

Protocolo Individual de Terapia EMDR para uso de Paraprofesionales: Un Estudio Aleatorio Controlado con Auxiliadores

Ignacio Jarero

Carolina Amaya

Martha Givaudan

Alaide Miranda

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

El Protocolo Individual de Terapia de Reprocesamiento y Desensibilización a través del Movimiento Ocular para uso de Paraprofesionales en situaciones de trauma agudo (EMDR-PROPARGA), es parte de un proyecto desarrollado bajo la iniciativa de la Dra. Francine Shapiro. Este estudio aleatorio controlado investigó la efectividad del protocolo administrado por Terapeutas EMDR con experiencia. En el estudio participaron 39 auxiliadores traumatizados y en servicio activo, que fueron asignados al azar para recibir una sesión de 90 minutos, ya fuera del EMDR-PROPARGA o de Consejería de Apoyo. Los participantes tratados con el EMDR-PROPARGA mostraron beneficios inmediatos después del tratamiento; con un decremento de los puntajes de la Short PTSD Rating Interview (SPRINT), que continuó observándose hasta el segundo seguimiento a los tres meses. En comparación, los participantes que fueron tratados con Consejería de Apoyo, tuvieron un decremento no significativo después del tratamiento y un aumento en los puntajes del SPRINT en el segundo seguimiento. Las diferencias significativas entre los dos tratamientos proporcionan evidencia preliminar, que apoya la eficacia del EMDR-PROPARGA para reducir la severidad de los síntomas postraumáticos y en la mejoría subjetiva global. Se recomienda realizar mayor investigación controlada para evaluar de manera más extensa la eficacia de esta intervención.

Palabras clave: trauma agudo; intervención psicológica temprana; auxiliadores; apoyo de pares.

This is a modified translation of an article originally published as Jarero, I., Amaya, C., Givaudán, M., & Miranda, A. (2013). EMDR Individual Protocol for Paraprofessional Use: A Randomized Controlled Trial with First Responders. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(2), 55-64. Reprinted with Permission.

La salud mental y el bienestar del personal de servicios de emergencia (auxiliadores) es importante para el individuo, su familia, la organización y para la comunidad en general (Scully, 2011; Shakespeare-Finch, 2011). Las discapacidades por trastornos de salud mental en los auxiliadores son asociadas a altos costos, tanto para el sector público como para la persona y pueden afectar de manera negativa su servicio a las víctimas y a los pacientes (Kleim & Westphal, 2011).

En el contexto de este artículo, utilizamos el término “auxiliadores”, para referirnos a un grupo heterogéneo de profesionales bajo contrato o voluntarios, que otorgan servicios críticos en emergencias (ej. el personal de apoyo a pares en grandes organizaciones). Las ocupaciones de los auxiliadores a lo largo de la historia han sido: policías, operadoras de líneas de emergencia, bomberos, personal de rescate y búsqueda, personal de ambulancias y personal de salas de urgencias. Estos puestos se caracterizan por un alto nivel de demanda y por estar constantemente expuestos a estresores traumáticos tanto físicos como psicológicos (Peñalba, McGuire, & Leite, 2008).

La investigación ha mostrado que la exposición a estresores traumáticos aumenta la probabilidad de desarrollar el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), otros trastornos psiquiátricos y Burnout (Haugen, Evces, & Weiss, 2012). Los trastornos relacionados al trauma que se observan más frecuentemente en auxiliadores, son el trastorno depresivo mayor y trastornos relacionados con las drogas y el alcohol (Benedek, Fullerton, & Ursano, 2007). Los auxiliadores que no han recibido un entrenamiento especializado para el trabajo en situaciones de desastre, muestran tasas de prevalencia de TEPT más altas (Guo et al., 2004).

Clarificación de Términos para Situaciones de Trauma Agudo

- A. Síndrome de estrés agudo: Un evento traumático agudo que ocurrió hace pocos días y se representa por niveles significativos de una serie de agrupaciones de síntomas (ej. sobreexcitación, evitación, disociación e intrusión) que no han remitido por varios días.
- B. Evento reciente: Un evento traumático que ocurrió dentro de un período de 2 a 3 meses y en el que *los participantes han tenido un período de seguridad post-trauma*.
- C. Red de memoria por exposición al trauma acumulativo: eventos estresantes relacionados entre sí, que continúan por un período extendido de tiempo (normalmente por más de tres meses) y en los que el/la participante *no ha tenido un período de seguridad post-trauma*. Este tipo de situación traumática puede ocurrir en personal de organizaciones de alto riesgo (ej. militares y auxiliadores en servicio activo), en sobrevivientes de desastres naturales o provocados por el hombre, con inmigrantes ilegales, en crisis geopolíticas, etcétera.

Para Jarero y Uribe (2011, 2012), las situaciones de trauma agudo no se relacionan únicamente con un período de tiempo (días o meses), sino también con un *período de seguridad post-trauma*. Ellos han argumentado, que la falta del período de seguridad post-trauma, impide la consolidación en la memoria del incidente crítico original, debido a que el continuo de eventos estresantes con información similar (ej. emociones, sensaciones físicas), no le dan a la memoria traumática estado-dependiente (van der Kolk & van der Hart, 1991), suficiente tiempo para consolidarse en un todo integrado. Por lo tanto, la red de memoria permanece en un estado de excitación continua, sensibilizándose y expandiéndose con cada evento estresante subsecuente en este continuo; tal como el efecto de las ondas concéntricas que produce una roca que cae en el centro de un lago. Con el riesgo de TEPT y trastornos comórbidos creciendo con el número de exposiciones.

Tratamiento de Auxiliadores Traumatizados

En áreas con pobre o inexistente cuidado profesional del trauma psicológico (ej. países en desarrollo), los auxiliadores que están expuestos en su ambiente laboral a trauma primario o secundario (desgaste profesional por empatía; Figley, 1995) y que tienen dificultad para recuperarse con el tiempo o después de una intervención en crisis; pueden beneficiarse al recibir un tratamiento de intervención temprana proporcionado por sus pares (colegas).

De acuerdo con Creamer et al. (2012):

“La razón para proveer programas de apoyo entre pares, frecuentemente incluye el objetivo de cumplir con el deber legal y moral del cuidado de los empleados, así como, el de enfrentar las múltiples barreras para tener acceso a los cuidados estándar. Barreras como el estigma, la falta de tiempo, deficiente acceso a los proveedores de servicios, la falta de confianza y el temor o las repercusiones laborales” (p.134).

Intervenciones Agudas

Se considera que la intervención temprana puede prevenir perturbación psicológica posterior o morbilidad psicológica a largo plazo (Scully, 2011). Existe una considerable controversia sobre qué tipo de intervención debe ser ofrecida después de la exposición a un evento traumático; así como, en qué momento y a quién (Roberts, Kitchiner, Kenardy, & Bisson, 2010).

Los expertos (ej., Bisson, Roberts, & Macho, 2003; Brewin et al., 2008), sostienen que las intervenciones deben dirigirse a aquellos que se encuentran en mayor riesgo de experimentar problemas psicológicos persistentes, después de la exposición a eventos potencialmente traumáticos.

Varios autores utilizan diferente vocabulario y términos en sus discusiones sobre los síndromes de estrés agudo y su tratamiento.

Intervención en Crisis es el término que utilizan Everly y Mitchell (2008) para describir el “cuidado psicológico o conductual urgente, diseñado para primero estabilizar y después reducir los síntomas de la perturbación o disfunción; así como, para alcanzar un estado de funcionamiento adaptativo, o facilitar el acceso al continuo de cuidados cuando es necesario” (p.8).

Ellos proponen que los objetivos de la intervención en crisis son: a) la estabilización del funcionamiento psicológico, cubriendo primero las necesidades físicas básicas y posteriormente las necesidades psicológicas básicas; b) mitigar la perturbación psicológica disfuncional; c) regresar a un funcionamiento psicológico adaptativo en la fase aguda; y/o facilitar el acceso al siguiente nivel de cuidados.

Intervenciones Psicológicas Tempranas es el término que utilizan Roberts et al. (2010) para las intervenciones que inician dentro de los 3 primeros meses después de un evento traumático, con el propósito principal de prevenir el desarrollo de TEPT o perturbaciones en curso, en aquellos con síntomas de estrés traumático, con Trastorno por Estrés Agudo (TEA), o que están en riesgo de sufrir TEPT o algún otro trastorno.

Otros autores (ej., Kehle et al., 2010) hablan de *tratamiento temprano de salud mental*, el cual se refiere a una intervención que incluye la psicoterapia y el tratamiento psicofarmacológico. Además, el Departamento de Asuntos de Veteranos y el Departamento de Defensa de los Estados Unidos (Department of Veterans Affairs and Department of Defense, VA/DoD, 2010), nombraron *manejo del estrés postraumático* a todas las intervenciones para estrés postraumático, para la reacción de estrés agudo (REA), el TEA y el TEPT agudo y crónico (Ver las Guías de tratamiento de VA/DoD [2010] para conocer las intervenciones actuales recomendadas y sus limitaciones).

Como se puede observar en estos ejemplos, la palabra *intervención* puede referirse a un amplio rango de actividades, que van desde abordar las necesidades psicológicas inmediatas hasta la terapia psicofarmacológica.

Varios estudios han aplicado un abordaje de tamizaje y tratamiento después de varios eventos traumáticos, con el objetivo de identificar sistemáticamente a aquellos que han desarrollado síntomas postraumáticos agudos y proporcionarles un tratamiento temprano (Brewin et al., 2008).

Las VA/DoD's (2010) *Clinical Practice Guidelines for Management of Post-Traumatic Stress*, mencionan que la identificación temprana del TEPT y la referencia rápida para recibir tratamiento, puede aminorar el sufrimiento y reducir la severidad de la discapacidad funcional.

Se recomiendan intervenciones tempranas breves para los pacientes con niveles significativos de síntomas tempranos; así como, para aquellos que se encuentran incapacitados por síntomas agudos psicológicos o físicos.

Actualmente se utilizan diferentes abordajes para tratar el trauma en los Auxiliadores (ej., psicoeducación, manejo del estrés en incidentes críticos, Terapia Cognitivo Conductual (TCC), Terapia EMDR). Haugen et al. (2012), concluyeron que la literatura sobre el tratamiento del TEPT en Auxiliadores, era insuficiente para hacer recomendaciones basadas en la evidencia; ellos recomiendan llevar a cabo Estudios Aleatorios Controlados (Randomized Control Trials; RCTs, por sus siglas en inglés) empenado tratamientos como el EMDR.

La promoción de la salud mental positiva y del bienestar psicológico en el entorno laboral, se ha reconocido como una prioridad de investigación global (ej., Organización Mundial de la Salud, [OMS], 2002).

La Terapia EMDR, los Auxiliadores y la Intervención Temprana con Terapia EMDR

La Terapia EMDR es un abordaje terapéutico integrativo, que consta de 8 fases, guiado por el Modelo de Procesamiento de la Información a Estados Adaptativos (Adaptive Information Processing [AIP]; F. Shapiro, 2001). En esta psicoterapia integrativa, las memorias almacenadas de manera disfuncional, son consideradas la base primaria de la patología clínica no causada por déficits orgánicos (F. Shapiro, 1989, 2001, 2007).

Se plantea que el procesamiento de estas memorias lleva a la resolución, a través de la reconsolidación y la asimilación dentro de redes de memorias adaptativas más amplias (Oren & Solomon, 2012). La Terapia EMDR ha resultado eficaz para el tratamiento del TEPT (American Psychiatric Association, 2004; Bisson & Andrew, 2007) y también es aplicable a una amplia variedad de dolencias clínicas basadas en experiencias perturbadoras de vida (F. Shapiro, 2001; Solomon & Shapiro, 2008). Las VA/DoD (2010) designaron a la Terapia EMDR como un tratamiento nivel “A”, correspondiendo este nivel a “fuerte recomendación para su aplicación por los clínicos en pacientes elegibles” (p. 6).

La revisión de la literatura sobre el tratamiento del TEPT crónico en auxiliadores, arrojó la existencia de estudios de caso publicados, que utilizaron la Terapia EMDR con policías (Keenan & Royle, 2007; Spates & Burnette, 1995) y bomberos (Kitchiner, 2004). Además de un Estudio Aleatorio Controlado con 62 oficiales de policía, en el que se comparó la Terapia EMDR con un programa tradicional de manejo de estrés (Wilson, Tinker, Becker, & Logan, 2001).

La experiencia clínica y el trabajo en campo realizando intervención temprana con Terapia EMDR (EMDR Early Intervention-EEI) es extensa (Maxfield, 2008). Los resultados de estudios publicados, indican que las intervenciones tempranas con terapia EMDR, son breves, con efectos de tratamiento rápidos y que pueden ser utilizadas en campo o en situaciones de emergencia.

Existe un cuerpo de investigación, que apoya el uso de protocolos de Terapia EMDR, modificados para tratar el trauma agudo, ya sea en formato individual o grupal (Jarero, Artigas, & Luber, 2011; E. Shapiro, 2012). La razón principal para las modificaciones, es que la consolidación de la memoria parece cambiar en las semanas o meses posteriores a un incidente crítico (F. Shapiro, 2001). Ver E. Shapiro (2012), para conocer más sobre los avances generales en el campo de la intervención psicológica temprana después del trauma, y el lugar de la Terapia EMDR en particular.

Jarero et al. (2011) han argumentado, que la intervención temprana con Terapia EMDR, tiene un lugar natural en la intervención en crisis y en el continuo de cuidados de salud mental en desastres, y puede ser clave en la intervención temprana como una modalidad de tratamiento breve. Los autores de este artículo, recomiendan que la aplicación de las intervenciones en la fase aguda, se lleven a cabo conforme se vayan presentando las fases de recuperación y con la evaluación de las necesidades de los sobrevivientes en cada momento (Solomon, 2008).

El Protocolo Individual de Terapia EMDR para uso de Paraprofesionales en Situaciones de Trauma Agudo

Antecedentes

El Protocolo Individual de Terapia EMDR para uso de Paraprofesionales en Situaciones de Trauma Agudo (EMDR-PROPARA), es parte de un proyecto desarrollado bajo la iniciativa de la Dra. Francine Shapiro (comunicación personal, Junio de 2012).

Hemos reconocido que los países en desarrollo, comúnmente carecen de recursos profesionales, para responder adecuadamente a eventos traumáticos de gran magnitud; y que la atención psicológica profesional del trauma puede ser pobre o inexistente. Sin embargo, estos países con frecuencia tienen una estructura de paraprofesionales entrenados, que son los responsables de aplicar intervenciones y tratamiento. Existen antecedentes de intervenciones de TCC exitosamente aplicada por paraprofesionales (no profesionales de salud mental), con resultados comparables con profesionales (ej., Hepner et al., 2012; Montgomery, Kunik, Wilson, Stanley, & Weiss, 2010).

En consecuencia, el primer autor (IJ) desarrolló un programa especial de entrenamiento, denominado ITEA por sus siglas en español, para enseñar a paraprofesionales especialmente seleccionados, entrenados y supervisados; cómo aplicar a sus pares (colegas) protocolos de Terapia EMDR (en formatos grupal e individual) en situaciones de trauma agudo.

El entrenamiento inicia con un mensaje de la Dra. Francine Shapiro enfatizando la seguridad de los pacientes, el cual es transmitido por los entrenadores del taller (Entrenadores de Entrenadores del Instituto de EMDR). La Dra. Shapiro alienta a los paraprofesionales, a poner especial atención en la fidelidad del tratamiento y en el rigor en la investigación; de tal forma, que los datos puedan ser recolectados de manera sistemática y evaluados científicamente, para así poder obtener información significativa.

Para el formato grupal, se seleccionó el Protocolo Grupal e Integrativo de Terapia EMDR (Artigas, Jarero, Alcalá, & López-Cano, 2009). Este protocolo ha sido utilizado en numerosos sitios alrededor del mundo en su formato original o con adaptaciones para adecuarse a las circunstancias (Gelbach & Davis, 2007; Maxfield, 2008). Un resumen de este protocolo se encuentra en la publicación de Jarero y Artigas (2012) y en el Volumen 2, Número 2, de la Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación (revibapst.com).

Para el formato individual, fue desarrollado el EMDR-PROPARGA por el primer autor (IJ). Para asegurar que el protocolo tuviera validez ecológica (aceptabilidad en el mundo real; Brewer, 2000), la fuerza de tarea de la Fundación Latinoamericana y del Caribe para la Investigación del Trauma Psicológico, condujo una evaluación de campo en Estados Unidos, México, Centroamérica, Sudamérica y España. El tratamiento se aplicó a diferentes poblaciones en fase de trauma agudo: personal militar y auxiliares en servicio activo, civiles (víctimas de secuestro) e inmigrantes ilegales.

El EMDR-PROPARGA, es una adaptación para uso de paraprofesionales del Protocolo de Terapia EMDR para Incidentes Críticos Recientes (EMDR-PRECI). Éste último, es una modificación del Protocolo para Eventos Traumáticos Recientes de F. Shapiro (2001). El EMDR-PRECI se aplica en un formato de tratamiento individual, a pacientes que sufren trauma en curso reciente. Fue desarrollado en campo para tratar incidentes críticos, en los que eventos estresantes relacionados entre sí, continúan por un período extendido de tiempo y donde no existe un período de seguridad post-trauma para la consolidación de la memoria (ver Jarero et al., 2011 para una descripción detallada del Protocolo).

Existe evidencia preliminar apoyando la eficacia del EMDR – PRECI en la reducción de los síntomas del estrés postraumático en adultos y en el mantenimiento de los efectos positivos; a pesar de estar expuestos a amenazas y peligros, en un contexto del continuo de cuidados en salud mental post-desastre.

El EMDR-PRECI se evaluó en un estudio realizado por Jarero et al. (2011) en el que se compararon dos grupos de tratamiento, uno inmediato y otro demorado; con 18 adultos que habían sido traumatizados por un terremoto reciente de magnitud 7.2, que ocurrió en Baja California Norte, México. Los resultados mostraron que una sesión (con una duración de 80 a 130 minutos) del EMDR-PRECI, produjo una mejoría significativa en los síntomas del estrés postraumático, tanto para el grupo de atención inmediata como para el grupo de atención demorada. Los resultados se mantuvieron en el seguimiento que se realizó 12 semanas después.

Un estudio de campo aplicando el EMDR-PRECI, investigó los efectos de la intervención temprana con auxiliadores traumatizados (agentes judiciales y personal forense), que trabajaban en una situación de masacre humana, bajo estresores extremos y en donde no había un período de seguridad post-trauma para la consolidación de la memoria (Jarero & Uribe, 2011, 2012). Los resultados mostraron la reducción de los puntajes en las medidas de auto-evaluación de estrés postraumático y de síntomas de TEPT; proporcionando evidencia, que apoya el punto de vista de que la Terapia EMDR, puede ser utilizada efectivamente como una intervención temprana para auxiliadores traumatizados. Parece ser que el EMDR-PRECI ayudó a prevenir el desarrollo del TEPT crónico y a incrementar la resiliencia psicológica y emocional de las y los auxiliadores.

El Desarrollo del EMDR-PROPARGA.

Norris, Baker y Perilla (2004) hacen un llamado para “intervenciones tempranas y permanentes que proporcionen cuidados de salud mental a víctimas de desastres, buscando que sean culturalmente apropiadas y viables para lugares que tienen pocos profesionales de salud mental a quién recurrir” (pp. 290-291).

El EMDR-PROPARGA fue diseñado para ser utilizado por paraprofesionales. Tiene el objetivo de reducir la severidad de los síntomas del estrés postraumático, así como los síntomas de las perturbaciones somáticas, del afrontamiento al estrés y de la disfunción laboral, familiar y social. Fue diseñado específicamente para abordar las tres manifestaciones clínicas, que se presentan comúnmente en aquellas personas que tienen problemas para recuperarse de situaciones de trauma agudo: a) Variantes abajo del umbral de TEA o TEPT agudo, b) discapacidad funcional y/o disfunción social y c) síntomas subclínicos de estrés traumático que afectan la calidad de vida.

Estas manifestaciones clínicas se pueden desarrollar a lo largo del tiempo o después de intervenciones tempranas (ej. después de que se han cubierto las necesidades físicas inmediatas, el apoyo social y espiritual, la psicoeducación, la normalización y primeros auxilios psicológicos). Basándose en la experiencia clínica y de trabajo en campo de los autores, se piensa que estas manifestaciones clínicas pueden derivarse de las tres situaciones de trauma agudo mencionadas al principio de este artículo: síndrome de estrés agudo, evento reciente y red de memoria por exposición al trauma acumulativo.

Debido a que la aplicación de protocolos de Terapia EMDR por paraprofesionales es una nueva modalidad, los autores consideran que el seguimiento después de la intervención con el protocolo EMDR-PROPARGA, es primordial para determinar el estado del paciente. Nosotros recomendamos la utilización de una lista de chequeo validada y de auto-aplicación (ej. SPRINT) para asegurar un análisis sistematizado, estandarizado y eficiente de los síntomas del paciente y de la historia de exposición al trauma.

El uso continuo y rutinario de estas listas de chequeo, permite tener una evaluación de la respuesta al tratamiento y del progreso del paciente (VA/DoD, 2010). La calidad de los cuidados que proveen los paraprofesionales y los mismos paraprofesionales, deben de ser cuidadosamente monitoreados a través de supervisiones en un contexto positivo y no crítico.

Los pacientes que no mejoran o aquellos que por el contrario empeoran, deben ser referidos para recibir psicoterapia basada en la evidencia (ej. Terapia EMDR o TCC- focalizada en el trauma). En las áreas en las que no existe o es muy escaso el cuidado psicológico profesional, se debe considerar el uso de algún tratamiento auxiliar con modalidades alternativas de cuidados; tales como, medicina alternativa complementaria con tratamientos mente-cuerpo (ej. acupuntura, meditación, yoga, relajación). Que además, sean consistentes con los recursos disponibles y acordes al sistema de creencias del paciente (Strauss & Lang, 2012).

Método

La Comisión Evaluadora de la Fundación Latinoamericana y del Caribe para la Investigación del Trauma Psicológico aprobó el protocolo de investigación. Todos los participantes dieron su consentimiento informado por escrito antes de iniciar el protocolo. El propósito de la investigación fue el de evaluar la efectividad del EMDR-PROPARGA, como una intervención para eventos traumáticos recientes. Consiguientemente, durante la evaluación y el tratamiento, a todos los participantes se les pidió que se enfocaran en la peor experiencia de trabajo que hubieran vivido en los últimos tres meses. Para medir el impacto del EMDR-PROPARGA, se llevó a cabo un diseño pre-post-seguimiento, en el que se comparó el EMDR-PROPARGA con Consejería de Apoyo. Cuatro mediciones permitieron explorar los efectos del tratamiento de forma extensa.

Participantes

Participaron voluntariamente 39 auxiliares en servicio activo (20 hombres y 19 mujeres) del estado de Sonora, México. Fueron reclutados: paramédicos de la Cruz Roja ($n = 15$), operadoras de líneas de emergencia ($n = 15$) y bomberos ($n = 9$). Los participantes se dividieron aleatoriamente para recibir Consejería de Apoyo ($n = 20$) o el EMDR-PROPARGA ($n = 19$).

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: a) ser auxiliares, b) estar en servicio activo, c) tener edades entre los 18 y 60 años. Los criterios de exclusión fueron: a) tener ideaciones suicidas actuales; b) diagnóstico de trastorno psicótico o bipolar, trastorno mental orgánico o abuso de sustancias; c) ideaciones homicidas actuales y d) deterioro cognitivo significativo. Todos los participantes continuaron en servicio activo durante la realización del estudio. Su participación en el tratamiento no fue obligatoria por parte de sus empleadores y no existieron deserciones.

Medidas

El SPRINT 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 al estrés y del deterioro social, familiar y laboral.

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 las puntuaciones de 6 o menos, 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 clasificación de la severidad. Esta escala fue traducida de inglés al español y de español al inglés, revisada, 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 en el total de la puntuación. 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, tenía un 95% de sensibilidad para detectar el TEPT y un 96% de especificidad para descartarlo, con una precisión global de asignación correcta del 96% (Connor & Davidson, 2001).

Procedimiento

El reclutamiento se llevó a cabo del 6 al 30 de agosto de 2012. Este consistió en un proceso de dos fases:

- a) Los investigadores se reunieron con los posibles participantes en sus Instituciones y les explicaron el estudio con los criterios de inclusión y exclusión.
- b) Se obtuvieron los consentimientos informados escritos de los voluntarios y se recolectó la información demográfica.

Los participantes fueron evaluados con el SPRINT antes del tratamiento (Tiempo 1), después del tratamiento (Tiempo 2), en un primer seguimiento un mes después del tratamiento (Tiempo 3) y en un segundo seguimiento tres meses después del tratamiento (Tiempo 4). Todas las evaluaciones post-tratamiento y de seguimiento fueron aplicadas por profesionales neutrales (“blind-ciegos”) al estatus de tratamiento del grupo.

Tratamiento

Los participantes fueron divididos aleatoriamente en dos grupos: Consejería de Apoyo ($n = 20$) y EMDR –PROPARGA ($n = 19$). Cada grupo recibió dos sesiones individuales de 1.5 horas, aplicada por uno de los cuatro terapeutas EMDR que trabajaron en este estudio (un Entrenador de Entrenadores EMDR, un Supervisor Certificado de EMDR y dos Terapeutas EMDR Certificados). Cada terapeuta EMDR fue capacitado en el EMDR-PROPARGA por el primer autor (IJ). La adherencia al tratamiento se facilitó por un cumplimiento estricto de los protocolos de terapia.

EMDR-PROPARGA

El EMDR-PROPARGA consiste en las siguientes fases:

1. Preparación del lugar de trabajo.
2. Historia: a) Recolección de la información demográfica; b) preguntar sobre el incidente crítico; c) evaluación de los síntomas físicos, mentales, emocionales y conductuales; y d) administración del instrumento.
3. Preparación del participante: técnicas de auto-modulación de afectos.
4. Facilitación del procesamiento de la memoria traumática: a) evaluación de la memoria traumática; b) desensibilización; c) instalación/ incremento de la creencia positiva y d) escaneo corporal.
5. Cierre de la sesión.
6. Información sobre el manejo del estrés.
7. Reevaluación: a) evaluación de la sesión anterior y b) reinicio de sesión.
8. Reevaluación antes de finalizar del tratamiento: a) estímulo presente; b) patrón a futuro; c) resolución del síntoma; d) crecimiento postraumático; e) aplicación del instrumento.

La principal diferencia entre el EMDR-PRECI y el EMDR-PROPARGA es la estimulación bilateral (EBL) durante el procesamiento de la memoria traumática. En el EMDR-PRECI, los movimientos oculares son la primera opción de estimulación bilateral. En el EMDR-PROPARGA, el Abrazo de la Mariposa (AM) es el único método que se utiliza.

Artigas y Jarero (2014), piensan que el control que tienen los pacientes sobre su estimulación bilateral al utilizar el Abrazo de la Mariposa, puede ser un factor de empoderamiento, que ayuda a que mantengan la sensación de seguridad, mientras que procesan sus memorias traumáticas.

La hipótesis de los autores, es que durante la estimulación bilateral con el Abrazo de la Mariposa, el Sistema de Procesamiento de la Información a Estados Adaptativos (AIP, por sus siglas en inglés: Shapiro, 2001), está regulando la estimulación para mantener a los pacientes en su ventana de tolerancia (Corrigan, Fisher, & Nutt, 2011), permitiendo un reprocesamiento apropiado.

De acuerdo con Shapiro, el sistema de procesamiento de información intrínseco y las propias redes de memoria asociativa del paciente, son los medios más efectivos y eficientes para alcanzar efectos clínicos óptimos.

Consejería de Apoyo

Las sesiones de Consejería de Apoyo incluyeron educación acerca del trauma, el desarrollo de habilidades de resolución de problemas y una actitud de apoyo incondicional por parte de la terapeuta. La Consejería de Apoyo específicamente evita la exposición a las memorias traumáticas o técnicas para el manejo del estrés. Ésta intervención psicológica se seleccionó como comparación, debido a que se ha utilizado de manera repetida en estudios aleatorios controlados, para evaluar la eficacia de la TCC focalizada en el trauma, como una intervención psicológica temprana, para el tratamiento de los síntomas del estrés traumático agudo (ej., Bryant, Harvey, Sackville, Dang, & Basten, 1998; Bryant, Sackville, Dang, Moulds, & Guthrie, 1999; Foa, Rothbaum, Riggs, & Murdock, 1991; Roberts et al., 2010).

Análisis Estadístico

Dado el diseño del estudio, se utilizó un Modelo General Linear de Medidas Repetidas (MGL) para evaluar los efectos del EMDR-PROPARGA en los puntajes obtenidos en el SPRINT. Las dos principales razones para utilizar medidas repetidas fueron: a) incrementar la potencia estadística y b) conocer los efectos del tratamiento a lo largo del tiempo. Además del Modelo General Linear, se realizaron pruebas *t* para comparar los puntajes en cada tiempo de medición.

Resultados

Los datos muestran claros efectos del EMDR-PROPARGA en la reducción de síntomas de estrés postraumático y en el mantenimiento de un decremento continuo, a pesar de la exposición permanente a eventos estresantes similares, relacionados con sus labores cotidianas. Los participantes fueron evaluados con el SPRINT en cuatro ocasiones: Línea de base (Tiempo 1), post-tratamiento (Tiempo 2), seguimiento después de un mes del tratamiento (Tiempo 3), y seguimiento a los tres meses después del tratamiento (Tiempo 4). La Figura 1 muestra una diferencia global significativa entre la Consejería de Apoyo y el EMDR-PROPARGA. La Tabla 1 muestra los puntajes de las medias y las desviaciones estándar para ambos grupos en los cuatro tiempos.

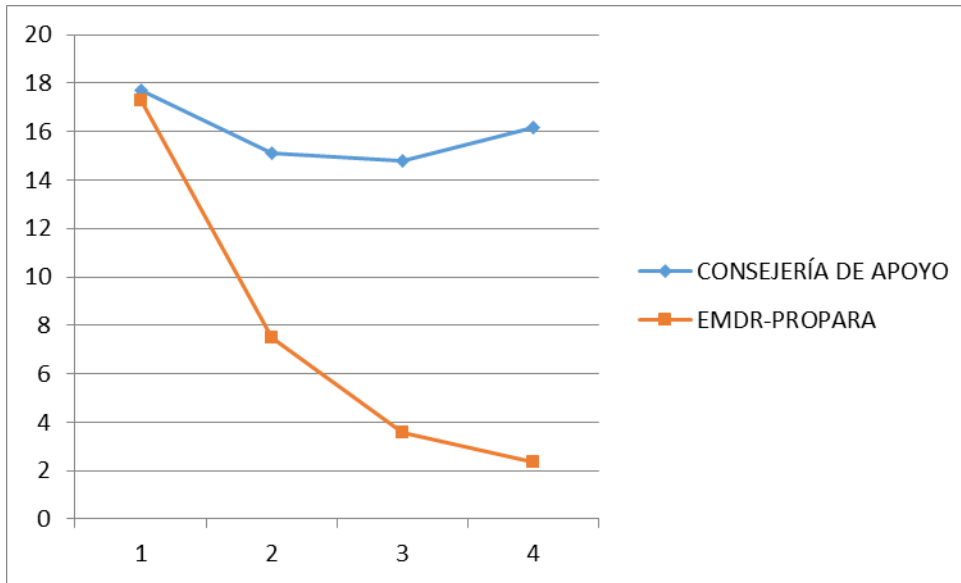


Figura 1. Puntajes de la Media del SPRINT. Tiempo 1=Línea de Base. Tiempo 2=Post-tratamiento. Tiempo 3=Seguimiento a 1 mes. Tiempo 4= Seguimiento a 3 meses.

Tiempo	Medias y Desviaciones Estándar (SD)		Comparación Estadística	
	Consejería de Apoyo (N=20)	EMDR-PROPARGA (N=19)	t(37)	p
Línea de Base	17.70 (4.94)	17.26 (4.41)	.299	.767
Post-tratamiento	15.10 (4.59)	7.47 (2.54)	6.35	.001
Primer Seguimiento	14.80 (5.34)	3.58 (1.61)	8.77	.001
Segundo Seguimiento	16.15 (3.92)	2.36 (.83)	14.98	.001

Tabla 1. Medias, Desviaciones estándar (SD) y Comparación Estadística de los Puntajes del SPRINT.

Equivalencia de los Grupos en la Línea de Base

La media (promedio) y la desviación estándar (SD, por sus siglas en inglés) de los puntajes del SPRINT por participante fue la siguiente: EMDR-PROPARGA: $X_2 = 17.26$, $SD = 4.13$; Consejería de Apoyo: $X_2 = 17.70$, $SD = 4.93$. Lo que sitúa a los grupos en un rango moderado y más alto que el punto de corte para TEPT, que es de 14 (Ver Tabla 1). No existieron diferencias significativas en los puntajes obtenidos en la línea de base entre los dos grupos de tratamiento, $t(37) = 0.299$, $p = .76$.

Efectos del Tratamiento a lo Largo del Tiempo

Los resultados de las medidas repetidas del Modelo General Linear, mostraron una diferencia global significativa a lo largo del tiempo, entre el grupo tratado con Consejería de Apoyo y el grupo tratado con el EMDR-PROPARGA, $F(1, 35) = 138.97$, $p = .001$. Estos resultados confirman los efectos principales de grupo y los efectos principales a lo largo del tiempo en las cuatro mediciones.

Los efectos entre-sujetos de ambos grupos, mostraron diferencias entre el grupo tratado con Consejería de Apoyo y el grupo tratado con EMDR-PROPARGA, $F(1, 35) = 92.29$, $p = .001$. La interacción entre sexo y grupo no mostró diferencias significativas $F(1, 35) = 1.260$, $p = .269$. Esto indica que las mujeres y los hombres tienen los mismos patrones de respuesta. Las comparaciones inter-sujetos de cada grupo, demostraron una interacción significativa entre el tiempo y el grupo, $F(1, 35) = 524.87$, $p = .001$. Este efecto puede ser observado en la Figura 1, la cual ilustra un decremento consistente en los puntajes de las medias en el grupo tratado con el EMDR-PROPARGA.

Efectos del Tratamiento a Corto Plazo

Se realizó una prueba t para muestras independientes con el objetivo de comparar los puntajes del SPRINT en el post-tratamiento para ambos grupos. Los puntajes del SPRINT para el grupo tratado con el EMDR-PROPARGA, fueron significativamente menores que para el grupo tratado con Consejería de Apoyo $t(37) = 6.35$, $p = .001$ (ver Tabla 1). Estos resultados muestran la efectividad inmediata del EMDR-PROPARGA.

Mantenimiento de los Efectos del Tratamiento

Se compararon con un análisis estadístico, utilizando la prueba t para muestras independientes, los puntajes obtenidos en el SPRINT para ambos grupos, en las dos evaluaciones de seguimiento (ver Tabla 1). En cada ocasión, las medias del grupo tratado con el EMDR-PROPARGA, fueron significativamente menores que las del grupo tratado con Consejería de Apoyo, como era de esperarse.

Mejoría Subjetiva Global

El SPRINT contiene dos reactivos para medir la mejoría global. El reactivo 1 evalúa el porcentaje de cambio con la pregunta: ¿Cuánto mejor se ha sentido desde que inició el tratamiento? En un porcentaje del 0 al 100. Y el reactivo 2 evalúa el nivel de severidad del síntoma con la pregunta: ¿Cuánto han mejorado los síntomas mencionados arriba desde que inició el tratamiento? Los participantes deben responder de acuerdo a una escala Likert de 5 puntos (en la que: 1 = empeoraron, 2 = sin cambio, 3 = mínimamente, 4 = mucho, 5 = muchísimo).

En el seguimiento, la media de las respuestas obtenidas en el reactivo 1 para el grupo tratado con EMDR-PROPARGA, fue de 91%; y en el reactivo 2, la media de las respuestas fue *muchísimo*. Estos resultados muestran una mejoría subjetiva global para este grupo. Por el contrario, la media de respuestas obtenidas en el reactivo 1 para el grupo tratado con Consejería de Apoyo, fue de 63%; y en el reactivo 2, la media de respuestas fue *mínimamente*.

Discusión

El presente estudio investigó la efectividad del EMDR-PROPARGA –un protocolo de tratamiento individual diseñado para uso de paraprofesionales en situaciones de trauma agudo. Los participantes del grupo tratado con el EMDR-PROPARGA mostraron beneficios inmediatos después del tratamiento, con los puntajes del SPRINT disminuyendo hasta el segundo seguimiento, que se llevo a cabo 3 meses después del tratamiento.

En comparación, el grupo control tratado con Consejería de Apoyo, mostró una disminución no significativa después del tratamiento y un incremento en los puntajes del SPRINT en el segundo seguimiento. Los resultados proporcionan evidencia preliminar que apoya la efectividad del EMDR-PROPARGA en la reducción de la severidad de los síntomas postraumáticos y la mejoría subjetiva global.

En la medición de la línea de base, el puntaje promedio para ambos grupos de tratamiento, fue mayor de 14 – puntaje considerado como de corte para diagnosticar TEPT. Los puntajes para el grupo tratado con Consejería de Apoyo, a lo largo de las cuatro mediciones, nunca disminuyeron a menos de 14; mientras que para el grupo tratado con el EMDR-PROPARGA, el puntaje promedio en la evaluación del post-tratamiento fue de 7.47.

La información recolectada durante las mediciones de los seguimientos, confirmó que los participantes de ambos grupos, continuaron con sus actividades laborales de la misma manera en que lo hacían antes del tratamiento. No se reportaron cambios relevantes en las condiciones de vida de los participantes. Por lo tanto, los resultados del estudio no se pueden atribuir al entorno laboral o a cualquier otro evento estresante.

En ninguno de los grupos se encontraron problemas psicológicos preexistentes o algún otro factor de riesgo, que los hiciera más vulnerables a desarrollar TEPT y que pudiera explicar las diferencias entre los grupos.

Efectos a Largo Plazo en el Trauma y Beneficios del Tratamiento

Las diferencias entre el grupo tratado con el EMDR-PROPARGA y el grupo tratado con Consejería de Apoyo, se presentaron inmediatamente después de la sesión de tratamiento y se mantuvieron a lo largo del estudio. Este patrón es consistente, con investigaciones que han estudiado los efectos longitudinales de la Terapia EMDR, en sujetos que se encuentran expuestos permanentemente a eventos estresantes, por sus condiciones laborales (Jarero & Uribe, 2012) y que; por lo tanto, son más susceptibles a desarrollar TEPT (Orcutt, Erickson, & Wolfe, 2004).

La intervención con el EMDR-PROPARGA puede ser un factor clave para proteger a los auxiliadores de desarrollar psicopatología, al proveer un tratamiento breve que reduce efectivamente los síntomas agudos. De esta forma, ya no serían necesarios tratamientos más intensivos o difíciles de acceder, como terapia de exposición prolongada o medicamentos.

En situaciones en las que el número de víctimas que sufren de trauma es alto y el número de terapeutas experimentados en el tratamiento del trauma es limitado, el EMDR-PROPARGA puede funcionar también como sistema de tamizaje, permitiendo que los esfuerzos de una terapia más intensiva, se dirijan únicamente a los pacientes resistentes, que son más susceptibles a estar en riesgo de padecer síndromes crónicos.

Considerando que en tiempos de crisis, la comunidad depende del servicio de los Auxiliadores, es de primordial importancia la investigación acerca del trauma en esta población. Nosotros concordamos con Robert et al. (2010), quien recomienda mayor investigación, para identificar las maneras más efectivas de proveer apoyo psicológico en las etapas tempranas después de un evento traumático.

Agradecimientos. A la Dra. Francine Shapiro por su guía y apoyo invaluable. A los miembros de la fuerza de trabajo que probaron en campo la validez ecológica del protocolo: Carolina Amaya, María Alicia Cavazos, Martha Givaudán, Cristina Jarero, Alaide Miranda, Shaila Romero, Susana Uribe, y Dinorah Villalobos. A Carolina Amaya y Mónica Ponzanelly por las encuestas a paramédicos y oficiales de policía, y a Cristina Jarero por su ayuda en la revisión al inglés.

Referencias.

American Psychiatric Association. (2004). *Practice guidelines for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Arlington, VA: Author.

Artigas, L., & Jarero, I. (2014). The butterfly hug. In M. Luber (Ed.), *Implementing EMDR early mental health interventions for man-made and natural disasters: Models, scripted protocols and summary sheets*. New York, NY: Springer.

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.

Benedek, D. M., Fullerton, C., & Ursano, R. J. (2007). First responders: Mental health consequences of natural and human-made disasters for public health and public safety workers. *Annual Review of Psychology*, 28, 55–68.

Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18(3), CD003388. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub3>

Bisson, J. I., Roberts, N., & Macho, G. S. (2003). Service innovations: The Cardiff traumatic stress initiative: An evidence based approach to early psychological intervention following traumatic events. *Psychiatric Bulletin*, 27(4), 145–147.

Brewer, M. B. (2000). Research design and issues of validity. In H. T. Reis & C. M. Juss (Eds.), *Handbook of research methods in social and personality psychology* (pp. 3–15). Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.

Brewin, C. R., Scragg, P., Robertson, M., Thompson, M., d'Ardenne, P., & Ehlers, A. (2008). Promoting mental health following the London bombings: A screen and treat approach. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 3–8.

Bryant, R. A., Harvey, A. G., Sackville, T., Dang, S. T., & Basten, C. (1998). Treatment of acute stress disorder: A comparison of cognitive behavioral therapy and supportive counseling. *Journal Consult Clinical Psychology*, 66, 862–866.

Bryant, R. A., Sackville, T., Dang, S. T., Moulds, M., & Guthrie, R. (1999). Treating acute stress disorder: An evaluation of cognitive behavioral therapy and supportive counseling techniques. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1780–1786.

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.

Corrigan, F. M., Fisher, J. J., & Nutt, D. J. (2011). Autonomic dysregulation and the Window of Tolerance model of the effects of complex emotional trauma. *Journal of Psychopharmacology*, 25(1), 17–25.

Creamer, M. C., Varker, T., Bisson, J., Darte, K., Greenberg, N., Lau, W., . . . Forbes, D. (2012). Guidelines for peer support in high-risk organizations: An international consensus study using the Delphi method. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 134–141.

Everly, G. S., Jr., & Mitchell, J. T. (2008). *Integrative crisis intervention and disaster mental health*. Ellicott City, MD: Chevron.

Figley, C. E. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary stress in those who treat the traumatized*. New York, NY: Brunner/Mazel.

Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S., & Murdock, T. B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal Consult Clinical Psychology*, 59, 715–723.

Gelbach, R., & Davis, K. (2007). Disaster response: EMDR and family systems therapy under community wide 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.

Guo, U., Chen, C., Lu, M., Tan, H. K., Lee, H., & Wang, T. (2004). Posttraumatic stress disorder among professional and nonprofessional rescuers involved in an earthquake in Taiwan. *Psychiatry Research*, 127, 35–41.

Haugen, P. T., Evces, M., & Weiss, D. S. (2012). Treating posttraumatic stress disorder in first responders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 32, 370–380.

Hepner, K. A., Miranda, J., Woo, S., Watkins, K. E., Lagomasino, I., Wiseman, S. H., & Munoz, R. F. (2012). *Building recovery by improving goals, habits, and thoughts (BRIGHT): A group cognitive behavioral therapy for depression in clients with co-occurring alcohol and drug use problems. Group member's workbook*. Santa Monica, CA: RAND Corporation. Retrieved from http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR977z2

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., & Luber, M. (2011). The EMDR protocol for recent critical incidents: Application in a disaster mental health continuum of care context. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(3), 82–94.

Jarero, I., & Uribe, S. (2011). The EMDR protocol for recent critical incidents: Brief report of an application in a human massacre situation. *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. *EMDR Practice and Research*, 6(2), 50–61.

Keenan, P., & Royle, I. (2007). Vicarious trauma and first responders: A case study utilizing eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as the primary treatment modality. *International Journal of Emergency Mental Health*, 9, 291–298.

Kehle, S. M., Polusny, M. A., Murdoch, M., Erbes, C., Arbisi, P., Thuras, P., & Meis, L. (2010). Early mental health treatment-seeking among U.S. National Guard soldiers deployed to Iraq. *Journal of Traumatic Stress*, 23(1), 33–40.

Kitchiner, N. J. (2004). Psychological treatment of three urban firefighters with posttraumatic stress disorder using eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*, 10, 186–193.

Kleim, B., & Westphal, M., (2011). Mental health in first responders: A review and recommendation for prevention and intervention strategies. *Traumatology*, 17(4), 17–24.

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

Montgomery, E. C., Kunik, M. E., Wilson, N., Stanley, M. A., & Weiss, B. (2010). Can paraprofessionals deliver cognitive-behavioral therapy to treat anxiety and depressive symptoms? *Bulletin of the Menninger Clinic*, 74(1), 45–62.

Norris, F. H., Murphy, A. D., Baker, C. K., & Perilla, J. L. (2004). Postdisaster PTSD over four waves of a panel study of Mexico's 1999 flood. *Journal of Traumatic Stress*, 17(4), 283–292.

Orcutt, H. K., Erickson, D. J., & Wolfe, J. (2004). The course of PTSD symptoms among Gulf War veterans: A growth mixture modeling approach. *Journal of Traumatic Stress*, 17(3), 195–202.

Oren, E., & Solomon, R. (2012). EMDR therapy: An overview of its development and mechanisms of action. *European Review of Applied Psychology*, 62, 197–203.

Peñalba, V., McGuire, H., & Leite, J. R. (2008). Psychosocial interventions for prevention of psychological disorders in law enforcement officers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD005601.

Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., & Bisson, J. I. (2010). Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD007944.

Scully, P. J. (2011). Taking care of staff: A comprehensive model of support for paramedic and emergency medical dispatchers. *Traumatology*, 17(4), 35–42.

Shakespeare-Finch, J. (2011). Primary and secondary trauma in emergency personnel. *Traumatology*, 17(4), 1–2.

Shapiro, E. (2012). EMDR and early psychological intervention following trauma. *European Review of Applied Psychology*, 62, 241–251.

Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress Studies*, 2, 199–223.

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

Shapiro, F. (2007). EMDR, adaptive information processing, and case conceptualization. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1, 68–87.

Solomon, R. (2008). Critical incident interventions. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 160–165.

Solomon, R. M., & Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing model: Potential mechanism of change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4), 315–325.

Spates, C. R., & Burnette, M. M. (1995). Eye movement desensitization: Three unusual cases. *Journal of Behavior Therapy and Treatment Psychiatry*, 26, 321–329.

Strauss, J. L., & Lang, A. J. (2012). Complementary and alternative treatments for PTSD. *PTSD Research Quarterly*, 23(2), 1–7.

U.S. Department of Veterans Affairs and Department of Defense. (2010). *VA/DoD clinical practice guidelines for management of post-traumatic stress. Version 2.0*. Retrieved from http://www.healthquality.va.gov/ptsd/CPG_Summary_FINAL_MgmtofPTSD_final.pdf

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.

van der Kolk, B. A., & van der Hart, O. (1991). The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma. *American Imago*, 48(4), 425–454.

Wilson, S. A., Tinker, R. H., Becker, L. A., & Logan, C. R. (2001). Stress management with law enforcement personnel: A controlled outcome study of EMDR versus a traditional stress management program. *International Journal of Stress Management*, 8, 179–200.

World Health Organization. (2002). *The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, Switzerland: Author.

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

E-mail: nacho@amamecrisis.com.mx