

Aplicación del Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR a las víctimas de un alud en Tartagal – Salta – Argentina

María Elena Adúriz

Carina Salas

EMDR-Programa de Asistencia Humanitaria.

El presente estudio de campo fue realizado seis meses posteriores a la catástrofe natural ocurrida en febrero del año 2009 en la Ciudad de Tartagal, Provincia de Salta, Argentina.

EMDR-Programa de Asistencia Humanitaria (EMDR-PAH), está formado por una red internacional de terapeutas formados en intervención en Catástrofes usando el Modelo terapéutico EMDR. La intervención se realizó ante el ofrecimiento de EMDR- PAH, con apoyo del Gobierno de la Provincia de Salta, la Municipalidad de Tartagal, la UCASAL (Universidad Católica de Salta), Cáritas, Grupos Religiosos locales y referentes de la comunidad. El objetivo de esta intervención, fue brindar asistencia a las víctimas del alud.

El equipo de intervención estuvo conformado por: María Elena Adúriz, Carina Salas, Laura Aresca, Silvia Ferrol, Fernanda Porcelli, Luciana Caruso, Graciela Felner, y Susana Carabán. Todas ellas entrenadas en terapia EMDR.

La intervención se realizó a cuarenta y un (41) adultos y diez (10) niños en dos etapas. Se administró el Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia de Reprocesamiento y Desensibilización a través del Movimiento Ocular (EMDR-IGTP, por sus siglas en inglés). En esta presentación solo se destaca el valor cualitativo de la intervención.

La aplicación del Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR fue eficaz, independientemente del contexto sociocultural evidenciándose en dos aspectos principales: El reprocesamiento de la información asociada a la experiencia traumática y la reducción de las Unidades Subjetivas de Perturbación (SUD) en los participantes, a pesar de haber hecho un solo reprocesamiento.

Se recomienda realizar más investigación para evaluar el Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR en poblaciones con traumas de evolución crónica que se encuentran en el entramado social.

El grupo social, familiar, la comunidad y las variables culturales son importantes para comprender las crisis de los individuos involucrados; lo que trae implicancias para el proceso de intervención.

Palabras clave: Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR; intervención temprana con terapia EMDR; EMDR y eventos recientes; estrés postraumático.

En Febrero del 2009 la ciudad de Tartagal, Provincia de Salta, sufrió un alud que afectó a 3 barrios. El barro avanzó rápidamente destruyendo todo lo que estaba a su paso y poniendo en peligro la vida de las personas. Dos fallecieron. La población afectada debió abandonar sus casas o centros de trabajo.

El desastre superó las capacidades locales de respuesta y dada su magnitud, recibió cobertura periodística e intervención nacional e internacional. La experiencia emocional de los damnificados estuvo teñida de desilusión; de promesas que con el paso del tiempo se desvanecieron y de acciones de ayuda que no se sostuvieron.

Como información significativa cabe acotar que esta Provincia había sufrido abandono por parte del Sistema y la sociedad en general; luego que el proceso nacional de privatización dejara a una importante cantidad de familias sin fuente laboral. Una provincia de producción hidrocarbúrica vio avasallada su identidad, impactando esto en el tejido social. Así, los ciudadanos quedaron sin recursos para hacer frente a las nuevas demandas sociales, económicas, educacionales.

El entorno psicosocial es un componente importante en la posibilidad de re-traumatización. En el caso de catástrofes naturales, un entorno que funcione desde los recursos adecuados de ayuda, ofrece a las víctimas un apoyo importante en la prevención de trastornos psicológicos crónicos.

En este caso, la falta de protección de la integridad psicológica y física de las víctimas, constituyó un factor de re-traumatización, lo que provocó en la comunidad síntomas de impotencia, angustia existencial, confusión, vergüenza, y culpabilidad. Llevando poco a poco a las personas al aislamiento, la apatía, la desesperación y el resentimiento. De ahí que, el Equipo de Intervención se encontró con una sociedad altamente traumatizada.

EMDR-Programa de Asistencia Humanitaria (EMDR-PAH), formado por una red internacional de terapeutas formados en intervención en Catástrofes usando el Modelo terapéutico EMDR, se contactó con distintas instituciones de nuestra sociedad e implementó un Plan de Intervención basado en metodología de trabajo en asistencia a víctimas de desastres.

La propuesta se organizó en torno a dos Etapas:

Primera Etapa: Intervención terapéutica con los afectados directos y con los socorristas.

La intervención terapéutica se llevó a cabo con la Terapia de Reprocesamiento y Desensibilización a través del Movimiento Ocular (EMDR, por sus siglas en inglés), utilizando el Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR (EMDR-IGTP, por sus siglas en inglés), de Artigas, Jarero, Alcalá & López-Cano (2009).

Segunda Etapa: Prevención y Entrenamiento.

Se brindó gratuitamente un Entrenamiento Básico de terapia EMDR (Parte 1 y Parte 2) a Profesionales de la Salud Mental de la localidad, con el objetivo de que pudieran asistir de forma individual, y posteriormente al tratamiento grupal, a la población que así lo requiriera.

La Terapia de Reprocesamiento y Desensibilización a través del Movimiento Ocular

La Terapia de Reprocesamiento y Desensibilización a través del Movimiento Ocular (EMDR), es recomendada para el tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático, tanto en adultos como en niños, en forma individual o grupal por numerosas instituciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (2013) y por numerosas directrices internacionales, como la Cochrane Review (Bisson & Andrew, 2007) y el National Collaborating Centre for Mental Health (2005). Su eficacia ha sido demostrada para el tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT; ver American Psychiatric Association, 2004; Bisson & Andrew 2007).

El Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR

El Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR (EMDR-IGTP), 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.

Este protocolo ha sido usado en su formato original o con adaptaciones para adecuarse a las circunstancias, en numerosos sitios alrededor del mundo (Gelbach & Davis, 2007; Maxfield, 2008). Reportes de casos 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 geopolíticas en curso, pacientes que sufren accidentes de trabajo y son diagnosticados con Trastorno por Estrés Agudo, y niños con trauma interpersonal severo (Adúriz, Knopfler, & Bluthgen, 2009; Aránguiz & Cattoni, 2013; Jarero & Artigas, 2009; Jarero & Artigas, 2010; Jarero, Artigas, & Hartung, 2006; Jarero, Artigas, Mauer, López-Cano, & Alcalá, 1999; Jarero, Artigas, & Montero, 2008; Jarero, Roque-López, & Gómez, 2013; Jarero, Roque-López, Gómez, & Givaudán, 2014; Monteiro, 2014; Zaghrou-Hodali, Alissa, & Dodgson, 2008).

Características de la población

Como parte de las características socioculturales, la comunidad no es consciente de su legitimidad para reclamar y exigir derechos. Se observa contexto de desesperanza.

Dadas las características socioculturales de la comunidad, se decidió realizar la convocatoria mediante los líderes comunitarios (referente barrial, párroco de la Iglesia de la Ciudad), siendo éstos los que desde el conocimiento del grupo y de sus necesidades reales, generaron las instancias de acercamiento superando así instancias políticas o asistenciales a referentes políticos barriales.

Procedimiento

La intervención fue realizada en dos etapas.

Primera Etapa de Intervención.

Intervención con los afectados directos y con los socorristas.

El tratamiento se realizó con Terapia de Reprocesamiento y Desensibilización a través del Movimiento Ocular (EMDR), utilizando el Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR.

Actividades durante esta etapa:

Actividad 1: Se presentó el equipo, se realizó psicoeducación y fortalecimiento de la cohesión grupal, tanto con los grupos de víctimas directas de cada uno de los tres barrios afectados por separado, como con los socorristas.

Actividad 2: Administración de Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR a cuarenta y un adultos y diez niños.

Cabe mencionar que los profesionales en salud mental de la localidad, formados en terapia EMDR, realizaron tratamientos individuales posteriores en las situaciones que así lo requirieron.

Detalles de la Actividad 1.

Este primer contacto entre los damnificados y el equipo de intervención, se focalizó en el establecimiento del vínculo entre ambos grupos, ya que luego de varios meses del evento traumático, las familias estaban desilusionadas y desesperanzadas por la ayuda prometida que nunca llegó.

Se generó la posibilidad para que, a su tiempo y orientados mediante el debriefing grupal, pudieran relatar la experiencia traumática. Se realizó psicoeducación en relación a los síntomas que presentaban (miedo, flashback, evitación “*mejor no hablar de eso*”). Se les brindó recursos para el manejo del estrés (e.g., respiración abdominal y contenedor de emociones).

Aporte de los medios de comunicación

En la coordinación de este primer viaje, fue importante la rápida difusión del trabajo del Equipo de Intervención por los medios de comunicación. El equipo de EMDR-PAH fue entrevistado por 2 programas radiales y 3 programas televisivos. La colaboración e inquietud de los medios de comunicación locales, posibilitaron la pronta difusión del plan de trabajo y generó un indicio de confianza en los damnificados que sintieron que estaban recibiendo ayuda.

Trabajo realizado

- Se realizó una tarea específica de intervención en alivio emocional con los afectados directos y con los socorristas, para evitar la traumatización secundaria de los mismos.

- Se realizaron entrevistas grupales aplicando psicoeducación (información de los síntomas esperables en situaciones de catástrofe) y finalmente un debriefing, donde los damnificados pudieron expresar cómo se sentían después de haber vivido esa experiencia, avalando así sus emociones.
- Se les enseñaron Técnicas de Relajación a la población afectada.

Se trabajó por separado con adultos damnificados de los distintos barrios. Esta decisión fue tomada, en virtud de significativas diferencias entre ellos, tales como: nivel de escolaridad, posibilidades de acceso a búsquedas de ayuda, asistencia recibida, nivel de compromiso del Estado para con los vecinos y nivel de participación en el evento.

Resultados obtenidos:

Al principio, las personas se mostraban escépticas con el resultado del trabajo psicológico; pero una vez finalizados los encuentros de la primera etapa de intervención, transmitieron agradecimiento por la tarea realizada.

Comentaron que les permitió conectarse emocionalmente con la **situación de catástrofe**: que habían vivido y que desde ese momento podían pensar de manera más positiva... que habían podido superar el momento: *“estamos vivos”* y *“recuperamos la esperanza en el futuro”*.

Se realizaron cuatro reuniones con la población afectada, lo que conformó una muestra con significativos indicadores de traumatización. Es sabido que un estado de crisis se caracteriza por la desorganización, confusión y el desequilibrio que pueden afectar distintos aspectos de la vida de una persona, tales como sentimientos, pensamientos, conductas, relaciones sociales y funcionamiento físico, constatado por el aumento de demanda sanitaria en el hospital zonal.

Como Jarero (2011) menciona en su artículo “El desastre después del desastre”, los síntomas iniciales se agudizaron por situaciones re-traumatizantes: una falsa alarma de un nuevo alud y los avatares para resolver los problemas legales, de recomposición de pérdidas y el estado de desamparo.

Parece ser que la experiencia de otro alud previo de muy importantes repercusiones, no sirvió de aprendizaje necesario para realizar los cambios pertinentes desde la fase de Pre-Impacto: prevención del riesgo (no del alud; sino de las consecuencias devastadoras), aminorar los riesgos y organización reparadora.

Previo a la intervención del equipo de EMDR-PAH, se observaron acciones iatrogénicas, como el que un solo damnificado fuera sometido a la intrusión de múltiples intervenciones en crisis, brindadas por diferentes personas y con diferentes técnicas.

Ya que las personas asistidas mostraron interés en acceder a una mayor asistencia y apoyo psicológico, el equipo de EMDR-PAH asumió el compromiso de hacer un segundo viaje.

Establecimiento de Red de Apoyo.

Se estableció, una red de apoyo y de coordinación con cada líder barrial para conformar los grupos de trabajo del segundo viaje (Actividad 2).

Esta información se derivó a los Coordinadores del Área de Salud Mental de Hospital de Tartagal, quienes organizaron los grupos de acuerdo al barrio de pertenencia y la edad del /la damnificado.

Los Coordinadores pasaron los datos de información a Defensa Civil y Municipalidad y establecieron la estrategia del segundo viaje.

Detalles de la Actividad 2.

Los días 6 y 7 de Junio del 2009, un equipo de EMDR-PAH formado por 7 miembros (seis de Buenos Aires y uno local) se trasladaron nuevamente a Tartagal y trabajaron con grupos de adultos y de niños diferenciándolos por edad y por barrio de pertenencia; todos ellos, afectados directos de la catástrofe.

Tres personas del equipo, un Líder y dos personas del “Equipo de Protección Emocional” del EMDR-IGTP (quienes estuvieron pendientes de las reacciones emocionales y auxiliaron cuando lo consideraron necesario), trabajaron con cada grupo durante dos o dos horas y media.

Las actividades que se realizaron fueron las siguientes:

- Práctica del Lugar Calmo/Tranquilo/Seguro.
- Práctica del Abrazo de la Mariposa.
- Administración del EMDR-IGTP.
- Administración del Protocolo de la Piñata a los niños menores a 5 años.
- Práctica de técnicas grupales de abordaje psico-corporal: uso de juegos y técnicas simples para incorporar el movimiento corporal en el cierre de la intervención con los niños.

Dificultades

Se intentó administrar la Escala de Impacto del Evento (Horowitz, Wilner, & Álvarez, 1979), pero fue de difícil comprensión para esta población; a pesar de la contextualización de las consignas y la adaptación del vocabulario. Es por ello que no se presentan en este artículo resultados estadísticos pre y post-tratamiento.

La cantidad de ofertas de intervención en Salud Mental; todas con intenciones altruistas pero con falta de coordinación estratégica entre ellas, produjo caos y desorganización en la atención proporcionada.

La gran cantidad de experiencias previas de promesas de ayuda que no se mantuvieron en el tiempo, generó descreimiento en el retorno del Equipo de Intervención; en una propuesta con continuidad y cuidadosamente sostenida en el tiempo.

Las particularidades del contexto, vinculado con la cultura asistencialista, dificultaron la construcción de un aprendizaje postraumático. La historia de la Ciudad de resignación tiñe de desesperanza el accionar.

Y ¿quién ayuda a los que ayudan? los rescatistas presentaban altos niveles de traumatización.

Las dificultades en identificar emociones, llevó al equipo de intervención, a utilizar una impresión gráfica, con caritas que reflejaban emociones de menor a mayor perturbación. Solo a través de ellas pudieron identificar su nivel de perturbación (SUD); lo que puede indicar un bajo nivel de desarrollo cognitivo.

Fortalezas

Ideas creativas que dieron cuenta del importante nivel de adaptación del grupo a las difíciles circunstancias de trabajo, ayudaron a superar las dificultades, transformándolas.

A medida que transcurría el tiempo los grupos se mostraron confiados en el equipo de intervención; evidenciado en palabras, actitudes y gestos.

La buena predisposición a recibir ayuda lograron manifestarla por escrito durante esta etapa.

Resultados de la Primera Etapa de Intervención.

Al comienzo de la actividad, la población con la que se trabajó, se mostró pasiva, retraída y traumatizada. Predominaba en ellos desesperanza e impotencia. Las personas mostraban una falta total de expectativas en el futuro, pues habían sufrido distintas situaciones traumáticas: el cierre de la planta de YPF (lo que modificó el destino de la ciudad, que pasó de ser una ciudad pujante con un centro laboral importante a ser una ciudad comercial e individual; una pequeña inundación que tuvo lugar años atrás, sucesivos cortes de la ruta, que imposibilitaban a los pobladores acceder a la capital.

En el transcurso de las actividades, las personas mostraron alternativamente bloqueo de la emoción con un fondo de tristeza, o la aparición de reacciones emocionales muy intensas; emociones todas que se fueron estabilizando a lo largo del trabajo.

Fue muy importante para todos los participantes poder hablar de los recuerdos traumáticos que tenían sobre la situación vivida y compartir sus experiencias con otros; les permitió normalizar las emociones que sentían y entender que lo que ellos estaban sintiendo era “normal” en esa situación y lo que era “anormal” era la experiencia que les había tocado vivir.

El equipo respetó en todo momento el deseo de: cuánto, cuándo y con quién hablarlo.

El uso del Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR, permitió alcanzar los siguientes objetivos:

Identificar a las personas con síntomas de trastorno por estrés postraumático que necesitaron atención personalizada.

Facilitar que las personas pudieran traer a la conciencia aspectos del trauma que habían sido disociados.

Facilitar la expresión de emociones dolorosas y comportamientos vergonzosos.

Ofrecer apoyo y empatía apropiados a la circunstancia.

Posibilitar que se condensaran los diferentes aspectos del trauma en imágenes representativas y más soportables para ellos.

Incrementar la percepción de las personas de dominio sobre los elementos perturbadores de la experiencia traumática.

Ayudar a reprocesar las memorias traumáticas.

El trabajo en grupos permitió tratar un mayor número de personas que vivieron la misma experiencia.

Normalizar las reacciones que se habían dado en la población pues las personas pudieron ver que sus reacciones eran normales pues otros habían sentido lo mismo.

Algunos ejemplos cualitativos de los cambios producidos a raíz del reprocesamiento con el EMDR-IGTP:

Antes del Reprocesamiento

Después del Reprocesamiento.

-“Me sentía atada de pies y manos” ----- “Puedo volver a ser lo que era y mejor.”

-“Sentía impotencia y rabia”-----“Me siento tranquila con mi familia”

-“Impotencia, tristeza y dolor”-----“Me siento bien”

-“Angustia y desesperación”-----“Podemos mejorar entre todos”

-“mucho dolor”-----“Esperanza”

-“Miedo que vuelva a pasar” -----“Puedo volver a empezar más segura”

Auto-Cuidados del equipo de EMDR-PAH.

Finalizado el trabajo con los diferentes grupos de damnificados, el equipo de EMDR-PAH, se reunió con el objetivo de elaborar de manera compartida la experiencia del día y de preservar así a sus miembros de no sufrir un cuadro de fatiga emocional. Esta podría haber sido una consecuencia posible, por haber estado todos los profesionales expuestos de manera continua al sufrimiento de la población.

Segunda Etapa de Intervención.

El objetivo de esta etapa fue de Prevención y Educación.

Implicó la realización de un Entrenamiento EMDR Básico: sin costo para los Profesionales en Salud Mental de la zona.

“Se debe de poner énfasis en el entrenamiento de profesionales en salud mental de la localidad, en metodologías psicoterapéuticas recomendadas en los Lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (2013) como la terapia EMDR (Shapiro, 2001), cuya eficacia esté comprobada científicamente para tratar el Trastorno por Estrés Agudo y el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT); patologías que pueden presentarse desde los 3 primeros días, hasta meses después (APA, 2013) durante la Fase de la Desilusión.” (Jarero, 2011, p. 3)

Esta etapa consistió en tres viajes: Entrenamiento EMDR Parte 1, Entrenamiento Parte 2, supervisiones obligatorias y posterior Seguimiento y cierre, con el establecimiento de un grupo sostén de la red de trabajo con EMDR.

Un grupo de 4 profesionales de EMDR-PAH viajó a Salta el 25, 26 y 27 de Septiembre para desarrollar un Entrenamiento de EMDR Parte I a Profesionales de la Salud Mental, con el fin de preparar a colegas de la zona para futuras intervenciones desde el modelo EMDR de intervención en trauma.

Cabe destacar la labor preventiva social que significa contar con profesionales de la salud habilitados para estas intervenciones. No solo Catástrofes por razones naturales, sino de cuadros severamente traumáticos a causa de Violencia Física, Abuso sexual, Abuso de Sustancias, Auto Injurias físicas y demás cuadros psicológicos, consecuencia de la desesperanza y falta de futuro consecuencia del trauma crónico.

Se contó con la participación de Instituciones Gubernamentales, Colegios Profesionales y Universidades de la región que notaron la importancia de este entrenamiento, ofrecido con un sentido de prevención y educación social. La formación estuvo auspiciada por la UCASAL (Universidad Católica de Salta), el Colegio Profesional de Psicólogos de Salta, la Asociación de Psiquiatras de Salta, la Asociación de Terapeutas Cognitivos del NOA, la Fundación Lapacho.

La cantidad de participantes superó el cupo previsto: 32 profesionales de Salta y de Jujuy.

Este entrenamiento fue significativo para la expansión de la psicoterapia EMDR en la comunidad salteña y las provincias cercanas, transformándose Salta en un centro de formación en la terapia EMDR a pesar de estar alejado de la Capital del país.

Para los Colegas de la zona, la formación fue sin costo alguno; debiendo transferir lo aprendido a la práctica clínica en atención de pacientes directa o indirectamente afectados por el alud.

Conclusiones

- En tanto que las crisis se caracterizan por un colapso en los individuos y en las organizaciones, la ayuda externa es fundamental. La estrategia de participación debe considerar necesariamente el ingreso a la comunidad validado por referentes y líderes con aceptación y credibilidad social.
- La Intervención en Catástrofes implica comprender que a partir del evento, es posible que se construya una doble traumatización: la del evento en sí mismo y la del “desastre después del desastre”; representado por las promesas que no se

cumplen, por la ayuda que se desvanece en el tiempo, por la vuelta al olvido social y de los organismos de gobierno (Jarero, 2011).

- Las particularidades socioculturales del grupo que vivió la experiencia, hicieron necesario una cuidadosa planificación de aspectos de logística necesarios a tener en cuenta: una ciudad muy alejada de las grandes ciudades, con múltiples experiencias de traumatización y abandono político y social. Sin la posibilidad de crear un lenguaje común, hubiese sido difícil para todos sentirse integrantes en un ámbito donde la presión se sentía y se hacía necesario crear metas con objetivos comunes.
- Se hace necesario profundizar en el estudio de cómo trabajar en intervenciones de campo en la etapa de la desilusión cuando aparecen los síntomas y cunde el desaliento; en una población de trauma crónico.
- Se toma como principio que una intervención en desastre no debe ser entendida como una ayuda momentánea, luego de lo cual todo vuelve a la normalidad.
- Una vez más las particularidades socioculturales de la población determinan el tipo de intervención. La dificultad de comprensión de escalas aún a pesar del intento de adaptación de las consignas por parte del equipo de Intervención.
- El alud fue un evento de gran impacto emocional que afectó a todo el sistema familiar. En cada uno de sus miembros, fue muy diferente el modo en que percibió, interpretó, afrontó y se adaptó a la nueva situación.
- Es importante la flexibilidad que se necesita en el Equipo de Intervención en todas las etapas. A sabiendas que el mapa es distinto a la ruta; transitar la experiencia obligó a un importante proceso de adaptación en el devenir de las instancias; independientemente de la planificación estratégica inicial.
- La aplicación del Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR fue eficaz, independientemente del contexto sociocultural evidenciándose en dos aspectos principales: El reprocesamiento de la información asociada a la experiencia traumática y la reducción de las Unidades Subjetivas de Perturbación (SUD) en los participantes, a pesar de haber hecho un solo reprocesamiento.

Lic. María Elena Adúriz – Directora TRT – Bs. As. Argentina. Entrenadora de Entrenadores - EMDR Institute (USA) y EMDR Iberoamérica.

Correspondencia: meaduriz@fibertel.com.ar

Lic. Carina Salas: Directora del CePsi – Centro de Psicoterapias de Salta, Argentina. Supervisora y Facilitadora EMDR – EMDR Iberoamérica y EMDR Institute.

Correspondencia: salascarina@hotmail.com

Referencias

American Psychiatric Association (2004). *Guía Práctica para el tratamiento de pacientes con Trastorno de Estrés Agudo y TEPT*. Arlington, VA: American Psychiatric Association Practice.

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.

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>

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.

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>

Horowitz, M., Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209–218.

Jarero, I. (2011). El Desastre Después del Desastre: ¿Ya pasó lo peor? *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 1(1), 1-13.

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

Jarero, I., Roque-López, S., Gómez, J., Givaudán, M. (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.

Monteiro, A. (2014). EMDR Grupal e Individual no Projeto de Ajuda Humanitária em Santa Catarina. *Revista Iberoamericana de Psicopatología y Disociación*, 6(1), 1-21.

National Collaborating Centre for Mental Health (UK). The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care. *NICE Clinical Guidelines, No. 26*

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