancias perturbadoras (p. ej., enfermedad crónica o severa, violencia doméstica). Estas alternativas grupales son altamente valoradas en sitios donde los recursos son limitados (Jarero, Artigas, Uribe y García, 2016).

En el Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR (EMDR-IGTP; Artigas, Jarero, Alcalá y López Cano, 2014) se aplican las ocho fases del protocolo individual de Terapia EMDR (Shapiro, 2001) a un grupo de pacientes, utilizando un formato de terapia de arte (dibujos) y el Abrazo de la Mariposa (BH; Artigas y Jarero, 2014) como un método de estimulación bilateral auto-aplicada. Durante las sesiones, siguiendo las instrucciones del/de la terapeuta, cada paciente dibuja una imagen relacionada al evento traumático, luego hace el Abrazo de la Mariposa; a continuación, hace otro dibujo y se auto-aplica el Abrazo de la Mariposa. Este proceso se repite en cuatro dibujos, después de los cuales, el paciente hace un dibujo de lo que imagina para el futuro. No hay ninguna interacción ni discusión entre los participantes.

El Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR (EMDR-IGTP) permite aplicar Terapia EMDR individual en un contexto grupal. Es diferente de la TF-CBT grupal, pues en ésta última sus componentes prácticos incluyen la elaboración de una narrativa del trauma y una exposición gradual en vivo (Deblinger y Pollio, 2013). También es diferente de la terapia grupal tradicional (p. ej. Yalom, 1970) pues no hay interacción entre los miembros del grupo. La efectividad del EMDR-IGTP ha sido documentada para grupos grandes y pequeños de adultos y menores, con múltiples reportes de casos, nueve estudios piloto, un meta-análisis y un estudio aleatorio controlado. Para una revisión de las investigaciones, favor de consultar a Jarero, Artigas, Uribe, y Miranda (2014).

Programa de Terapia EMDR para Intervenciones Psicosociales Avanzadas Implementadas por Paraprofesionales

En junio del 2012, la Dra. Francine Shapiro invitó al primer autor de este artículo (IJ) a desarrollar un programa de entrenamiento especial para enseñar a paraprofesionales cuidadosamente seleccionados, entrenados, y supervisados (trabajadores de primera línea, sin previo entrenamiento clínico o experiencia en consejería clínica, psicológica o psiquiátrica) cómo facilitar, sin riesgo, la Terapia EMDR a individuos o grupos en situaciones de trauma agudo, con énfasis en la creación de recursos de tratamiento de salud mental sostenible con agencias locales. De 2012 al 2015, el Programa de Terapia EMDR para Intervenciones Psicosociales Avanzadas Implementadas por Paraprofesionales (EPAPI por sus siglas en inglés) fue desarrollado y probado en campo dentro de tres instituciones: la Secretaría de la Defensa Nacional y Fuerza Aérea Mexicana, la Secretaría de Marina-Armada de México y Visión Mundial Internacional, con su personal en países de Latinoamérica, Europa, Oriente Medio, África, y Asia. Durante ese tiempo se estableció la validez multicultural y ecológica (aceptabilidad en el mundo real; Brewer, 2000) del programa de entrenamiento.

El EPAPI es un programa estructurado de entrenamiento teórico-práctico con un trasfondo en Primeros Auxilios Psicológicos (PFA; OMS, 2011) e Intervenciones Psicológicas Avanzadas (intervenciones que le toman más de unas cuantas horas al proveedor de salud aprender y típicamente más de unas cuantas horas para implementar; WHO, 2010, p. 4). El objetivo de este programa es entrenar a proveedores de salud, no-especializados en salud mental, que trabajan en sitios con escasez de recursos, para que de una forma segura y con alta calidad, puedan brindar Primeros Auxilios Psicológicos e Intervenciones Psicosociales Avanzadas (como una forma de segundos Auxilios

Psicológicos), así como referir de forma apropiada, a profesionales de la salud mental en un tercer nivel, cuando mayores habilidades sean requeridas.

Este programa de entrenamiento especialmente diseñado no es un “abordaje de entrenar y tener esperanza” (un solo entrenamiento y un apoyo post-entrenamiento limitado). El EPAI está basado en el modelo de formación del Instituto EMDR, que busca construir capacidades locales en servicios de salud mental, para que los proveedores locales puedan facilitar estos servicios a través de todas las culturas. Dicho modelo de formación emplea tres grupos principales: a) Entrenadores expertos; b) facilitadores, que son personas locales que han sido escogidas para desempeñar un papel más avanzado tomando en cuenta sus habilidades durante el entrenamiento; y c) paraprofesionales, quienes proveen los servicios. Además, este programa hace énfasis especial en el *entrenamiento, supervisión, monitoreo, retroalimentación, y apoyo/coaching* para ayudar a adquirir fidelidad a las intervenciones.

Método

El protocolo de investigación fue revisado y aprobado por el Consejo de la Fundación Latinoamericana y del Caribe para la Investigación del Trauma Psicológico, con el fin de asegurar que la calidad de investigación de este estudio cumpliera parcialmente con la Escala de Estándares de Oro Revisada (Maxfield y Hyer, 2002). Los criterios de esta escala son: 1: Síntomas objetivo (blanco) claramente definidos, 2: Medidas válidas y confiables, 3: Uso de evaluadores independientes y ciegos al estudio, 4: Asesor confiable, 5: Tratamiento manualizado, 6: Asignaciones al azar, 7: Fidelidad al tratamiento, 8: No estar recibiendo terapia simultánea; 9. Uso de diversas medidas y 10: Duración del tratamiento para participantes con un solo trauma (civiles). El estudio cumple en su totalidad con los criterios #1, #2, #4, #5, #6, #7, y #8; parcialmente cumple con los criterios

#3 y #10; y no cumple con el criterio #9. Los participantes fueron voluntarios y no hubo desertores durante el periodo de estudio.

Objetivo

El objetivo específico de este estudio fue evaluar la efectividad del tratamiento con el EMDR-IGTP aplicado por los dos paraprofesionales para reducir los síntomas de TEPT relacionados al trabajo de las y los participantes del estudio. El propósito de la intervención fue tratar los síntomas de TEPT de los 37 participantes.

Facilitadores

Los dos hombres facilitadores del EMDR-IGTP formaron parte de un grupo de 12 paraprofesionales especialmente seleccionados y entrenados por el primer autor (IJ) en el EPAPI en Cochabamba, Bolivia, en febrero del año 2016. Siendo esta la primera intervención con el EMDR-IGTP para cada uno de ellos.

Participantes

Este estudio se llevó a cabo en 2016 en la Ciudad de Cochabamba, Bolivia, en las oficinas de dos diferentes ONGs. La muestra estaba compuesta por 37 miembros del staff (trabajadores de los servicios de protección, cuidadores, psicólogos, abogados y trabajadores sociales) de tres ONGs quienes proveen cuidados a poblaciones extremadamente vulnerables. Los 37 participantes tenían síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) relacionados a la exposición, durante su actividad profesional, a las narraciones de eventos traumáticos con detalles aversivos de sus pacientes. La exposición repetida a los detalles aversivos de los eventos traumáticos en el transcurso de las actividades profesionales califica como estresor del Criterio A para TEPT (DSM-5; American Psychiatry Association, 2013). El rango de edad de los participantes fue de 22 a 63 años ($M=35.26$); hubo 29 mujeres y 8 hombres.

Los participantes se dividieron en dos grupos, para asegurar suficiente personal para la aplicación del EMDR-IGTP, mismo que requiere de un facilitador por cada 10 participantes. Hubo 19 participantes (16 mujeres y 3 hombres), escogidos al azar, en el Grupo A y 18 participantes (13 mujeres y 5 hombres), escogidos al azar, en el Grupo B.

Los criterios de inclusión fueron: (a) tener 18 años o más, (b) ser staff (empleados) de las ONGs trabajando directamente con la población vulnerable, (c) con síntomas de TEPT relacionados con su trabajo, (d) no estar recibiendo psicoterapia al mismo tiempo del estudio, y (e) no estar recibiendo medicamentos para síntomas de TEPT. Los criterios de exclusión fueron: (a) personas con ideas de autoagresión, suicidas u homicidas en curso, (b) personas diagnosticadas con trastorno psicótico o bipolar, (c) con diagnóstico de trastorno disociativo, (d) con trastorno mental orgánico, (e) con abuso de sustancias, (f) con deficiencia cognitiva significativa (p. ej. discapacidad intelectual severa, demencia). Los 37 participantes cumplieron con todos los criterios de inclusión y participaron en el estudio. La participación fue voluntaria y no hubo deserción durante el periodo del estudio.

Medidas

En este estudio se utilizó la Lista de Verificación de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5 (PCL-5: Weathers y cols., 2013). La Lista de Verificación de Trastorno por Estrés Postraumático (PCL por sus siglas en inglés; Weathers, 2008) es uno de los instrumentos más empleados del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* (DSM) -como medida de autoevaluación de los síntomas del TEPT-. El instrumento PCL fue revisado para reflejar los cambios en el *DSM-5* (American Psychiatric Association, 2013) de los criterios del TEPT. Contiene 20 reactivos, tomando en cuenta los tres nuevos síntomas de TEPT: culpa, emociones negativas, y conducta temeraria o autodestructiva. Los encuestados indican cuánto han sido molestados/perturbados por cada uno de los

síntomas de TEPT durante el mes pasado, usando una escala de 5 puntos, donde 0=nada, 1=un poco, 2=moderadamente, 3=bastante y 4=extremadamente. Los puntajes son sumados para obtener una medida continua de la severidad de los síntomas de TEPT, tanto por agrupaciones de síntomas como por el trastorno total. Se puede hacer un diagnóstico provisional de TEPT tratando cada reactivo evaluado como 2=moderadamente o mayor como un síntoma confirmado, y luego seguir la regla diagnóstica del *DSM-5* que requiere por lo menos: 1 reactivo del grupo B (preguntas 1-5), 1 reactivo del grupo C (preguntas 6-7), 2 reactivos del grupo D (preguntas 8-14), y 2 reactivos del grupo E (preguntas 15-20). Según el National Center for PTSD (2016), un punto de corte de 33 en el PCL-5 parece ser un valor razonable que proponer hasta que se pueda disponer de mayor trabajo psicométrico. El PCL-5 tiene una variedad de propósitos, incluyendo el monitoreo de cambio de síntomas durante y después del tratamiento, el tamizaje para encontrar personas con TEPT, y el poder hacer un diagnóstico provisional de TEPT. Para la versión en español, el PCL-5 fue traducida y vuelta a traducir por dos profesionales especializadas, y probada la comprensión de las palabras a escala multicultural en nueve países de habla hispana en Latinoamérica y el Caribe.

Procedimiento

La investigación se llevó a cabo en tres etapas:

Etapas 1. Reclutamiento de participantes y entrevistas. En esta etapa, un asistente de investigación no ciego (ajeno) al estudio, previamente entrenado en la administración de instrumentos, técnicas generales de entrevista, y conducta ética de investigación, explicó a los participantes el propósito de la investigación, los criterios de inclusión y exclusión, pidió su participación voluntaria y les entregó una carta de consentimiento informado explicando las consideraciones éticas. Los participantes voluntarios fueron entrevistados de

forma individual con el fin de recopilar su historia clínica; proveerles de una educación psicológica relacionada con el trauma, el TEPT y la Terapia EMDR, con el fin de disminuir cualquier duda o prejuicio que tuvieran en cuanto al tratamiento; y para administrarles el PCL-5 como una evaluación preliminar al tratamiento. Una vez que se terminó la evaluación individual, cada participante fue asignado al azar al grupo A o al grupo B empleando una lista de números al azar generada por computadora. El Grupo A estuvo conformado por 19 participantes (16 mujeres y 3 hombres) y el Grupo B estuvo conformado por 18 participantes (13 mujeres y 5 hombres).

Etapa 2. Tratamiento. El Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR (EMDR-IGTP) fue administrado por dos de los paraprofesionales bolivianos especialmente seleccionados y entrenados. El protocolo fue administrado en cuatro ocasiones a los participantes de cada grupo (A y B), en dos diferentes espacios durante el mismo periodo de dos semanas. La fidelidad al tratamiento se cumplió siguiendo estrictamente todos los pasos del EMDR-IGTP.

Etapa 3. Evaluación de seguimiento post-tratamiento; supervisión, monitoreo, retroalimentación, y apoyo/coaching. La evaluación de seguimiento post-tratamiento se llevó a cabo con los participantes de los grupos A y B a los 30 y 90 días respectivamente. Un asistente de investigación independiente, ciego (ajeno) a las condiciones del tratamiento, entrenado en la administración de instrumentos y en la conducta ética de la investigación, administró el PCL-5 mediante entrevistas cara a cara. El primer autor del artículo (IJ), proveyó, mediante video conferencia en línea (Zoom y WhatsApp), supervisión, monitoreo, retroalimentación, y apoyo/coaching a lo largo de las tres etapas. Durante cada etapa, todos los participantes sabían que podían contactarse con uno de los

dos paraprofesionales especialmente entrenados, para discutir cualquier preocupación o síntomas post-tratamiento que tuvieran.

Resultados

Un ANOVA de medidas repetidas determinó que los puntajes promedio del PCL-5 diferían de forma estadísticamente significativa al compararlos entre las diferentes aplicaciones realizadas (pretratamiento, post-tratamiento y seguimiento) $F(2,72) = 574.53, p < .001, \eta_p^2 = .94$. Los resultados indican que el EMDR-IGTP administrado por paraprofesionales, produjo una mejoría significativa en los síntomas de TEPT de los participantes, reflejada por el amplio tamaño del efecto. La prueba post hoc utilizando la corrección de Bonferroni reveló que hubo diferencias significativas entre todas las comparaciones de los promedios, del pretratamiento al post-tratamiento (38.56 ± 1.03 vs. $19.13 \pm 1.14, p < .001$), del post-tratamiento al seguimiento (19.13 ± 1.14 vs. $11.16 \pm .57, p < .001$), y del pretratamiento al seguimiento (38.56 ± 1.03 vs. $11.16 \pm .57, p < .001$). Ver Figura 1.

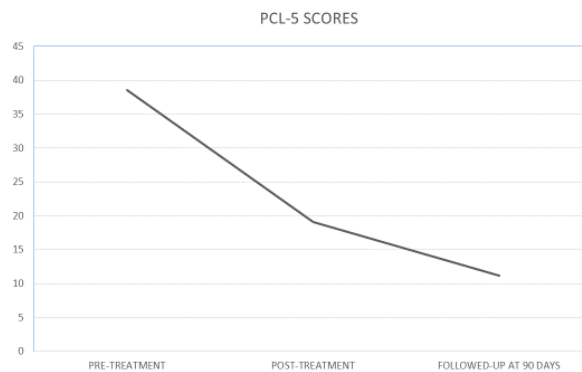


Figura 1. Puntajes promedio del PCL-5 pretratamiento, post-tratamiento y seguimiento a los 90 días.

Discusión

En el presente estudio, dos paraprofesionales previamente entrenados y supervisados, aplicaron el EMDR-IGTP a 37 adultos, miembros del staff de 3 ONGs (trabajadores de servicios de protección, cuidadores, psicólogos, abogados y trabajadores sociales) quienes reportaron síntomas de TEPT relacionados con su trabajo con niños y adolescentes sobrevivientes de trauma interpersonal severo. Los dos paraprofesionales formaban parte de un grupo de 12 paraprofesionales bolivianos especialmente seleccionados y entrenados por el primer autor (IJ) en el Programa de Terapia EMDR para Intervenciones Psicosociales Avanzadas Implementadas por Paraprofesionales (EPAPI) en Cochabamba, Bolivia en 2016. Ellos aplicaron cuatro sesiones del EMDR-IGTP a los participantes que habían sido asignados al azar a dos grupos diferentes.

El objetivo específico del estudio fue investigar la efectividad del tratamiento con el EMDR-IGTP aplicado por paraprofesionales especialmente seleccionados, entrenados y supervisados. Los análisis estadísticos mostraron que el EMDR-IGTP administrado por paraprofesionales, tuvo un efecto significativo reflejado en la disminución de los puntajes del PCL-5 utilizado para medir los síntomas de TEPT. Los resultados mostraron disminuciones significativas del pretratamiento al post-tratamiento, así como del post-tratamiento al seguimiento. Es interesante resaltar que los resultados se mantuvieron hasta los 90 días de seguimiento, aun cuando los participantes continuaron trabajando en el mismo ambiente, expuestos a los detalles aversivos de los eventos traumáticos reportados por sus pacientes.

Seguridad

En este estudio, ningún participante mostró un incremento en los síntomas de TEPT, auto-agresión, ideas suicidas u homicidas, depresión severa o abuso de sustancias durante los 90 días de seguimiento. Los paraprofesionales cumplieron con los estándares de autocuidado y no reportaron síntomas de trauma secundario en los 90 días de seguimiento y monitoreo.

El principio de "no hacer daño" es un tema muy importante en este programa de capacitación. La definición de trabajo del concepto de seguridad del EPAPI es *minimizar el riesgo de daño para pacientes y paraprofesionales*. Para cumplir con la seguridad, nosotros establecimos las siguientes medidas en la selección y capacitación de los paraprofesionales:

a) Trabajamos únicamente con ONGs / Instituciones que acuerdan, en papel, la plena cooperación con nosotros y que asumen la responsabilidad de que su personal cumpla con nuestro modelo de aprendizaje y medidas de seguridad. b) Seleccionamos candidatos potenciales para nuestro programa de entrenamiento del personal local de las ONGs basándonos en un perfil especialmente diseñado. Nosotros desarrollamos este perfil a través de un análisis cuidadoso de las características de los individuos que pueden ser seleccionados para esta tarea. c) Mantenemos una red de apoyo para la supervisión, seguimiento, retroalimentación y apoyo / coaching de los alumnos, integrada por entrenadores de entrenadores senior del Instituto EMDR, entrenadores, supervisores certificados y expertos en trauma y disociación. d) Evaluamos cuidadosamente a las y los pacientes en la entrevista previa al tratamiento, con énfasis especial en la historia reciente del empleo de habilidades de autorregulación y la detección de "banderas rojas" (por ejemplo, personas con ideas de auto-agresión, suicidas u homicidas en curso; abuso de sustancias o deficiencia cognitiva significativa; o diagnóstico de psicosis, trastorno bipolar, trastorno disociativo o trastorno mental orgánico) que puedan complicar el

tratamiento de los eventos traumáticos que se abordarán durante la administración del EMDR-IGTP. En tales casos, los pacientes son inmediatamente referidos a un profesional de la salud mental en el nivel terciario y no son tratados por los paraprofesionales.

Los paraprofesionales aprenden cómo garantizar la seguridad durante el proceso del EMDR-IGTP. Con el fin de crear un entorno seguro para los pacientes y para proporcionar la co-regulación de las respuestas emocionales durante el trabajo del trauma, los paraprofesionales son entrenados para mantener una presencia física de compasión sintonizada. Se les instruye en la estrecha vigilancia de las abreacciones severas y el uso de intervenciones de regulación emocional eficaces. Aprenden cómo identificar, manejar, y referir correctamente pacientes ante cualquier efecto negativo. A los paraprofesionales también se les enseñan medidas de autocuidado como una práctica estándar y se monitorean regularmente para vigilar la traumatización secundaria.

Empleo de paraprofesionales

La Dra. Francine Shapiro (2014) mencionó: "... el tratamiento de la salud mental debe estar disponible para todos y no sólo para las regiones más ricas de los países desarrollados". (p. 184). Los resultados del estudio sugieren que el concepto ampliamente compartido de que las mejorías en la salud mental requieren tecnologías sofisticadas y costosas, además de personal altamente especializado puede estar equivocado. Los resultados apoyan la afirmación de la Dra. Margaret Chan, Directora General de la OMS, de que "la realidad es que la mayoría de las condiciones mentales, neurológicas y de consumo de sustancias, que resultan en una alta morbilidad y mortalidad, pueden ser manejadas por proveedores de atención en salud no especializados. Lo que se requiere es aumentar la capacidad del sistema de atención primaria de salud para la prestación de un paquete integrado de atención por medio del entrenamiento, el apoyo y la supervisión". (WHO, 2010, prólogo).

Carriere (2014, p. 191) propuso una pirámide de intervención de tres niveles, en la cual los primeros auxilios psicológicos son el nivel inferior. Estos pueden ser proporcionados por voluntarios de la comunidad, quienes refieren a los pacientes que necesitan una intervención más específica para "tratamiento con segundos auxilios psicológicos". El tratamiento con segundos auxilios psicológicos (como con el EMDR-IGTP) puede ser proporcionado por paraprofesionales, quienes pueden referir a cualquier persona que lo requiera a una intervención con los profesionales de la salud mental, en el nivel superior de la pirámide. El recomendó que la Terapia EMDR se incorporara a los primeros y segundos auxilios psicológicos dentro de una comunidad (los dos primeros niveles inferiores de la pirámide). También sugirió que los paraprofesionales, especialmente entrenados y supervisados, pueden proporcionar Terapia EMDR para trastornos de leves a moderados (el tercer nivel en la pirámide), ayudando a racionar el uso de los recursos de los escasos profesionales en este campo, a través de una referencia oportuna y apropiada cuando se necesitan mayores habilidades.

Limitaciones

El estudio tiene limitaciones especialmente relacionadas con el tamaño de la muestra, el uso de una sola medida y la falta de comparación con un grupo control o tratamiento. Se requieren futuros estudios, utilizando muestras más grandes, con más medidas y comparando los resultados con otra terapia o grupo de control.

Recomendaciones

El estudio presenta evidencia preliminar sobre la posibilidad de escalar la Terapia EMDR (Carriere, 2014) en los LMIC. La posibilidad de escalar a través del EPAPI haría posible alcanzar a un mayor número de personas en un período de tiempo más corto, ofreciendo así una ventaja operacional; esto es muy valioso en sitios donde los recursos son limitados

(Jarero, Artigas, Uribe, & García, 2016). En nuestra opinión, el EMDR-IGTP es ideal para escalar la Terapia EMDR porque requiere sólo dos paraprofesionales especialmente entrenados en el EPAPI para aplicar el protocolo a 20 participantes. Es totalmente confidencial y permite a cada persona individualizar el enfoque de su terapia dentro del espacio grupal; requiere mínimo tiempo de contacto para ser efectivo, medido en horas y días consecutivos, no en semanas o meses; reduce la resistencia cultural al tratamiento porque es mínimamente intrusivo y se basa menos en el lenguaje que la TF-CBT, ya que no requiere crear una narrativa de la experiencia traumática, revelación verbal de los detalles, revivir prolongadamente la experiencia traumática o tarea en casa.

Consideramos que los paraprofesionales bien seleccionados, entrenados y supervisados, pueden constituir una fuerza de trabajo fuerte en áreas con carencias de servicios, moviendo parte de la carga de la atención de salud mental de profesionales altamente especializados (por ejemplo, psiquiatras, psicólogos) a paraprofesionales especialmente seleccionados, entrenados y supervisados, quienes actúan como un vínculo entre la primera y segunda ayuda psicológica y los profesionales de la salud mental en el tercer nivel. Es nuestra esperanza que el Programa de Terapia EMDR para Intervenciones Psicosociales Avanzadas Implementadas por Paraprofesionales (EPAPI) pueda contribuir a reducir la brecha de servicios de salud mental mundial y "cambiar la cara del trauma". (Carriere, 2014, p.183).

Referencias.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA.
- Artigas, L., y Jarero, I. (2014). The Butterfly Hug. In M. Luber (Ed.). *Implementing EMDR Early Mental Health Interventions for Man-Made and Natural Disasters* (pp. 127-130). New York, NY: Springer.
- Artigas, L., Jarero, I., Alcalá, N., y López Cano, T. (2014). The EMDR Integrative Group Treatment Protocol (IGTP) for Children. In M. Luber (Ed.). *Implementing EMDR early mental health interventions for man-made and natural disasters: Models, scripted protocols, and summary sheets* (pp. 237–251). New York, NY: Springer Publishing.
- Brewer, M. B. (2000). Research design and issues of validity. In H. T. Reis y C. M. Juss (Eds.), *Handbook of research methods in social and personality psychology* (pp. 3–15). Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Carrier, R. (2014). Scaling Up What Works: Using EMDR to Help Confront the World's Burden of Traumatic Stress. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(4),187-195.
- Deblinger, E., y Pollio, E. (2013). *Implementing trauma focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT) in a group format*. Retrieved on July 16, 2016 from <http://www.cpe.rutgers.edu/njdcf2013/docs/008-Implementing-Trauma-Focused-Cognitive-Behavioral-Therapy-in-a-Group-Format.pdf>

- EMDR Humanitarian Assistance Programs. (2016). *Trauma recovery EMDR Humanitarian Assistance Programs. Research findings*. Retrieved on December 15, 2016 from <http://www.emdrhap.org/content/what-is-emdr/research-findings/>
- Hepner, K. A., Miranda, J., Woo, S., Watkins, K. E., Lagomasino, I., Wiseman, S. H., y Munoz, R. F. (2012). *Building recovery by improving goals, habits, and thoughts (BRIGHT): A group cognitive behavioral therapy for depression in clients with co-occurring alcohol and drug use problems. Group member's workbook*. Santa Monica, CA: RAND Corporation. Recuperado en julio 15, 2016 de http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR977z2.
- Jarero, I., Artigas, L., Uribe, S., y García, L.E. (2016). The EMDR Integrative Group Treatment Protocol for Patients with Cancer. *Journal of EMDR Practice and Research*, 10(3), 199-207.
- Jarero, I., Artigas, L., Uribe, S., y Miranda, A. (2014). EMDR therapy humanitarian trauma recovery interventions in Latin America and the Caribbean. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(4), 260–268.
- Maxfield, L., y Hyer, L. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 23-41.
- Montgomery, E. C., Kunik, M. E., Wilson, N., Stanley, M.A., y Weiss, B. (2010). Can paraprofessionals deliver cognitive-behavioral therapy to treat anxiety and depressive symptoms? *Bulletin of the Menninger Clinic*, 74(1), 45–62.
- National Center for PTSD (2016). PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Recuperado en julio 15, 2016 de: <http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>.

- Patel V. (2009). The future of psychiatry in low- and middle-income countries. *Psychol Med*, 39:1759-1762.
- Patel, V., Chowdhary, N., Rahman, A., y Verdeli, H. (2011). Improving access to psychological treatments: Lessons from developing countries. *Behavior Research and Therapy*, 49:523-528.
- Patel, V., Weiss, H., Chowdhary, N., Naik, S., Pednekar, S., Chatterjee, S., De Silva, M.J., Bhat, B., Araya, R., King, M., Simon, G., Verdeli, H., y Kirkwood, B.R. (2010). Effectiveness of an intervention led by lay health counsellors for depressive and anxiety disorders in primary care in Goa, India (MANAS): a cluster randomized controlled trial. *The Lancet*, 376:2086-2095.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2014). EMDR Therapy Humanitarian Assistance Programs: Treating the Psychological, Physical, and Societal Effects of Adverse Experiences Worldwide. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(4),181-186.
- Weathers, F.W. (2008). Posttraumatic Stress Disorder Checklist. In: G. Reyes, J.D. Elhai, & J.D. Ford (Eds.), *Encyclopedia of psychological trauma* (pp.491-494). Hoboken, NJ: Wiley.
- Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., y Schnurr, P.P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Escala disponible por National Center for PTSD en www.ptsd.va.gov.
- World Health Organization (OMS). (2010). *MhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*. Ginebra, Suiza: Autor.

World Health Organization (OMS). (2011). *Psychological First Aid: guide for field workers*. Ginebra, Suiza: Autor.

World Health Organization (OMS). (2013). *Guidelines for the managements of conditions specifically related to stress*. Ginebra, Suiza: Autor.

Yalom, I. D. (1970). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York, NY: Basic Books.

Agradecimientos. A la Dra. Francine Shapiro, al Dr. Michael Hegenauer, al Dr. Steven Silver, Rolf Carriere y a la Dra. Rosalie Thomas por su apoyo en la realización de este trabajo.

La Correspondencia referente a este artículo debe de ser dirigida a Ignacio Jarero, PhD, Ed.D, Boulevard de la Luz 771, Jardines del Pedregal, Álvaro Obregón, México City, Mexico 01900.

E-mail: nacho@amamecrisis.com.mx