

## **Tercer Estudio de Investigación de la Aplicación del Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR a Niños Víctimas de Violencia Interpersonal Severa.**

---

**Ignacio Jarero**

**Susana Roque-López**

**Julio Gómez**

**Martha Givaudan**

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

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

*Innocence in Danger-Colombia.*

Este estudio presenta los resultados de la aplicación del Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR y del Protocolo Individual de Terapia EMDR, a un total de 16 menores (2 niños y 14 niñas), con edades entre los 9 y los 13 años, que atendieron el campamento de recuperación del trauma. Todos ellos habían sido víctimas de violencia interpersonal severa. Las 14 niñas habían sido víctimas de violencia física y violación; algunas por largos periodos de tiempo, incluso años, por parte de familiares o conocidos. Una de las niñas, de tan solo 11 años, contrajo una enfermedad sexual a raíz de la violación; y otra, además de haber sido violada repetidamente por el abuelo político, fue culpada por éste de la violación que él perpetró en la hermana menor, pues le dijo que ella era la responsable de cuidar a su hermanita. Referente a los dos niños, además de haber sido víctimas de violencia física y emocional, uno de ellos presenció como su padre y su primo, violaban a una prima suya, y el otro fue testigo del intento de suicidio de su padre. Todos los niños y niñas vivían con sus familias, caracterizadas por ser disfuncionales (e.g., peleas con cuchillos entre los padres). Para analizar el efecto del tratamiento se empleó un Modelo General Linear, en el cual se analizaron tres medidas (pre-tratamiento, post - tratamiento y seguimiento), obtenidas de los puntajes de las Unidades Subjetivas de Perturbación (SUD) y el Short PTSD Rating Interview (SPRINT). El resultado mostró un efecto estadísticamente significativo del tratamiento en la prueba inter-sujetos, tanto para los puntajes del SUD como del SPRINT: ( $F [1,15]= 146.85, p < .000$  y  $F [1,14]=238.56, p < .000$ , respectivamente. El Análisis estadístico (ANOVA) de los efectos del tratamiento en todos los grupos que participaron de 2011 a 2013 en los campamentos de recuperación del trauma, mostró que posteriormente a la terapia EMDR, los participantes *no tuvieron* diferencias significativas en sus puntuaciones del SPRINT; esto significa que la terapia tuvo el mismo efecto benéfico para todos los participantes. Es necesaria más investigación sobre el empleo de la Terapia EMDR, en sus modalidades grupal e individual, como parte de un tratamiento multi-componente y en fases para niños y adolescentes víctimas de violencia interpersonal severa.

**Palabras clave:** Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR; Terapia EMDR con pre-adolescentes; Violencia Interpersonal en pre-adolescentes; Trauma Complejo.

En un estudio reciente, Nooner et al. (2013) encontraron que incluso entre adolescentes que reportaron síntomas de trauma de leves a moderados, existe una correlación positiva medible entre los síntomas del trauma y la inmadurez funcional. Este estudio piloto ofrece evidencia preliminar, de que el impacto del trauma en el cerebro durante la adolescencia, puede afectar la conectividad funcional con la amígdala, incluso en adolescentes con síntomas subclínicos de trauma.

El trauma es asociado con consecuencias neurobiológicas para toda la vida (Carrion, Wong, & Kletter, 2013). Estudios con neuro-imágenes sugieren que la sintomatología severa de trauma, está asociada con la desregulación de la amígdala (Weber et al., 2013)

El abuso infantil puede tener profundos y duraderos efectos en la salud psicológica. Se ha visto que los niños que han sufrido negligencia, son más propensos a desarrollar psicopatología (Benjet, Borges, Mendez, Fleiz, & Medina-Mora, 2011).

Un estudio encontró que 22% de los niños que participaron, habían vivido cuatro o más diferentes tipos de victimización en un solo año (Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2007), sugiriendo que la experiencia de diferentes tipos de trauma no es poco común. Sin embargo, éste subgrupo de sobrevivientes ha recibido poca atención en cuanto a sus necesidades únicas (Wamser-Nanney & Vandenberg, 2013).

Investigaciones han mostrado que entre más tiempo (cronicidad) y más frecuentemente (frecuencia) ocurre un incidente traumático, la secuela postraumática es más severa y variada (Blaauw, Winkel, Arensman, Sheridan, & Freeve, 2002).

En referencia al abuso sexual infantil, se ha reportado que incrementa el riesgo de una variedad de problemas emocionales y conductuales, que incluyen ansiedad, depresión, agresión, disociación, baja auto-estima y conducta sexualizada (Choi & Oh, 2013).

Courtois & Ford (2009), recomiendan una aproximación multi-componente y en fases para el tratamiento del estrés traumático complejo. La primera fase de tratamiento se focaliza en la seguridad del paciente, la estabilización de síntomas y el mejoramiento de sus competencias básicas de vida. La segunda fase, incluye la exploración de las memorias traumáticas, reduciendo primero la perturbación emocional aguda que producen dichas memorias, y posteriormente re-evaluando su significado para integrarlas en una identidad positiva y coherente.

## **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>

## **El Protocolo Grupal e Integrativo con 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 Guerrero en el año de 1997.

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. Podrá consultar dicho protocolo en Artigas, Jarero, Alcalá & López-Cano (2009).

Este protocolo 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) para atender a miles de sobrevivientes de desastres naturales o provocados por el hombre (Jarero & Artigas, 2012). Reportes anecdóticos (Gelbach & Davis, 2007; Luber, 2009), nueve estudios piloto de campo con niños y adultos sobrevivientes de desastres naturales masivos 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 después de desastres naturales o provocados por el hombre, durante trauma de guerra en curso, crisis geopolítica en curso, niños refugiados de guerra, accidentes de trabajo que producen Trastorno por Estrés Agudo, víctimas de violación y niños víctimas de violencia interpersonal severa (Adúriz, Knopfler, & Blüthgen, 2009; Allon, as citado por F. Shapiro, 2011; Aránguiz & Cattoni, 2013; Adúriz & Salas, 2014; Birnbaum, 2007; Chung et al., (in press); 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, 2014; Korkmazlar-Oral and Pamuk, 2002; Mehrotra (in press), Monteiro, 2014; Salas, 2014; Wilson, Tinker, Hoffmann, Becker, & Marshall, 2000; Zaghrou- Hodali, Alissa, & Dodgson, 2008).

Los resultados preliminares de un estudio piloto de campo en curso, sobre una nueva implementación de este protocolo con pacientes adultos con cáncer y síntomas severos de estrés postraumático relacionados al cáncer, mostraron en las medidas post-tratamiento y primer seguimiento a un mes, una significativa reducción de los síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático.

## **Antecedentes.**

### **Primer Estudio de Investigación.**

El primer estudio de investigación (Jarero, Roque-López, & Gómez, 2013), se llevó a cabo del día 1 al día 7 de diciembre del 2011 en la Ciudad de Cali, Colombia; durante un campamento de recuperación del trauma. Participaron treinta y cuatro menores (18 niños y 16 niñas), con edades entre los 9 y los 14 años. Todos habían sido víctimas de violencia interpersonal severa (e.g., violación, abuso sexual, violencia física y emocional, negligencia, abandono). La mayoría (n=32) habían sido víctimas de violación o abuso sexual.

Un grupo (n=19, 11 niños y 8 niñas), provenían de una institución acreditada por el Instituto Colombiano del Bienestar Familiar. Estos niños vivían en la calle o habían sido separados de sus familias por su conducta problemática. El otro grupo (n=15, 7 niños y 8 niñas), vivían con sus familias y habían sido víctimas de violación, abuso sexual y violencia física y emocional. Ninguno de los niños había recibido previamente al campamento, tratamiento especializado en trauma.

Los 34 niños participantes recibieron un tratamiento multi-componente y en fases (Courtois & Ford, 2009), para el tratamiento del estrés traumático complejo. Durante la primera fase de tratamiento, los niños aprendieron estrategias focalizadas en las emociones y para regular las emociones, así como Atención Plena (mindfulness).

Durante la segunda fase, los niños participaron en el Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR, del cual tuvieron dos sesiones grupales de reprocesamiento de memorias traumáticas. Y aquellos niños que no alcanzaron una puntuación de Unidades Subjetivas de Perturbación (SUD, por sus siglas en inglés) igual a cero, solo necesitaron de una a dos sesiones de Terapia EMDR individual para alcanzar SUD de cero.

Los resultados mostraron una mejoría significativa en la Escala Child's Reaction to Traumatic Events Scale (CRTES) y en el Short PTSD Rating Interview (SPRINT) para todos los participantes. Estos resultados se mantuvieron en el seguimiento y demostraron la efectividad de combinar el Protocolo Grupal y Terapia individual con EMDR, para resolver los síntomas de TEPT de niños que han vivido trauma interpersonal severo.

### **Segundo Estudio de Investigación.**

El segundo estudio de investigación (Jarero, Roque-López, Gómez, & Givaudán, 2014), se llevó a cabo en una finca a 18 Km de la ciudad de Cali, en la vía Cali- Buenaventura (puerto sobre el Pacífico), del jueves 29 de noviembre por la mañana, hasta el jueves 6 de diciembre del año 2012 por la tarde (8 días completos y 7 noches).

Un total de veinticinco menores (10 niños y 15 niñas), con edades entre los 9 y los 14 años atendieron el campamento de recuperación del trauma. Todos ellos habían sido víctimas de violencia interpersonal severa (e.g., violación, abuso sexual, violencia física y emocional, negligencia, abandono).

Catorce de ellas y ellos, fueron víctimas de violación o abuso sexual repetido. El primer grupo (n=11, 7 niños y 4 niñas) provenían de una institución acreditada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. El segundo grupo (n=14, 3 niños y 11 niñas) vivían con sus familias.

La aplicación de la Terapia EMDR en sus modalidades grupal e individual, se llevó a cabo dentro del contexto de una aproximación terapéutica multi-componente y en fases. Durante la primera fase de tratamiento, los niños aprendieron estrategias focalizadas en las emociones y para regular las emociones, así como Atención Plena (mindfulness).

Durante la segunda fase del tratamiento, los niños participaron en el Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR, del cual tuvieron tres sesiones grupales de reprocesamiento de memorias traumáticas. Y aquellos niños que no alcanzaron una puntuación de Unidades Subjetivas de Perturbación (SUD, por sus siglas en inglés) igual a cero, recibieron de una a dos sesiones de Terapia EMDR individual para alcanzar un SUD de cero.

Los resultados de la escala SPRINT, mostraron una mejoría estadísticamente significativa de los participantes posterior al tratamiento con Terapia EMDR, misma que siguió acrecentándose hasta la medida de seguimiento, que fue tomada dos meses después del tratamiento terapéutico. Los resultados también mostraron una mejoría subjetiva global en las y los participantes.

### **Estudio Piloto con Adolescentes**

Un estudio piloto con adolescentes se llevó a cabo en Yumbo, municipio cercano al norte de la ciudad de Cali, Colombia.

El trabajo de recuperación del trauma, se realizó en las instalaciones del colegio Gaia, ubicado en el área campestre de Yumbo, a lo largo de 5 días, del lunes 15 al viernes 19 de julio del 2013. Los adolescentes llegaban al colegio Gaia a las 6:30 de la mañana y salían para la institución a las 6:00 de la tarde.

Un total de catorce adolescentes (todos de género masculino) con edades entre los 14 y los 18 años participaron en este programa de recuperación del trauma. Todos ellos habían sido víctimas de violencia interpersonal (e.g., abuso sexual, violación, maltrato, prostitución, familias involucradas en organizaciones fuera de la ley). Todos los adolescentes provenían de una institución acreditada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

La aplicación de la Terapia EMDR en sus modalidades grupal e individual, se llevó a cabo dentro del contexto de una aproximación terapéutica multi-componente y en fases. Durante la primera fase de tratamiento, los adolescentes aprendieron estrategias focalizadas en el desarrollo e instalación de recursos internos para el afrontamiento de sus miedos y la regulación de emociones. Asimismo llevaron a cabo actividades artísticas de teatro, cantos y pintura; aprendieron la práctica de Atención Plena (mindfulness) y ejercicios de yoga.

Durante la segunda fase del tratamiento, los adolescentes participaron en el Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR, del cual tuvieron tres sesiones grupales de reprocesamiento de memorias traumáticas: primer reprocesamiento el jueves 18 de julio en la tarde; segundo reprocesamiento el viernes 19 de julio en la mañana y tercer reprocesamiento el viernes 19 de julio en las primeras horas de la tarde.

El viernes 19 de julio y después del tercer reprocesamiento, los cuatro adolescentes que no alcanzaron una puntuación de Unidades Subjetivas de Perturbación (SUD, por sus siglas en inglés) igual a cero, recibieron de una (3 adolescentes) a dos sesiones (un participante) de Terapia EMDR individual para alcanzar un SUD de cero.

Las medidas post-tratamiento se tomaron a los siete días en el colegio Gaia, el viernes 26 de julio y las medidas de seguimiento se tomaron siete meses después, durante la última semana del mes de febrero de 2014.

Los resultados de la escala SPRINT, mostraron: a) que no hubo una mejoría estadísticamente significativa entre la medida de base y la medida pre-tratamiento ( $t(13)=0.7598$ ,  $p=0.4609$ ); b) que existió una mejoría significativa entre las medidas pre y post tratamiento con el Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR y con el protocolo estándar de terapia EMDR ( $t(13)=7.885$ ,  $p<.0001$ ); c) que no existió mejoría significativa

entre las medidas post-tratamiento y seguimiento ( $t(13)=0.6114$ ,  $p=0.5515$ ); d) que si existió una mejoría estadísticamente significativa entre las medidas pre-tratamiento y seguimiento ( $t(13)=8.659$ ,  $p<.0001$ ); y e) que si existió una mejoría de los síntomas de los participantes estadísticamente significativa, entre la medida de base y el seguimiento ( $t(13)=8.2923$ ,  $p<.0001$ ).

De los datos estadísticos obtenidos, podemos concluir que las actividades pre-tratamiento no tuvieron influencia significativa en la sintomatología de TEPT y que la terapia EMDR fue la causa en la mejoría de los síntomas de TEPT; mejoría que se mantuvo durante los siete meses del seguimiento. Ver Figura 4.

## **Actual Estudio de Investigación.**

### **Método.**

El Consejo de Ética de la Fundación Latinoamericana y del Caribe para la Investigación del Trauma Psicológico aprobó el protocolo de investigación. Se obtuvo el consentimiento informado de los padres y de los responsables legales de los menores.

### **Participantes.**

Un total de 16 menores (2 niños y 14 niñas), con edades entre los 9 y los 13 años, atendieron el campamento de recuperación del trauma. Todos ellos habían sido víctimas de violencia interpersonal severa.

Las 14 niñas habían sido víctimas de violencia física y violación; algunas por largos periodos de tiempo, incluso años, por parte de familiares (hermano, tío, padrastro, abuelo político), o conocidos (hijo de la mujer que la cuidaba mientras que sus padres iban al trabajo, amigo de la familia).

Una de las niñas, de tan solo 11 años, contrajo una enfermedad sexual a raíz de la violación; y otra, además de haber sido violada repetidamente por el abuelo político, fue culpada por éste de la violación que él perpetró en la hermana menor, pues le dijo que ella era la responsable de cuidar a su hermanita.

Referente a los dos niños, además de haber sido víctimas de violencia física y emocional, uno de ellos presenció como su padre y su primo, violaban a una prima suya; y el otro fue testigo del intento de suicidio de su padre.

Todos los niños y niñas vivían con sus familias, caracterizadas por ser disfuncionales (e.g., peleas con cuchillos entre los padres). A diferencia de los dos estudios anteriores, en este estudio solamente participaron menores que vivían con su familia y no menores de una institución acreditada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

### **Procedimiento.**

Este campamento se llevó a cabo en una finca a 18 Km de la ciudad de Cali, en la vía Cali-Buenaventura (puerto sobre el Pacífico), del sábado 30 de noviembre por la mañana, hasta el sábado 7 de diciembre del año 2013 por la tarde (8 días completos y 7 noches). El trabajo terapéutico y la investigación siguieron las mismas 8 etapas de los dos anteriores campamentos de recuperación del trauma (Jarero, Roque-López, & Gómez, 2013; Jarero, Roque-López, Gómez, & Givaudán, 2014).



La cronología de este campamento fue la siguiente:

a) El domingo 1 de diciembre del 2013 por la mañana y previo a cualquier actividad, se administró la escala SPRINT (Connor & Davidson, 2001; Vaishnavi et al., 2006) a todos los niños, con la finalidad de obtener una medida de base (pre-actividades de campamento); y observar el efecto en la severidad de la sintomatología del Trastorno por Estrés Postraumático, de las actividades previas al reprocesamiento con Terapia EMDR, en sus modalidades grupal e individual.

b) Del domingo 1 hasta el miércoles 4 de diciembre del 2013, se llevaron a cabo actividades de la primera fase para el tratamiento del estrés traumático complejo (Courtois & Ford, 2009). Los niños aprendieron estrategias focalizadas en las emociones y para la regulación de las mismas, la Atención Plena (mindfulness). Y se familiarizaron con el tratamiento terapéutico EMDR.

c) El jueves 5 de diciembre del 2013 por la mañana, se administró a todos los niños la escala del SPRINT (Connor & Davidson, 2001; Vaishnavi et al., 2006), para obtener la primera medición pre-tratamiento con Terapia EMDR. Y así poder hacer comparaciones, tanto con la medida de base previa, como con las medidas de post- tratamiento y de seguimiento (follow-up).

Posteriormente, los niños participaron en el Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR, del cual tuvieron tres sesiones grupales de reprocesamiento de las memorias traumáticas. La primera sesión fue el jueves 5 de diciembre por la mañana, la segunda sesión fue ese mismo día por la tarde, y la tercera sesión fue el viernes 6 de diciembre por la mañana.

d) El viernes 6 y el sábado 7 de diciembre del 2013, se administró terapia individual con el protocolo estándar de EMDR, a un niño y a 6 niñas que no alcanzaron una puntuación de cero en las Unidades Subjetivas de Perturbación (SUD, por sus siglas en inglés) durante el Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR. Para alcanzar un SUD de cero fue necesaria una sola sesión de terapia EMDR individual para el niño y 4 niñas; y dos sesiones para las otras 2 niñas.

e) El viernes 13 de diciembre del 2012, se tomaron las medidas post-tratamiento con el SPRINT a todos los menores participantes. Esta escala se administró en las oficinas de CAIVAS – SILOE (Centro de Atención a Infantes Víctimas de Abuso Sexual, Zona de Siloé en Cali).

f) Por último, el sábado 8 de febrero del 2014, durante la “Jornada de Arte y Paz” dentro de la ciudad de Cali, se tomaron las medidas de seguimiento (follow-up) con el SPRINT.

## **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. La escala fue traducida de inglés a español y de español a inglés, revisada y autorizada por uno de sus autores y adaptada a un lenguaje adecuado para niños.

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).

**Escala de Unidades Subjetivas de Perturbación.**

Las puntuación de las Unidades Subjetivas de Perturbación (SUD, por sus siglas en inglés), son una parte integral del tratamiento con la Terapia EMDR (Shapiro, 2001). La escala de SUD ha mostrado tener una buena concordancia con medidas fisiológicas autonómicas de ansiedad pre y post-tratamiento (e.g., Wilson, Silver, Covi, & Foster, 1996). La disminución en la excitación fisiológica y la relajación, fueron relacionadas con una reducción en la puntuación de SUD al final de una sesión (Sack, Lempa, Steinmetz, Lamprecht, & Hofmann, 2008). Los SUD fueron correlacionados significativamente con una mejoría post-tratamiento medida por terapeutas (Kim, Bae, & Park, 2008).

La escala de SUD fue modificada para su empleo con los niños. En lugar de simplemente pedirles a los niños su nivel de perturbación, se les mostraron dibujos de caras que representaban diferentes niveles de emociones (De 0 a 10, en donde 0 mostraba ninguna perturbación y 10 mostraba una perturbación severa). Y se les pidió que seleccionaran la cara que mejor representara sus emociones en ese momento y que escribieran el número correspondiente en su dibujo. Los niños fueron apoyados durante todo el Protocolo Grupal por miembros del equipo del campamento de recuperación del trauma, a los que se les denominó “Cuerpo de Protección Emocional”.

## **Tratamiento.**

### **Primera Fase de Tratamiento.**

Al igual que en los dos estudios anteriores (Jarero, Roque-López, & Gómez, 2013; Jarero, Roque-López, Gómez, & Givaudán, 2014), la primera fase de tratamiento para el trauma psicológico, se llevó a cabo dentro del contexto de un campamento terapéutico. Y consistió en un rango de diferentes actividades, diseñadas para desarrollar estabilización emocional y competencias de vida.



Es importante hacer notar que la primera fase de terapia para el trauma psicológico, corresponde a las Fases 1 y 2 de los procedimientos de la Terapia EMDR.

Ciertas actividades se modificaron con respecto a los dos estudios anteriores, para adaptarse a las circunstancias y al tipo de población (menores que vivían con sus familias disfuncionales) con la que se estaba trabajando. Las modificaciones que se hicieron fueron las siguientes:

Durante cada día, los niños y las niñas se involucraron en varias actividades y talleres. Además de las prácticas de la atención plena, de auto-regulación emocional, de actividades artísticas y lúdicas; se realizaron varias caminatas en las vecindades de la finca: una a las 5:00 de la mañana para contemplar la salida del sol, otras dos a media mañana para practicar la marcha en atención plena y el despertar de los sentidos y otra en la noche para despertar la curiosidad observando los insectos luminosos en medio de la neblina. Cada noche, antes de ir a dormir, los niños y las niñas se reunían para relajarse con historias y música infantil.

Dado que en este campamento se trataron menores provenientes de familias disfuncionales, se aprovecharon las actividades artísticas para que éstos trabajaran el sentido de compromiso, de responsabilidad y de convivencia: Los artistas propusieron dos temas musicales del folclor de la costa pacífica colombiana y acompañaron a los niños para que éstos crearan a través del campamento, la coreografía y la construcción del vestuario con papel.

En artes plásticas se trabajó en la observación y la diferenciación entre las diferentes emociones y sensaciones corporales, como actividad específica para enseñar a los niños y a las niñas a contactar con seguridad sus emociones y sensaciones corporales. Para ello, los niños y niñas construyeron mascarar de sus propios rostros y las decoraron reflejando la emoción escogida por ellos mismos: vergüenza, remordimiento, culpa, humillación, desdén, disgusto, ansiedad, miedo, terror, molestia, frustración, cólera, odio, decepción, tristeza, aflicción, desesperación, gratitud, reconocimiento, curiosidad, interés, pasión, gusto, placer, alegría y amor.

Los artistas de teatro contaron a los menores cuentos de tradición oral con mensajes positivos y enseñanzas sobre la convivencia (Gonzales, comunicación personal, julio del 2013).

El día de la clausura, los niños presentaron una “coreografía musical”. Hicieron una “pasarela” o desfile en el que mostraban sus vestidos y máscaras. Además, presentaron al público la canción aprendida durante el campamento. Es importante notar que a la clausura asisten todos los miembros del equipo de trabajo como espectadores.

Se hizo especial énfasis en la creación y afirmación de la identidad, por medio de los juegos tradicionales colombianos; los niños propusieron los diferentes juegos (la lleva, el escondite, etc.) que se usan en sus barrios y sus calles donde viven y establecieron sus propias reglas.

Los niños y niñas practicaron atención plena (mindfulness), mediante el aprendizaje y la práctica de la canción de “*Cuando Inspiro, Cuando Expiro*” (Nhat-Hanh, 2009) y aprendieron a contactar su “niño interno” para confortarlo, amarlo y cuidarlo (Nhat-Hanh, 2010).

Asimismo, aprendieron y practicaron todos los días los ejercicios de anclaje en el momento presente, especiales para niños (Snel, 2013), y las posiciones de yoga para niños como una práctica de atención plena centrada en el cuerpo (Cohen, 2013).

En este campamento se realizó un taller vivencial sobre el amor hacia la naturaleza como manantial de virtudes.

Los niños fueron acompañados para traer a sus memorias recuerdos de experiencias en las que ellos se sintieron felices (recibir amor, hacer algo por los otros, etc.) con el fin de fortalecer sus recursos internos, aspecto importante para el tratamiento del trauma durante el proceso terapéutico con la terapia EMDR.

Es importante resaltar que hubo menores que en la medida de base del SPRINT, reportaron puntuaciones bajas (i.e., 4, 7, 12, 14), sin embargo, en la medida pre-tratamiento, esos mismos niños reportaron puntuaciones altas (i.e., 25, 27, 17,23). Los terapeutas EMDR que los atendieron, atribuyen este fenómeno, a las actividades de la primera fase de tratamiento, en las que los menores aprendieron a contactar de manera segura con su cuerpo y emociones.

### **Segunda Fase de Tratamiento.**

Dentro del tratamiento individual con terapia EMDR, refiriéndose a Clusters (agrupaciones), la Dra. Shapiro (2001) nos comenta, que durante la fase de toma de historia, los terapeutas EMDR deben de desarrollar una serie de clusters, mediante la apropiada agrupación de *incidentes similares*. Y que posteriormente se le debe de pedir a la paciente, que escoja para reprocesar, un incidente que represente a un cluster en particular.

Añade que el/la terapeuta, debe de verificar que el efecto de generalización del reprocesamiento ocurrió a lo largo de todo el cluster (agrupación) de incidentes. Para ello, debe de solicitar a la paciente, que haga un escaneo a través de los incidentes de cada cluster por separado, para identificar cualquier otra memoria que no haya sido reprocesada. Este procedimiento se lleva a cabo a lo largo de las sesiones de terapia individual.

El Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR para intervención temprana (EMDR-IGTP), fue diseñado para tratar un solo incidente crítico vivido por muchas personas (e.g., terremoto, inundación, trauma de guerra en curso, crisis geopolítica). Por lo que, para todos nuestros estudios con menores víctimas de violencia interpersonal severa, tuvo que ser adaptado para tratar con efectividad y en un corto periodo de tiempo, a una población de niños y adolescentes, que en lugar de un solo tipo de experiencia adversa, por ejemplo, violencia física; han vivido eventos que son: a) interpersonales, b) severos, c) múltiples (diferentes tipos de victimización), tales como violación, más abuso emocional, más violencia física, más negligencia, más abandono por parte de uno o los dos padres; y d) prolongados, con sus dos variables: cronicidad y frecuencia.

Basados en los reportes de campo de dos de los co-autores (SRL y JG), la conceptualización de los autores del EMDR-IGTP, para abordar grupalmente a esta población con diferentes tipos de victimización severa y prolongada, siguiendo las directrices de la Dra. Shapiro; *es ver a los incidentes similares de cada tipo de victimización, dentro de su cluster específico*; y tener siempre presente, que los pacientes

pueden tener no solo uno, sino cuatro o más diferentes tipos de victimización (Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2007), mismos que también deben de ser reprocesados.

La palabra cluster en español, significa “agrupación” o “racimo”, por lo que, metafóricamente, cada tipo de victimización se podría ver como un racimo específico de uvas, en el que cada uva de ese racimo, representaría un incidente relacionado solo a ese tema. Por ejemplo, la violación sexual sería un racimo de uvas, y cada vez que fue violada la persona, sería una uva de ese racimo.

Otro racimo específico de uvas (cluster), podría ser la violencia física, y cada vez que la persona fue violentada, representaría una uva de ese racimo en particular. Y así sucesivamente, con todos los tipos de victimización que sufrió cada paciente.

Las adaptaciones al EMDR-IGTP para intervención temprana, consisten en lo siguiente: al inicio de la Fase 3 de la primera aplicación del protocolo grupal, se les pide a los y las participantes, que escojan el recuerdo que mejor represente todas las experiencias difíciles que han vivido. También se les puede pedir que pasen una película mental de todas esas experiencias, y que escojan para reprocesar el recuerdo que mejor las represente.

Para todas las siguientes sesiones de reprocesamiento grupal o individual, se les solicita a los participantes, que pasen una película mental de todas las experiencias difíciles que han vivido y que escojan para reprocesar, cualquier recuerdo que en ese momento sea perturbador.

Con estas adaptaciones hechas al EMDR-IGTP para intervención temprana, se busca verificar que el efecto de generalización del reprocesamiento ocurrió a lo largo de cada uno de los clusters; e identificar cualquier memoria que no haya sido reprocesada, con el fin de reprocesarla, ya sea grupal o individualmente.

Por generalización se entiende, que si una paciente escogió para reprocesar un incidente que representa a un cluster en particular (e.g., violación), el efecto de generalización del reprocesamiento se extenderá a todas las veces en que fue violada. Ahora bien, no se puede esperar que el reprocesamiento de un cluster específico (violación), se generalice a un cluster diferente (e.g., ser golpeada por el padre, o ser humillada por la madre).

Para ilustrar el efecto de generalización del reprocesamiento en un cluster, con las adaptaciones que se hicieron al EMDR-IGTP, veamos el caso de una niña de 11 años que asistió a éste campamento de recuperación del trauma, por haber sufrido de violaciones. La puntuación del SPRINT pre-tratamiento grupal, fue de 25, indicando síntomas severos de TEPT.

En la primera sesión de reprocesamiento grupal, después de la instrucción “*escojan el recuerdo que mejor represente todas las experiencias difíciles que han vivido*”, la niña escogió un incidente que representaba al cluster de violaciones. En esa primera sesión de reprocesamiento, aparecieron dibujos en que era violada en su casa por el hijo de la cuidadora, al que ella llamaba “hermano”, y dibujos en los que el hermano biológico de ella, grababa la violación mientras reía.

En la segunda sesión de reprocesamiento grupal, el mismo día por la tarde, la niña hizo dibujos en que era violada por un tío en casa de su abuela.

Al día siguiente, en la tercera sesión de reprocesamiento, la niña dibujó más experiencias de violación en su casa por parte de “su hermano”, así como la denuncia que hizo su mamá ante las autoridades contra el violador.

La puntuación del SPRINT post-tratamiento (una semana después) fue de 3, y en el seguimiento (dos meses después), fue de 1 (no sintomatología de TEPT). Respecto a la mejoría subjetiva global, medida por el SPRINT, a la pregunta “¿Qué tanto has mejorado a partir del tratamiento?”, la cual tiene un rango de respuesta de 0 a 100%, la niña respondió 100%. Finalmente al preguntarle “¿Cuánto han mejorado los síntomas desde el tratamiento?”; su respuesta fue de 5 (Mucha mejoría), que es la más alta.

Ahora bien, se ha visto que hay incidentes con factores adicionales o variantes significativas, en los que no se da el efecto de generalización del reprocesamiento dentro del cluster, por lo que deben de ser tratados como targets (blancos/dianas) específicos.

A este respecto, Shapiro (2001) menciona: “*Los incidentes que contienen factores adicionales (o variantes significativas), pueden requerir de tratamiento individual para su completa resolución*” (p. 207).

Este fue el caso de la niña violada que adquirió una enfermedad sexual. Durante las sesiones grupales de EMDR, reprocesó todos los incidentes relacionados a las violaciones, sin embargo, sus SUD no llegaron a cero; pues el incidente de haber contraído una enfermedad sexual (variante significativa), no se reprocesó en el cluster, sino que tuvo que ser tratado como blanco específico en terapia EMDR individual.

Cronología de la Segunda Fase de Tratamiento.

La segunda fase de tratamiento del trauma, corresponde a las Fases 3 a 7 de la Terapia EMDR (Shapiro, 2001). Durante esta fase de tratamiento, se empleó Terapia EMDR Intensiva, en sus modalidades grupal e individual.

Existen investigaciones que sugieren que la administración de la Terapia EMDR en un formato más intensivo o concentrado, puede ser muy efectivo en la reducción de síntomas de trauma (Abel, 2011; Grey, 2011; Wesson & Gould, 2009). Por ejemplo, la Terapia EMDR Intensiva, puede ser administrada en varios días subsecuentes, o dos veces al día (una por la mañana y otra por la tarde).

Los 16 participantes recibieron tres sesiones grupales de reprocesamiento de sus memorias traumáticas. La primera sesión fue el jueves 5 de diciembre del año 2013 por la mañana, la segunda sesión fue ese mismo jueves 5 por la tarde, y la tercera sesión fue el viernes 6 de diciembre por la mañana. Se siguieron los mismos procedimientos que en los dos anteriores campamentos (Jarero, Roque-López, & Gómez, 2013; Jarero, Roque-López, Gómez, & Givaudan 2013).

El viernes 6 y el sábado 7 de diciembre del 2013, se administró terapia individual con el protocolo estándar de EMDR, a un niño y a 6 niñas que no alcanzaron una puntuación de Unidades Subjetivas de Perturbación (SUD) de cero; durante los tres reprocesamientos con el Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR. El número de sesiones que necesitaron para alcanzar un SUD de cero, fue de una (5 niños/niñas) a dos sesiones (2 niñas).

Las terapias grupal e individual fueron administradas por cuatro terapeutas entrenados y certificados en la Terapia EMDR, con amplia experiencia trabajando con niños y grupos vulnerables.

## Resultados

Los efectos del tratamiento fueron medidos a través del registro de SUD; y de la aplicación del SPRINT en 4 ocasiones: medida de base al llegar al campamento; antes de iniciar la primera sesión de tratamiento grupal; después del tratamiento grupal e individual y en una medida de seguimiento.

Las Tablas 1 y 2 muestran las medias y desviaciones estándar para cada una de las medidas utilizadas (SUD y SPRINT) en los diferentes momentos.

Momento	Media	N	Desviación estándar.
Pre-reprocesamiento.	6.4375	16	2.731
Primer reprocesa.	7.9375	16	2.174
Segundo reprocesa.	7.3750	16	2.187
Tercer reprocesa.	2.3125	16	3.239

**Tabla 1.** Puntajes de medias y desviaciones estándar en el registro de SUD en las cuatro medidas aplicadas.

Momento	Media	N	Desviación estándar.
Medida de Base	20.500	16	8.671
Pre-tratamiento	25.062	16	3.889
Post-tratamiento	4.437	16	4.065
Seguimiento	3.200	16	2.704

**Tabla 2.** Puntajes de medias y desviaciones estándar en el SPRINT en las cuatro medidas aplicadas

*Efecto del tratamiento a través de análisis de las comparaciones entre las diferentes medidas.*

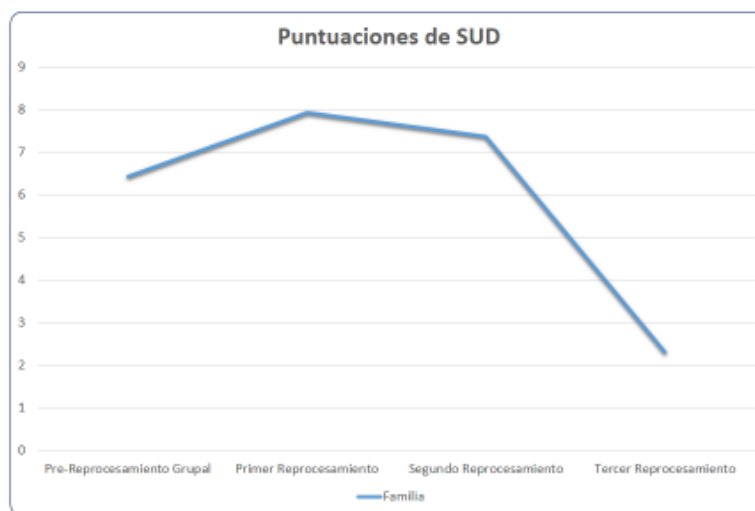
En cuanto a los puntajes de SUD, se llevaron a cabo pruebas de comparación de medias con el fin de conocer si había diferencias significativas. Al comparar la media de los puntajes de SUD pre-reprocesamiento y primer reprocesamiento, se encontraron diferencias significativas ( $t(15) = -3.354, p < .005$ ). Estos resultados nos indican que los puntajes de SUD se incrementaron significativamente entre el pre-reprocesamiento y primer reprocesamiento. Ver Tabla 1 y Figura 1.

La comparación de las medias de los puntajes de SUD entre el primer y el segundo reprocesamiento, no arrojó diferencias estadísticamente significativas ( $t(15) = 1.209$ ,  $p=.24$ ). Sin embargo, la comparación entre el segundo y tercer reprocesamiento, arrojó como resultado un decremento estadísticamente significativo ( $t(15)=6.034$ ,  $p<.0001$ ). Ver Tabla 1 y Figura 1.

Respecto a los puntajes obtenidos en el SPRINT, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas al comparar los puntajes de la medida de base al ingreso al campamento con los puntajes pre-tratamiento ( $t(15) = -2.211$ ,  $p<.05$ ). Estos resultados los podemos apreciar en la Figura 2, en donde vemos el aumento significativo en los puntajes del SPRINT, entre el tiempo transcurrido del ingreso al campamento y el pre-tratamiento con el Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR.

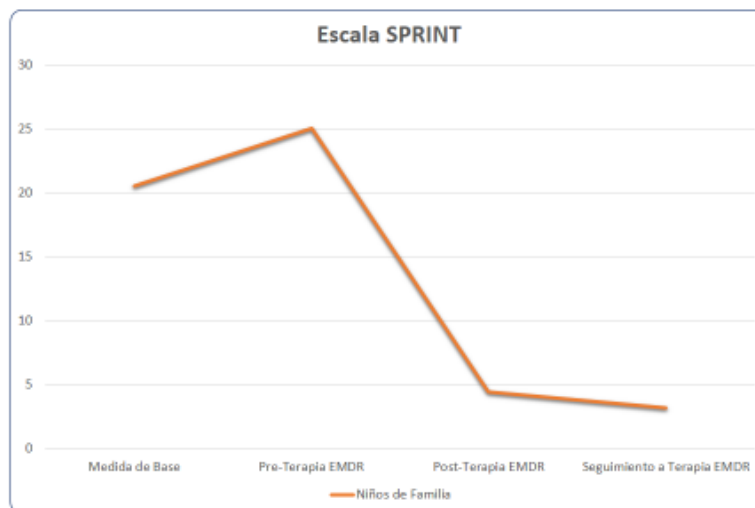
Asimismo, se observan diferencias significativas entre las medidas pre-tratamiento y post-tratamiento ( $t(15) = 19.454$ ,  $p<.0001$ ), mientras que no se reportan diferencias significativas al comparar la medida post-tratamiento con la medida de seguimiento ( $t(14)= 1.327$ ,  $p<.206$ ).

Para analizar el efecto del tratamiento se empleó un Modelo General Linear, en el cual se analizaron tres medidas (pre-tratamiento, post - tratamiento y seguimiento), obtenidas de los puntajes de los SUD y el SPRINT. El resultado mostró un efecto estadísticamente significativo del tratamiento en la prueba inter-sujetos, tanto para los puntajes de los SUD como del SPRINT: ( $F [1,15]= 146.85$ ,  $p < .000$  y  $F [1,14]=238.56$ ,  $p <.000$ , respectivamente. Los efectos mayores se dieron entre el segundo y el tercer reprocesamiento en el caso de los SUD y entre la medida Pre - tratamiento y post-tratamiento en el caso del SPRINT (ver Figuras 1 y 2).





**Figura 1.** Cambios en las puntuaciones promedio de las Unidades Subjetivas de Perturbación (SUD) durante las tres sesiones de reprocesamiento con el Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR.



**Figura 2.** Cambios en los puntajes de la Media de la Escala SPRINT: (1) Medida de Base, (2), pre-Terapia EMDR, (3) post-Terapia EMDR y (4) Seguimiento a los dos meses.

### ***Mejoría Subjetiva Global***

En la escala de SPRINT se evalúa la mejoría global reportada a través del porcentaje de cambio. En el caso de los participantes de este estudio la media obtenida respecto al porcentaje de mejoría global fue de 94% en la medida de seguimiento. En cuanto a la descripción del grado de mejoría, medido en una escala del 1-5 (dónde 5 es muchísima mejoría), se obtuvo un promedio de 4.8.

### **Discusión.**

Este estudio presenta los resultados de la aplicación del Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR y del Protocolo Individual de Terapia EMDR, a un total de 16 menores (2 niños y 14 niñas), con edades entre los 9 y los 13 años, que atendieron el campamento de recuperación del trauma. Todos ellos habían sido víctimas de violencia interpersonal severa. Las 14 niñas habían sido víctimas de violencia física y violación; algunas por largos periodos de tiempo, incluso años, por parte de familiares o conocidos.

Referente a los dos niños, además de haber sido víctimas de violencia física y emocional, uno de ellos presenció como su padre y su primo, violaban a una prima suya, y el otro fue testigo del intento de suicidio de su padre. Todos los niños y niñas vivían con sus familias, caracterizadas por ser disfuncionales (e.g., peleas con cuchillos entre los padres).

Los resultados de esta investigación muestran, la efectividad de la Terapia EMDR en sus modalidades grupal e individual; para resolver los síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en niños víctimas de violencia interpersonal severa. El decremento observado en la medida de seguimiento, confirma además que los efectos del programa no solo se mantuvieron a través del tiempo, sino que continuaron decreciendo.

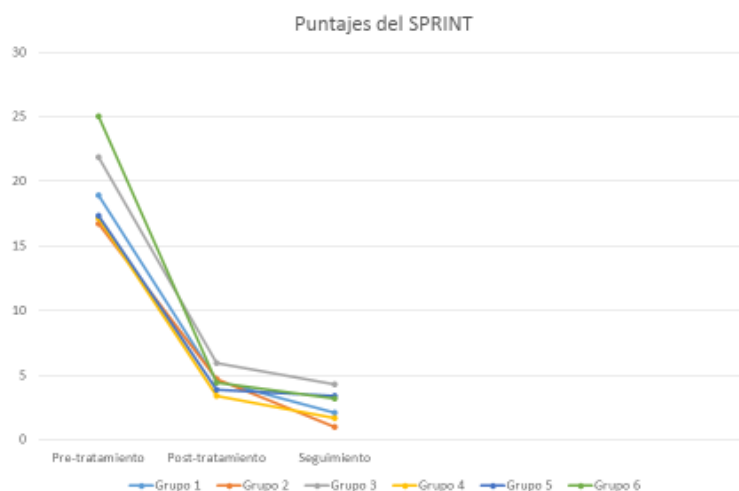
Se pudo observar que las actividades previas al reprocesamiento con Terapia EMDR, al igual que los resultados del segundo estudio (Jarero, Roque-López, Gómez, & Givaudán, 2014) y del estudio piloto con adolescentes presentado en este artículo; no tuvieron un efecto estadísticamente significativo en la disminución de la severidad de la sintomatología del Trastorno por Estrés Postraumático medida con el SPRINT.

En este estudio se observó un aumento significativo en los puntajes del SPRINT, entre el tiempo transcurrido del ingreso al campamento y el pre-tratamiento con el Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR. El presente estudio no se diseñó para examinar las razones específicas de este aumento. Se requiere mayor investigación para encontrar los factores que influyeron en ese resultado.

*Análisis estadístico de los efectos del tratamiento en los seis grupos que participaron, en los campamentos de recuperación del trauma, de 2011 a 2013.*

Durante 2011, 2012 y 2013, el Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR y el protocolo estándar de terapia EMDR individual, se aplicaron a seis grupos (n=89) de niños (n=44) y niñas (n=45), de edades entre los 9 y los 17 años, que habían sido víctimas de violencia interpersonal severa (violación, abuso sexual, violencia física y emocional, descuido, abandono). La aplicación de la terapia EMDR en sus modalidades grupal e individual, se llevó a cabo dentro del contexto de una aproximación multicomponente y enfocada en el trauma, durante Campamentos de Recuperación del Trauma de una semana de duración en Colombia.

La Figura 3 muestran que todos los grupos siguen un patrón similar entre el pre y el post-tratamiento en las puntuaciones de la Escala SPRINT.



**Figura 3.** Cambios en los puntajes de la Media de la Escala SPRINT, de los seis grupos que asistieron a los Campamentos de Recuperación del Trauma: Pre-Terapia EMDR, Post-Terapia EMDR y Seguimiento a Terapia EMDR.

*Análisis de Varianza ANOVA.*

Se llevó a cabo un análisis de varianza ANOVA, con los resultados del SPRINT pre, post y seguimiento a la terapia EMDR, de los seis grupos de menores (provenientes de institución o familia) que participaron en los Campamentos de Recuperación del Trauma de 2011 a 2013; con el fin de investigar si las medias (promedios) de los grupos diferían entre sí.

La comparación *Pre-terapia EMDR* de las medias de los seis grupos, arrojó un valor de  $P=0.0004$ , lo que nos indica que la variación de las medias entre los grupos *si es* significativamente mayor a lo esperado por casualidad.

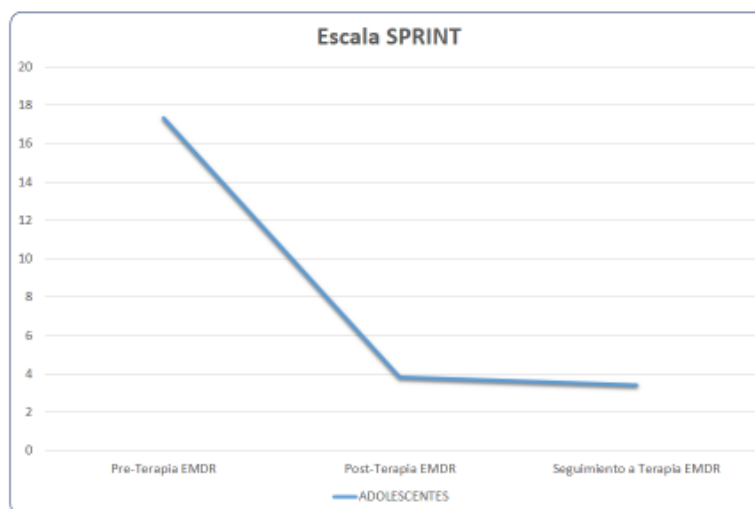
La comparación *Post-terapia EMDR* de las medias de los seis grupos, arrojó un valor de  $P=0.4427$ , lo que nos indica que la variación de las medias entre los grupos *no es* significativamente mayor a lo esperado por casualidad.

La comparación *del Seguimiento a la terapia EMDR* de las medias de los seis grupos, arrojó un valor de  $P=0.0202$ , lo que nos indica que la variación de las medias entre los grupos *si es* significativamente mayor a lo esperado por casualidad.

Estos resultados nos indican que previo a la terapia EMDR, las y los participantes tenían diferencias significativas en sus puntuaciones del SPRINT.

Que posteriormente a la terapia EMDR, los participantes *no tuvieron* diferencias significativas en sus puntuaciones del SPRINT; *esto muestra que la terapia EMDR tuvo un efecto benéfico similar en todos los participantes.*

En las medidas de seguimiento, si se encontraron diferencias significativas, especialmente entre menores de institución (mayores puntajes del SPRINT) y de familia (menores puntajes del SPRINT), como ya se había notado en el segundo campamento de recuperación del trauma (Jarero, Roque-López, Gómez, & Givaudán, 2014). Se requiere mayor investigación en el futuro para encontrar los factores que influyeron en ese resultado.



**Figura 4.** Cambios en los puntajes de la Media de la Escala SPRINT del estudio piloto con adolescentes mencionado en este artículo: (1), pre-Terapia EMDR, (2) post-Terapia EMDR y (3) Seguimiento a terapia EMDR.

Estos son los primeros estudios que han medido los efectos de la combinación del Protocolo Grupal e Integrativo con terapia EMDR y terapia EMDR individual, administrados en una modalidad de Terapia EMDR Intensiva, dentro de una Aproximación Multicomponente y enfocada en el trauma

Los resultados obtenidos con la escala del SPRINT para todos los grupos, muestran una mejoría estadísticamente significativa en los participantes después del tratamiento, misma que continuó aumentando durante el seguimiento. Los resultados también mostraron una mejoría subjetiva global en los participantes.

En todos ellos se observó que las sesiones grupales, tuvieron efectos en la disminución de las puntuaciones de SUD, asociadas a la memoria traumática; y en el aumento de la sensación de dominio y confianza con la que podían enfrentar las memorias aterradoras. Solo se necesitaron una o dos sesiones de terapia individual de EMDR, para estos niños y niñas que habían vivido diversos traumas interpersonales severos alcanzaran los SUD de 0.

Es importante hacer notar, que los efectos del tratamiento se generalizaron a toda la red que agrupaba incidentes similares (e.g., violación, abuso sexual, violencia física y emocional, negligencia, abandono). Shapiro (2001), menciona que cuando el cliente elige un incidente a reprocesar que representa una agrupación (cluster) de memorias en particular, *“los reportes clínicos han verificado que habitualmente ocurre la generalización, causando un efecto de reprocesamiento en toda la agrupación (cluster) de incidentes”* (p. 207).

## **Recomendaciones.**

Los estudios de los tres campamentos de recuperación del trauma y el estudio piloto con adolescentes mencionado en este artículo, han sentado las bases y nos han dado la información necesaria para el siguiente paso; mismo que consistiría en la validación ante la comunidad académica mundial y el reconocimiento de Instituciones Globales, como la Organización Mundial de la Salud, del empleo de la terapia EMDR (en sus modalidades grupal e individual), para menores víctimas de violencia interpersonal severa. Convirtiendo así a este modelo psicoterapéutico en una poderosa opción alterna a las aproximaciones tradicionales.

Esto se lograría con estudios aleatorios controlados (RCTs, por sus siglas en inglés), llevados a cabo en campamentos de recuperación del trauma o dentro de las casas hogar en donde vivan las y los menores. Dichos estudios deberán contar con un mínimo de 40 participantes (20 por cada grupo). Durante la Primera Fase de terapia para el trauma psicológico (que corresponde a las Fases 1 y 2 de los procedimientos de la Terapia EMDR), las participantes deberán aprender y practicar el Lugar Seguro, el Recuerdo Agradable, y la práctica de la Atención Plena, como estrategias focalizadas en las emociones y para la regulación de las mismas. Los participantes deberán seguir practicando éstas técnicas entre las sesiones de reprocesamiento con el EMDR-IGTP. Durante la segunda fase de tratamiento del trauma (que corresponde a las Fases 3 a 7 de la Terapia EMDR), las menores deberán recibir Terapia EMDR Intensiva, con un mínimo de cuatro sesiones de reprocesamiento grupal, en días consecutivos y dos veces por día (mañana y tarde). Esta estrategia de tratamiento, permitirá atender a un mayor número de menores a un menor costo.

## Referencias.

Abel, N.J. (2011, April). *Consecutive day EMDR: Case study and discussion*. In presentation at the Western Massachusetts EMDRIA Conference, Amherst, M.A.

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., Alcalá, N., & López Cano, T. (2009). The EMDR integrative group treatment protocol (IGTP). In M. Luber (Ed.), *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) scripted protocols: Basic and special situations* (pp. 279–288). 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. (2011). Escenas detrás de las alas del Abrazo de la Mariposa. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 2(2), 1-10. ISSN: 2007-8544. Retrieved on December 25, 2013 from: <http://revibapst.com/page23.html>

Benjet, C., Borges, G., Mendez, F., Fleiz, C., & Medina-Mora, M.E. (2011). The association of chronic adversity with psychiatric disorder and disorder severity in adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20, 459-468.

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>

Blaauw, E., Winkel, F.W., Arensman, E., Sheridan, L., & Freeve, A. (2002). The tool of stalking: The relationship between features stalking and psychopathology of victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 17, 50-63.

Carrion, V.G., Wong, S.S., & Kletter, H. (2013). Update in neuroimaging and cognitive functioning in maltreatment-related pediatric PTSD: Treatment implications. *Journal of Family Violence*, 28, 53-61.

Choi, J.Y., & Oh, K. J. (2013). The effects of multiple interpersonal traumas on psychological maladjustment of sexually abused children in Korea. *Journal of Traumatic Stress*, 26(1), 149-157.



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*.

Cohen, J. (2013). *Little flower, yoga for kids*, New Harbinger : Publications Inc. Oakland, CA 2013.

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.

Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2009). *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*. New York, NY: Guilford Press.

Finkelhor, D., Ormrod, R.K., & Turner, H.A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization *Child Abuse & Neglect*, 31, 7-26.

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.

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.

Mehrotra, S (in press). EMDR Therapy in Asia: Interventions and experiences. *Journal of EMDR Practice and Research*.

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

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., 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., Roque-Lopez, 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. (2014). Segundo Estudio de Investigación de la Aplicación del Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR a Niños Víctimas de Violencia Interpersonal Severa. *Revista Iberoamericana de Psicopatología y Disociación*, 6(1), 1-21. ISSN: 2007-8544.

Kim, E., Bae, H., & Park, Y. C. (2008). Validity of the subjective units of disturbance scale (SUDS) in EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1, 57–62.

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

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.

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

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

Nhat-Hanh, T. (2009), a. *Le jardin de mon Cœur*. Village de Pruniers Ed.

Nhat-Hanh, T. (2010), b. *Reconciliation, healing the inner child*. Parallax Press, CA.

Nooner, K.B., Mennes, M., Brown, S., Castellanos, F.X., Leventhal, B., Milham, M.P., & Colcombe, S.J. (2013). Relationship of trauma symptoms to amygdala-based functional brain changes in adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 26(6), 784-787.

Sack, M., Lempa, W., Steinmetz, A., Lamprecht, F., & Hoffmann, A. (2008). Alteration in autonomic tone during trauma exposure using eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)-results of a preliminary investigation. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(7), 1264–1271.

Salas, C. (2014). Aplicación del Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR a las Víctimas de un Alud en Angastaco-Argentina. *Revista Iberoamericana de Psicopatología 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.

Shapiro, F. (2011, September). *EMDR therapy update: Theory, research and practice*. Paper presented at the EMDR International Association Conference in Anaheim, CA.

Snel, E. (2013). *Tranquilos y atentos como una rana*. Editorial Kairós, Barcelona.

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.

Wamser-Nanney, R., & Vanderberg, B.R. (2013). Empirical support for the definition of a complex trauma event in children and adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 26(6), 671-678.

Weber, M., Killgore, W.D., Rosso, I.M., Britton, J.C., Schwab, Z.J., Weiner, M.R.,...Rauch, S.L. (2013). Voxel-based morphometric gray matter correlates of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 27:413-419.

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

Wilson, D. L., Silver, S. M., Covi, W. G., & Foster, S. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing: Effectiveness and autonomic correlates. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27(3), 219–229.

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.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.

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

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.