

## **Estudio Piloto sobre la Aplicación del Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR en Mujeres con Cáncer**

---

**Ignacio Jarero**

**Lucina Artigas**

**Susana Uribe**

**Laura Evelyn García**

**María Alicia Cavazos**

**Martha Givaudán**

*Fundación Latinoamericana y del Caribe para la Investigación del Trauma Psicológico.*

*Latin American & Caribbean Foundation for Psychological Trauma Research.*

El propósito de la presente investigación fue evaluar la efectividad del Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR (EMDR-IGTP, por sus siglas en inglés); para reducir los síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), relacionados con el diagnóstico y tratamiento de diferentes tipos de cáncer en mujeres adultas. Para ello, durante tres días consecutivos y dos veces al día, se administró Terapia Intensiva con el EMDR-IGTP a 24 mujeres adultas diagnosticadas con cáncer de diferentes tipos (cervical, de mama, colon, vejiga y piel) y con síntomas de TEPT relacionados con el diagnóstico y tratamiento. El análisis estadístico empleando el Modelo General Lineal y las pruebas t, comparando los puntajes de las medias de la escala Short PTSD Rating Interview (SPRINT) entre cada momento de las evaluaciones (pre, post, y dos seguimientos); mostró una mejoría estadísticamente significativa después del tratamiento con el Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR, tanto en las pacientes que se encontraban en la fase activa de tratamiento contra el cáncer, como en las pacientes que se encontraban en la fase de seguimiento del tratamiento. Los resultados también mostraron una mejoría subjetiva global en las participantes. Este estudio piloto sugiere que la aplicación intensiva del Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR, puede ser una valiosa ayuda para pacientes con cáncer y síntomas de TEPT relacionados con el diagnóstico y tratamiento. Es necesaria mayor investigación con estudios aleatorios controlados para demostrar la efectividad del EMDR-IGTP en esta población.

**Palabras clave:** EMDR; Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR; Terapia Intensiva con EMDR; Cáncer; Trastorno por Estrés Postraumático.

Cáncer es un término empleado para describir un proceso corporal durante el cual células anormales en el cuerpo crecen de forma incontrolada y desregulada a tal grado que una masa de células desarrollan la forma de un tumor. El cáncer es dañino al cuerpo pues tiende a hacer metástasis en todo el cuerpo, a invadir y dañar los tejidos aledaños e interferir con el funcionamiento normal de esa región de tejidos.

El cáncer es una de las principales causas de muerte en el mundo. En 2012 hubo 14.1 millones de nuevos casos de cáncer, 8.2 millones de defunciones y 32.6 millones de personas viviendo con cáncer alrededor del mundo. En ese mismo año, 57% de los nuevos casos de cáncer, 65% de las muertes y 48% de los casos de cáncer con una prevalencia de cinco años, ocurrieron en las regiones menos desarrolladas (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Desde la cuarta edición del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). El criterio diagnóstico para el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT); específicamente incluye el ser diagnosticado con cáncer, -una enfermedad que amenaza la vida-, como un ejemplo de evento traumático. De ahí que, personas con este diagnóstico, puedan ser consideradas en riesgo de TEPT.

Numerosas investigaciones se han focalizado en el diagnóstico o la sintomatología de TEPT en personas diagnosticada con cáncer (Pérez et al., 2014). Mientras que la mayoría de los factores precipitantes del TEPT son generalmente eventos externos y únicos que representan una amenaza inmediata, el cáncer representa un estresor interno y externo que se prolonga a lo largo del tiempo. De ahí que individuos diagnosticados con cáncer, pueden estar en riesgo de desarrollar reacciones de estrés patológicas (Kangas, Henry, & Bryan, 2002).

La experiencia del cáncer es un estresor peculiar dentro de la infraestructura del TEPT; pues involucra una enfermedad potencialmente aguda, crónica y debilitante. Que puede ir acompañada de un amplio rango de eventos adversos asociados como por ejemplo: la detección del tumor, el diagnóstico, la severidad de la enfermedad y el pronóstico, tratamientos agresivos, desfiguramiento y disfunciones corporales, efectos secundarios del tratamiento, alteración del funcionamiento físico, social y ocupacional y algunas veces la recurrencia y el diagnóstico de enfermedad terminal.

Desde 1994, estudios han demostrado que individuos expuestos a eventos estresantes prolongados, repetidos o múltiples; son más propensos a presentar síntomas de TEPT comparados con individuos que vivieron un solo evento estresante (e.g., Koopman, Classen, & Spiegel, 1994; McFarlane, 1989; Uddo, Allain, & Sutker, 1996). Adicionalmente, estresores múltiples (como el caso del cáncer), pueden agravar las reacciones de TEPT debido a lo siguiente: a) el trauma inicial puede disminuir los recursos de una persona para enfrentar los estresores subsecuentes y b) esa persona puede estar sufriendo de TEPT clínico o sub-clínico cuando nuevos estresores aparecen (Freedman, Brandes, Peri, & Shalev, 1999).

Un estudio conducido por Smith et al. (2011) en el Duke Cancer Institute. El cual tuvo un periodo de seguimiento a los pacientes de 12.9 años en promedio, demostró que en lugar de remitir, el TEPT se intensifica con los años. La conclusión fue que el tiempo no cura éste trastorno. Actualmente, con excepción de la terapia EMDR, no existe un abordaje terapéutico específico para tratar los síntomas de TEPT en las y los enfermos de cáncer (Capezzani et al., 2013).

## **Terapia EMDR.**

La Terapia de Reprocesamiento y Desensibilización a través del Movimiento Ocular (EMDR), es recomendada para el tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático en niños, adolescentes y adultos; por la Organización Mundial de la Salud (2013) y por numerosas directrices internacionales, como la Cochrane Review (Bisson & Andrew, 2007). Esta terapia fue creada por la Dra. Francine Shapiro (Shapiro, 2001). Y es un abordaje integral para el tratamiento del trauma, experiencias adversas de vida o estresores psicológicos.

Para saber más sobre la Terapia EMDR; le invitamos a consultar la Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación: <http://revibapst.com>

## **Terapia EMDR aplicada en pacientes con cáncer.**

En un estudio piloto conducido por Capezzani et al., (2013) en pacientes con cáncer y Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). Los resultados mostraron que la Terapia EMDR fue significativamente más eficaz que la Terapia Cognitivo Conductual (TCC); en la reducción de los puntajes de la Escala de Impacto del Evento Revisada (IES-R; por sus siglas en inglés) y de la sub-escala de síntomas intrusivos de la escala de Trastorno por Estrés Postraumático administrada por clínicos (CAPS; por sus siglas en inglés). Tanto en pacientes en la fase activa de tratamiento contra el cáncer, como en pacientes que se encontraban en la fase de seguimiento del tratamiento.

El resultado más significativo que se obtuvo de este estudio; es que la mayoría de los pacientes, tanto en la fase activa como en la fase de seguimiento del tratamiento contra el cáncer, tratados con Terapia EMDR, pudieron superar su diagnóstico de TEPT después de 8 sesiones de terapia. Y por el contrario; la mayoría de los pacientes en la fase activa de tratamiento contra el cáncer, tratados con TCC, siguieron teniendo el diagnóstico de TEPT un mes después de la finalización del tratamiento terapéutico.

## **El Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR.**

El Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR para Intervención Temprana (EMDR-IGTP por sus siglas en inglés). Fue desarrollado por miembros de la Asociación Mexicana para Ayuda Mental en Crisis (AMAMECRISIS); para enfrentar las enormes necesidades de servicios en salud mental, después de que el Huracán Paulina devastó las costas de los Estados de Oaxaca y de Guerrero en el año de 1997 (Jarero & Artigas, 2009).

El protocolo combina las 8 fases del tratamiento individual con Terapia EMDR (Shapiro, 2001); en un modelo de terapia grupal y un formato de terapia de arte (e.g., dibujos). Y emplea el Abrazo de la Mariposa (Artigas & Jarero, 2014), como una forma de estimulación bilateral auto-administrada para reprocesar el material traumático. A este protocolo también se le conoce como el Protocolo Grupal del Abrazo de la Mariposa, el Protocolo Grupal de EMDR y el Protocolo Grupal de EMDR para niños.

Este protocolo fue diseñado originalmente para trabajar con niños (Artigas, Jarero, Alcalá & López Cano, 2014) y fue modificado posteriormente para ser empleado con adultos (Jarero & Artigas, 2014). El protocolo se compara favorablemente con otros modelos de tratamiento grupal en términos de tiempo, empleo de recursos y resultados (Adúriz et al., 2009).

Ha sido usado en su formato original o con adaptaciones; para adecuarse a las circunstancias culturales en numerosos sitios alrededor del mundo (Gelbach & Davis, 2007; Maxfield, 2008); con miles de sobrevivientes de desastres naturales o provocados por el hombre (Jarero & Artigas, 2012). Reportes anecdóticos (Gelbach & Davis, 2007; Luber, 2009; Luber & Shapiro, 2009); nueve estudios piloto con niños y adultos después de desastres naturales en México, Nicaragua, El Salvador, Colombia y Venezuela (Artigas et al., 2000; Jarero et al., 1999; Jarero, Artigas, & Hartung, 2006); reportes de caso y estudios de campo. Han documentado su efectividad con niños y adultos sobrevivientes de desastres naturales o provocados por el hombre; durante trauma de guerra en curso, crisis geopolítica en curso, con niños refugiados de la guerra, con personas que sufren accidentes de trabajo y son diagnosticadas con Trastorno por Estrés Agudo, con niños y adolescentes víctimas de violencia interpersonal severa, y con personal de las fuerzas armadas Latinoamericanas (Adúriz, Knopfler, & Blüthgen, 2009; Aránguiz & Cattoni, 2013; Adúriz & Salas, 2014; Birnbaum, 2007; Chung et al., 2014; Errebo, Knipe, Forte, Karlin, & Altayli, 2008; Fernandez, Gallinari, & Lorenzetti, 2005; Jarero & Artigas, 2010; Jarero, Artigas, & Hartung, 2006; Jarero, Artigas, & Montero, 2008; Jarero, Roque-López, & Gomez, 2013; Jarero, Roque-López, Gómez, & Givaudán, 2014a; Jarero, Roque-López, Gómez, & Givaudán, 2014b; Jarero, Artigas, Uribe, García, Cavazos & Givaudán, 2014; Jarero, Uribe, Miranda y Givaudán, 2014; Korkmazlar-Oral and Pamuk, 2002; Mehrotra et al., 2013; Mehrotra, 2014; Monteiro, 2014; Salas, 2014; Wilson, Tinker, Hoffmann, Becker, & Marshall, 2000; Zaghrou-Hodali, Alissa, & Dodgson, 2008).

### **Adaptación del Protocolo.**

Dentro de la literatura psico-oncológica, Morasso (2002) ve a las personas con cáncer interconectadas a una serie de crisis que ocurren durante el transcurso de la enfermedad y que involucran cambios en el ecosistema medioambiental que rodea al paciente. Es por ello que el EMDR-IGTP para intervención temprana con adultos, fue adaptado para tratar a una población de adultos que estaban viviendo estrés traumático continuado, relacionado con el diagnóstico de cáncer y su tratamiento. Las adaptaciones que se le hicieron tuvieron como objetivo; tratar en un formato terapéutico grupal, un Incidente Crítico Original (diagnóstico de cáncer). En donde eventos estresantes relacionados (tratamientos), habían continuado por un largo periodo de tiempo y donde no había existido un periodo de seguridad post-trauma (ninguna participante había sido dado de alta).

Para Jarero & Uribe (2011, 2012) las situaciones de trauma agudo no están relacionadas solamente a un marco de tiempo (días, semanas o meses), sino también a un periodo de seguridad post-trauma. La hipótesis de ellos; es que el continuum de eventos estresantes con emociones e información somática, sensorial y cognitiva similar; no le da a la memoria traumática estado dependiente, suficiente tiempo para consolidarse en un todo integrado. Por lo que las redes de memoria permanecen en un estado excitatorio permanente. Expandiéndose con cada evento estresante subsecuente al incidente crítico original; como el efecto que hace una piedra al caer en el medio de un lago. Con el riesgo de TEPT y trastornos comórbidos, creciendo con el número de exposiciones.

## **Método.**

El propósito de la investigación fue evaluar la efectividad del Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR; para reducir los síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático relacionados con el diagnóstico y tratamiento de diferentes tipos de cáncer en mujeres adultas.

El Consejo de Ética de la Fundación Latinoamericana y del Caribe para la Investigación del Trauma Psicológico, aprobó el protocolo de investigación. Para garantizar la calidad del estudio se cumplieron con los siguientes puntos de la Escala Revisada de Estándares de Oro (RGS; Maxfield & Hyer, 2002): GS1. Síntomas claramente definidos, GS2. Medidas adecuadas y válidas, GS3. Asesora independiente calificada pero no ciega, GS4. Confiabilidad del asesor, GS5. Tratamiento basado en el manual, GS6. No hubo asignación aleatoria al tratamiento. GS7. Fidelidad del tratamiento, GS8. No existencia de condiciones que confundan (psicoterapia al mismo tiempo que el estudio), GS9. Solo medida de auto-evaluación, y GS10. Duración del tratamiento para participantes civiles con un solo trauma. Asimismo, se obtuvo el consentimiento informado de todas las participantes adultas.

## **Participantes.**

Este estudio piloto se llevó a cabo en la ciudad de Monterrey, México; en las instalaciones del albergue Cruz Rosa, en donde mujeres de bajos recursos económicos viven durante su tratamiento contra el cáncer. Participaron 24 mujeres adultas diagnosticadas con cáncer de diferentes tipos (cervical, de mama, colon, vejiga y piel) y todas con síntomas de TEPT relacionado con el diagnóstico y tratamiento. La edad de las participantes era de 36 a 68 años (promedio = 54.16 años). El tiempo desde el diagnóstico de cáncer fue de julio de 2006 a octubre de 2013.

Los criterios de inclusión fueron: (a) ser mayor de 18 años, (b) haber recibido el diagnóstico de cáncer, (c) estar en la fase activa o en la fase de seguimiento del tratamiento contra el cáncer, (d) con síntomas de TEPT relacionados con el diagnóstico y tratamiento, (e) no haber recibido ni estar recibiendo terapia especializada en trauma y (f) no haber recibido ni estar recibiendo farmacoterapia para tratar los síntomas de TEPT. Los criterios de exclusión fueron: (a) ideación suicida u homicida en curso, (b) diagnóstico de trastorno psicótico o bipolar, (c) trastorno mental orgánico, (d) abuso de sustancias, (e) deterioro cognitivo significativo. La participación en el tratamiento fue voluntaria y no hubo deserciones en este estudio.

## **Medidas.**

Short PTSD Rating Interview (SPRINT).

La escala Short PTSD Rating Interview (SPRINT; Connor & Davidson, 2001; Vaishnavi et al., 2006); es un cuestionario de auto-evaluación de 8 reactivos con sólidas propiedades psicométricas. Que puede servir como una medida confiable, válida y homogénea de la severidad del TEPT y del mejoramiento global. Así como una medida de la perturbación somática, afrontamiento del estrés y del deterioro social, familiar y en el trabajo.

Cada reactivo está clasificado en una escala de 5 puntos: 0 (para nada), 1 (un poco), 2 (moderadamente), 3 (bastante), y 4 (mucho). Las puntuaciones entre 18 y 32, corresponden a síntomas marcados o severos de TEPT. De 11 a 17, corresponden a síntomas moderados. De 7 a 10, a síntomas leves. Y puntuaciones de 6 o menores, indican que no hay sintomatología o que ésta es mínima.

El SPRINT también contiene dos reactivos adicionales para medir la mejoría global; de acuerdo a un porcentaje de cambio y a una evaluación de la severidad.

El SPRINT se desempeña de forma similar a la Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS); en la evaluación de las agrupaciones de síntomas del TEPT y el total de la puntuación. Y puede ser empleado como un instrumento diagnóstico (Vaishnavi et al., 2006).

Se encontró que en el SPRINT, una puntuación de corte de 14 o más, conllevaba un 95% de sensibilidad para detectar el TEPT y un 96% de especificidad para descartar el diagnóstico. Con una precisión global de asignación correcta del 96% (Connor & Davidson, 2001).

### **Procedimiento.**

El reclutamiento de las participantes se llevó a cabo del 1 al 21 de febrero del año 2014, en las instalaciones del albergue Cruz Rosa. Este proceso se realizó en dos etapas. En la primera etapa, una asesora independiente calificada, explicó a las interesadas el propósito de la investigación, así como los criterios de inclusión y exclusión. En la segunda etapa, la misma asesora obtuvo el consentimiento informado, elaboró la historia clínica de cada participante (Fase 1 del tratamiento con Terapia EMDR) y les aplicó el SPRINT (medidas pre-tratamiento, post-tratamiento y dos seguimientos) a todas las participantes que se enteraron de la investigación y que cumplieron los criterios de inclusión.

Durante los días 27, 28 de febrero y 1 de marzo de 2014; se administró el Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR en seis ocasiones, (dos veces al día). Del 10 al 13 de marzo de 2014; se realizó la evaluación post-tratamiento. El primer seguimiento (follow-up) se realizó a los 30 días del post-tratamiento (del 2 al 5 de abril de 2014). El segundo seguimiento (follow-up) se llevó a cabo a los 90 días después del tratamiento, (del 2 al 4 de junio de 2014).

### **Tratamiento.**

En el presente estudio se administró durante tres días consecutivos y dos veces al día; Terapia Intensiva EMDR en formato grupal (Abel, 2011; Grey, 2011; Jarero, Roque-López, Gómez, & Givaudán, 2014b; Wesson & Gould, 2009) a un solo grupo con las 24 participantes. La primera administración del protocolo grupal tuvo una duración de 1:42 horas. Las 5 siguientes administraciones tuvieron una duración promedio de 45 minutos; pues se iniciaba en la fase 3 del protocolo, ya que no era necesario repetir las fases 1 y 2.

Posteriormente al primer seguimiento, se administró Terapia EMDR en formato individual a dos participantes del grupo de seguimiento, que obtuvieron puntajes del SPRINT arriba del punto de corte de 14 (15 y 18 respectivamente). La primera participante recibió una sesión de terapia individual y la segunda participante recibió cinco sesiones de terapia individual con el protocolo estándar.

La aplicación del EMDR-IGTP corrió a cargo de dos entrenadores de entrenadores senior y una entrenadora; todos ellos del Instituto EMDR y de EMDR-Iberoamérica. De una supervisora certificada y de una terapeuta certificada por EMDR-Iberoamérica. La administración del protocolo individual la hizo la terapeuta certificada, siguiendo el manual del Instituto EMDR. La fidelidad al tratamiento fue llevada a cabo mediante un estricto cumplimiento de todos los pasos del EMDR-IGTP y del protocolo estándar de Terapia EMDR.

### **Análisis Estadístico.**

En base al diseño del presente estudio, se aplicó un Modelo General Lineal (MGL) para medidas repetidas; y así poder evaluar los efectos del EMDR-IGTP en los puntajes del SPRINT. Las dos principales razones de usar medidas repetidas fueron: (a) incrementar el poder estadístico y (b) conocer el efecto del tratamiento a lo largo del tiempo. Además del MGL, se realizaron una serie de pruebas t, comparando los puntajes de las medias del SPRINT entre cada momento de las evaluaciones (pre, post, seguimientos).

### **Resultados.**

Los resultados se presentan en dos secciones: La primera sección describe la información clínica y cualitativa. La segunda sección presenta el análisis estadístico.

### **Datos fenomenológicos pre-tratamiento.**

#### *Sintomatología.*

Durante la fase de toma de historia (Fase 1), las participantes describieron perturbación relacionada con los siguientes síntomas:

*Flashbacks e imágenes intrusivas:* (ej., dándose cuenta la paciente de que ya no tenía senos después de la operación; la primera vez que recibió quimioterapia; las discusiones de su caso entre los doctores; la cara de sus amigas sintiendo lástima por ella; la imagen viendo a su marido abandonándola; tirada en la calle rumbo a su casa, sufriendo los efectos secundarios de la quimioterapia; su hijo llorando al verla rapada y delgada como cadáver).

*Flash-forwards:* (ej., verse a futuro sin poder caminar; recibiendo la noticia de que el cáncer regresó; miedo a que se infectara la herida y le salieran gusanos; imaginarse recibiendo nuevamente quimioterapia y sufriendo sus efectos secundarios; verse muriendo sola).

*Pesadillas:* (ej., viendo a la mamá que ya murió llamándola para que se fuera con ella; su marido muerto burlándose de ella; en el hospital viéndose en un charco de sangro que salió de su vagina; que el cáncer regresa y que le vuelven a aplicar la quimioterapia; viéndose en un espejo la cara como cadáver, pues ya no le queda mucho tiempo de vida).

*Síntomas cognitivos:* Pensamientos repetitivos (ej., “estoy mutilada”; “la gente quiere ver el seno que me quitaron”; “la gente me ve como a un bicho raro”; “estoy desfigurada”; “me queda poco tiempo de vida”). Pensamientos catastróficos (ej., que el doctor le informa que hizo metástasis el cáncer; que la enfermedad regresa con más fuerza; que muere con enorme sufrimiento). Deseos de muerte (ej., “ya deseo morirme para dejar de sufrir”; “si me muero ahora mis hijos no sufrirán tanto”). Dificultad para concentrarse. Problemas de memoria.

*Evitación:* De recuerdos perturbadores; de lugares o personas que les evoquen su enfermedad o las consecuencias de la misma, como la mutilación de sus senos o que no tienen cabello (ej., “trato de no pensar en el cáncer”; “no quiero que nadie me vea pelona”; “no quiero que me vean con lástima”; no quiero que me pidan ver mi seno mutilado por pura morbosidad”; evito a mis amigas porque me hacen muchas preguntas sobre cómo me siento”; “evito pensar que el cáncer puede regresar”; “no quiero recordar cuando estaba pelona”).

*Síntomas emocionales:* (ej., miedo, angustia, tristeza, desesperación, soledad, enojo, culpa, preocupación, ansiedad, incertidumbre, desesperanza, impotencia).

*Síntomas físicos:* (ej., mareos, dolor de cabeza, dolor en el brazo donde aplicaron la quimioterapia, dolor en la herida de la cirugía, agotamiento, pérdida del sentido del gusto, pérdida del apetito, baja de peso considerable, falta de aire, asfixia, náuseas, vómito, diarrea, inflamación, atrofia en las piernas, insomnio, dormir sin descansar, arritmia).

*Síntomas conductuales:* (ej., llanto incontrolable; ver compulsivamente en el espejo el sitio en donde estaba el seno; evitar compulsivamente todos los espejos para no verse sin cabello; aislamiento de todas las personas, incluso de seres queridos; miedo a que algún alimento pueda hacer que el cáncer regrese; no desear bañarse; aumento en el consumo de tabaco; evitación de las relaciones sexuales por pena a que la vean mutilada).

*Síntomas espirituales:* (ej., creer que la enfermedad es un castigo de Dios; alejamiento de Dios y de la religión; enojo con Dios, cuestionamiento de la existencia de Dios, acercamiento a lo espiritual en busca de soluciones; incremento desadaptativo de su fe en Dios).

### *Creencias Negativas.*

Durante la fase de toma de historia (Fase 1), las participantes manifestaron las siguientes creencias negativas asociadas a su enfermedad: “Soy diferente”, “Soy insignificante”, “Debí haber hecho algo”, “Hice algo malo”, “No soy querible”, “Soy una mala persona y por eso me dio cáncer”, “Debí haberlo sabido”, “Estoy arruinada para siempre”, “Soy estúpida y por eso no me di cuenta de la enfermedad”, “Soy fea porque mi cuerpo es odioso”, “Solo merezco cosas malas”, “No soy suficientemente buena y por ello no he sanado”, “Doy pena a todo el mundo”.



## Efectos del tratamiento de la Terapia EMDR

### *Efectos del tratamiento de la Terapia EMDR en las participantes que se encontraban en la fase activa del tratamiento contra el cáncer.*

En las 17 mujeres que se encontraban en fase activa del tratamiento contra el cáncer; se observó un efecto significativo del tratamiento con Terapia EMDR, reflejado a través de la escala de SPRINT,  $F(1, 16) = 121.22, p < .000$ . Al analizar las medias entre cada medida, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la medida de pre-tratamiento y la medida post-tratamiento, aplicada una semana después de iniciado el tratamiento:  $t(16) = 10.91, p < .000$ . Asimismo, se encontraron diferencias significativas entre la medida post-tratamiento y la medida obtenida en el primer seguimiento, obtenida un mes después del tratamiento:  $t(16) = 5.349, p < .000$ . No se encontraron diferencias significativas en este grupo al comparar la medida del primer seguimiento contra los puntajes del segundo y último seguimiento obtenida a los tres meses del tratamiento:  $t(16) = .052, p < .959$ . Ver Tabla 1.

Comparación de medias	t	Gl	Sig
Pre-tratamiento - Post-tratamiento	10.912	16	.000
Post-Tratamiento - Seguimiento 1	5.349	16	.000
Seguimiento 1 - Seguimiento 2	.052	16	.959

**Tabla 1. Comparaciones de los puntajes del Sprint de las participantes en la fase activa del tratamiento contra el cáncer.**

### *Efectos del tratamiento de la Terapia EMDR en las participantes que se encontraban en fase de seguimiento del tratamiento contra el cáncer.*

En las 7 mujeres que se encontraban en fase de seguimiento del tratamiento contra el cáncer, también se observó un efecto significativo del tratamiento con Terapia EMDR, reflejado a través de la escala de SPRINT,  $F(1, 6) = 20.592, p < .004$ . Al igual que con el grupo anterior, se realizaron una serie de pruebas t, comparando los puntajes de las medias. Se encontraron diferencias significativas únicamente al comparar la medida pre-tratamiento con la medida post-tratamiento:  $t(6) = 4.292, p < .005$ . No se encontraron diferencias significativas entre los puntajes de la medida post-tratamiento y la medida obtenida en el primer seguimiento, ni entre el primer y el segundo seguimiento. Sin embargo se observa que los puntajes continúan decreciendo. Estos resultados pueden ser atribuidos al pequeño tamaño de la muestra ( $n=7$ ). Ver Tabla 2.

Comparación de medias	t	gl	Sig.
Pre-tratamiento - Post-tratamiento	4.292	6	.005
Post-tratamiento - Seguimiento 1	1.162	6	.289
Seguimiento 1 - Seguimiento 2	2.265	6	.064

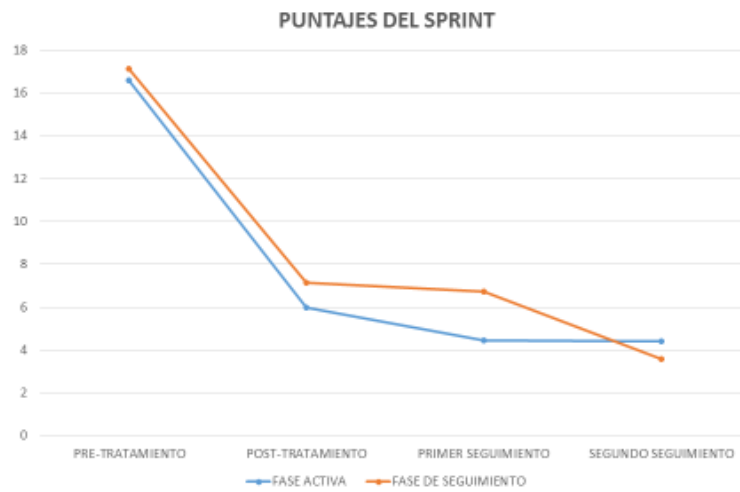
**Tabla 2. Comparaciones de los puntajes del SPRINT de las participantes en la fase de seguimiento del tratamiento contra el cáncer.**

*Efectos del tratamiento de la Terapia EMDR en todas las participantes.*

Al comparar las medidas pre-tratamiento con las medidas obtenidas en el primer y segundo seguimiento de las 24 participantes; podemos observar diferencias estadísticamente significativas en todos los casos. Ver Tabla 3 y Figura 1.

Participantes	Media y (DE) en el Pre-tratamiento	Media y (DE) en el Post-Tratamiento	Media y (DE) en el Primer Seguimiento	Media y (DE) en el Segun Seguimiento	Comparación Pre-Post	Comparación Pre-Primer Seguimiento	Comparación Pre-Segundo Seguimiento
Todas las Participantes N=24	16.75 (5.05)	6.33 (4.18)	5.12 (4.25)	4.16 (4.18)	t(23)=11.103, p<0.0001	t(23)=12.657, p<0.0001	t(23)=12.299, p<0.0001

**Tabla 3. Medias, Desviaciones Estándar y Comparativo de Medidas.**



**Figura 1. Puntajes promedio del SPRINT pre, post-tratamiento y dos seguimientos.**

### **Discusión.**

El propósito de la presente investigación fue evaluar la efectividad del Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR (EMDR-IGTP, por sus siglas en inglés). Para reducir los síntomas de TEPT relacionados con el diagnóstico y tratamiento de diferentes tipos de cáncer en mujeres adultas.

El análisis estadístico empleando el Modelo General Lineal y las pruebas t; comparando los puntajes de las medias del SPRINT entre cada momento de las evaluaciones (pre, post, seguimientos), mostró una mejoría estadísticamente significativa después del tratamiento con el Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR. Tanto en las pacientes que se encontraban en la fase activa de tratamiento contra el cáncer, como en las pacientes que se encontraban en la fase de seguimiento del tratamiento. Los resultados también mostraron una mejoría subjetiva global en las participantes

En las medidas pre-tratamiento las medias de ambos grupos estuvieron arriba de los 14 puntos de corte del SPRINT (16.58 para el grupo en la fase activa de tratamiento y 17.14 para el grupo de la fase de seguimiento del tratamiento). En el segundo y último seguimiento realizado 90 días después del tratamiento, solo una participante del grupo de la fase activa de tratamiento contra el cáncer mostró puntajes arriba del punto de corte (16 puntos). Es posible que el aumento en el puntaje de esta paciente se debiera a que recibió la noticia de que su tumor canceroso había crecido nuevamente. Las restantes participantes mostraron mínimos o ningún síntoma de TEPT. Cabe resaltar que otras tres pacientes del grupo de tratamiento activo recibieron la noticia de que sus tumores habían vuelto a crecer; sin embargo mantuvieron bajos los puntajes del SPRINT (11, 10 y 3 puntos).

Los resultados mostraron que los efectos del tratamiento terapéutico no solo se mantuvieron a lo largo del tiempo, sino que los síntomas de TEPT continuaron decreciendo en el grupo de la fase de seguimiento del tratamiento contra el cáncer (Figura 1). Es posible que los síntomas de TEPT del grupo en la fase activa de tratamiento contra el cáncer no siguieran disminuyendo, debido a la naturaleza estresante de sus tratamientos.

Es importante mencionar que el EMDR-IGTP no descarta la posibilidad de emplear terapia EMDR individual, pues es un protocolo de terapia y además una herramienta de evaluación. De ahí que las y los terapeutas EMDR no tienen que elegir entre administrar el protocolo grupal o individual cuando se encuentran frente a un amplio grupo de personas que necesitan tratamiento. Nosotros recomendamos emplear primero el protocolo grupal y posteriormente dar tratamiento individual con terapia EMDR solo a los pacientes que requieran apoyo adicional, basándose en las recomendaciones de la Fase 8 (Reevaluación y Seguimiento) del protocolo.

Las observaciones clínicas de los autores han mostrado que una o dos aplicaciones del protocolo grupal no son suficientes para alcanzar los mejores resultados clínicos, por lo tanto, ellos sugieren seis aplicaciones en un formato de tratamiento intensivo, siendo fieles al protocolo y empleando medidas validadas para obtener resultados confiables.

Este estudio piloto sugiere que la aplicación intensiva del Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR, puede ser una valiosa ayuda para pacientes con cáncer y síntomas de TEPT relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Es necesaria mayor investigación y con estudios aleatorios controlados para demostrar la efectividad del EMDR-IGTP en esta población.

## Referencias.

- Abel, N.J. (2011, April). *Consecutive day EMDR: Case study and discussion*. In presentation at the Western Massachusetts EMDRIA Conference, Amherst, M.A.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed., text rev). Washington, DC: Author.
- Adúriz, M. E., Knopfler, C., & Bluthgen, C. (2009). Helping child flood victims using group EMDR intervention in Argentina: Treatment outcome and gender differences. *International Journal of Stress Management*, 16(2), 138–153.
- Adúriz, M.E., & Salas, C. (2014). Aplicación del Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR a las Víctimas de un Alud en Tartagal-Salta-Argentina. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 6(2), 1-12. ISSN: 2007-8544.
- Aránguiz, I & Cattoni, M. (2013). Psicoterapia Grupal en Pacientes con Trauma Reciente: Una propuesta integradora desde el modelo EMDR. *Fortaleciendo Redes: Experiencia con EMDR en la superación de un evento crítico*. Mutual de Seguridad. Chile.
- Artigas, L., & 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., Mauer, M., López Cano, T., & Alcalá, N., 2000. *EMDR and traumatic stress after natural disasters: integrative treatment protocol and the butterfly hug*. Poster presented at the EMDRIA Conference, September, Toronto, Ontario, Canada.
- Artigas, L., Jarero, I., Alcalá, N., & 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* (pp. 237-251). New York, NY: Springer.
- Birnbaum, A., 2007. Lessons from the Lebanon war, EMDR-Israel Conference.
- Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD003388. Retrieved from <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab003388.html>
- Capezzani, L., Ostacoli, L., Cavallo, M., Carletto, S., Fernandez, I., Solomon, R., Pagani, M., & Cantelmi, T. (2013). EMDR and CBT for Cancer Patients: Comparative Study of Effects on PTSD, Anxiety, and Depression. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(3), 134-143.
- Chung, C.Y., Kim, D., Kim, S., Bae, H., Lee, K., Go, B. (in press), Treatment response of affect regulation group therapy for recently traumatized school children. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 53(3), 171-177.

Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2001). SPRINT: A brief global assessment of post-traumatic stress disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 16(5), 279–284.

Errebo, N., Knipe, J., Forte, K., Karlin, V., Altayli, B., 2008. EMDR-HAP training in Sri Lanka following 2004 tsunami. *Journal of EMDR Practice & Research* 2 (2), 124–139.

Fernandez, I., Gallinari, E., Lorenzetti, A. (2005). A school-based intervention for children who witnessed the Pirelli building airplane crash in Milan, Italy. *Journal of Brief Therapy* 2, 129–136.

Freedman, S. A., Brandes, D., Peri, T., & Shalev, A. (1999). Predictors of chronic post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 174, 353–359.

Gelbach, R., & Davis, K. (2007). Disaster response: EMDR and family systems therapy under communitywide stress. In F. Shapiro, F. W. Kaslow, & L. Maxfield (Eds.), *Handbook of EMDR and family therapy processes* (pp. 387–406). New York, NY: John Wiley & Sons.

Grey, E. (2011). A pilot study of concentrated EMDR: A brief report. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(1), 14-24.

Jarero, I., & Artigas, L. (2009). EMDR integrative group treatment protocol. *Journal of EMDR Practice & Research*, 3(4), 287–288.

Jarero, I., & Artigas, L. (2010). EMDR integrative group treatment protocol: Application with adults during ongoing geopolitical crisis. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(4), 148–155.

Jarero, I., & Artigas, L. (2012). The EMDR Integrative Group Treatment Protocol: EMDR group treatment for early intervention following critical incidents. *European Review of Applied Psychology*, 62, 219-222.

Jarero, I., & Artigas, L. (2014). The EMDR Integrative Group Treatment Protocol (IGTP) for Adults. In M. Luber (Ed.). *Implementing EMDR Early Mental Health Interventions for Man-Made and Natural Disasters* (pp. 253-265). New York, NY: Springer.

Jarero, I., & Uribe, S. (2011). The EMDR protocol for recent critical incidents: Brief report of an application in a human massacre situation. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(4), 156–165.

Jarero, I., & Uribe, S. (2012). The EMDR protocol for recent critical incidents: Follow-up Report of an application in a human massacre situation. *Journal of EMDR Practice and Research*, 6(2), 50-61.

Jarero, I., & Artigas, L., Uribe, S., García, L, E., Cavazos, M.A., & Givaudán, M. (2014) Pilot Research Study on the Provision of the EMDR Integrative Group Treatment Protocol with Female Cancer Patients. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 6(3), 1-15. ISSN: 2007-8544.

Jarero, I., Artigas, L., & Hartung, J. (2006). EMDR integrative treatment protocol: A post-disaster trauma intervention for children & adults. *Traumatology*, *12*, 121–129.

Jarero, I., Artigas, L., & Montero, M. (2008). The EMDR integrative group treatment protocol: Application with child victims of a mass disaster. *Journal of EMDR Practice and Research*, *2*, 97–105.

Jarero, I., Artigas, L., Mauer, M., López Cano, T., & Alcalá, N. (1999, November). *Children's post-traumatic stress after natural disasters: Integrative treatment protocol*. Poster session presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Miami, FL.

Jarero, I., Roque-López, S., Gómez, J. (2013). The Provision of an EMDR-Based Multicomponent Trauma Treatment with Child Victims of Severe Interpersonal Trauma. *Journal of EMDR Practice & Research*, *7*(1), 17-28.

Jarero, I., Roque-López, S., Gómez, J., Givaudán, M. (2014a). Second Research Study on the Provision of the EMDR Integrative Group Treatment Protocol with Child Victims of Severe Interpersonal Violence. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, *6*(1), 1-24. ISSN: 2007-8544.

Jarero, I., Roque-López, S., Gómez, J., Givaudán, M. (2014b). Third Research Study on the Provision of the EMDR Integrative Group Treatment Protocol with Child Victims of Severe Interpersonal Violence. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, *6*(2), 1-22. ISSN: 2007-8544.

Jarero, I., Uribe, S., Miranda, A., Givaudán, M. (2014). Programa de Atención Temprana en Salud Mental para Fuerzas Armadas en Latinoamérica. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, *6*(3), 1-20. ISSN: 2007-8544.

Kangas, M., Henry, J.L., Bryant, R.A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer : A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review*, *22*, 499-524.

Koopman, C., Classen, C., & Spiegel, D. (1994). Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley, Calif., firestorm. *American Journal of Psychiatry*, *151*, 888–894.

Korkmazlar-Oral, U., Pamuk, S., (2002). Group EMDR with Child survivors of the earthquake in Turkey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* *37*, 47–50.

Luber, M. (2009). EMDR and early interventions for groups. In M. Luber (Ed.), *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) scripted protocols: Basic and special situations* (pp. 277–278). New York: Springer Publishing.

Luber, M & Shapiro, F. (2009). Interview with Francine Shapiro: historical overview, present issues, and future directions of EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research* *3* (4), 217–231.

McFarlane, A. C. (1989). The aetiology of post-traumatic morbidity: predisposing, precipitating and perpetuating factors. *British Journal of Psychiatry*, 154, 221–228.

Maxfield, L. (2008). EMDR treatment of recent events and community disasters. *Journal of EMDR Practice & Research*, 2(2), 74–78.

Maxfield, L., & Hyer, L. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 23-41.

Mehrotra, S., Purandare, M., Tank, P., & Bhagwagar, H. (2013). Establishing EMDR connections with earthquake survivors of Gujarat, Western India (2001). In M. Luber (Ed.), *Implementing EMDR early mental health interventions for man-made and natural disasters: Models, scripted protocols, and summary sheets* (pp. 107–120). New York, NY: Springer Publishing.

Mehrotra, S. (2014). Humanitarian Projects and Growth of EMDR Therapy in Asia. (2014). *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(4), 252-259.

Monteiro, A. (2014). Group and Individual EMDR therapy in the Humanitarian Assistance Project in Southern Brazil. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 6(3), 1-19. ISSN: 2007-8544.

Morasso, G. (2002). Nuove prospettive in psico-oncologia. In *Formazione, psicologia, psicoterapia, psichiatria* (pp.2). Roma, Italy : Grin SRL.

Pérez, S., Galdón, M.J., Andreu, Y., Ibañez, E., Durán, E., Conchado, A., Cardeña, E. (2014). Posttraumatic stress symptoms in breast cancer patients: Temporal evolution, predictors, and mediation. *Journal of Traumatic Stress*, 27, 224-231.

Salas, C. (2014). Aplicación del Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR a las Víctimas de un Alud en Angastaco-Argentina. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 6(2), 1-11. ISSN: 2007-8544.

Shapiro, F. (2001). *Eye movements desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.

Smith, S.K., Zimmerman, S., Williams, C.S., Benecha, H., Abernethy, A.P., Mayer, D.K., ... Ganz, P.A. (2011). Posttraumatic stress symptoms in long-term non Hodgkin's lymphoma survivors: Does time heal? *Journal of Clinical Oncology*, 29, 4526-4533

Uddo, M., Allain, A. N., & Sutker, P. B. (1996). Assessment of posttraumatic stress disorder: a conceptual overview. In T. W. Miller (Ed.), *Theory and assessment of stressful life events*. Madison, CT, USA: International Universities Press.

Vaishnavi, S., Payne, V., Connor, K., & Davidson, J. R. (2006). A comparison of the SPRINT and CAPS assessment scales for posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 23(7), 437–440.



Wesson, M., & Gould, M. (2009). Intervening early with EMDR on military operations. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(2), 91-97.

Wilson, S., Tinker, R., Hofmann, A., Becker, L., & Marshall, S. (2000, November). *A field study of EMDR with Kosovar-Albanian refugee children using a group treatment protocol*. Paper presented at the annual meeting of the International Society for the Study of Traumatic Stress, San Antonio, TX.

World Health Organization. (2013). *Guidelines for the managements of conditions specifically related to stress*. Geneva, WHO.

World Health Organization. (2014). GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Retrieved in November 11, 2014 at: [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx)

Zaghrou-Hodali, M., Alissa, F., & Dodgson, P. (2008). Building resilience and dismantling fear: EMDR group protocol with children in an area of ongoing trauma. *Journal of EMDR Practice & Research*, 2(2), 106–113.