

Segundo Estudio de Investigación de la Aplicación del Protocolo Grupal e Integrativo con 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 veinticinco niños (n=25, 10 niños y 15 niñas), con edades entre los 9 y los 14 años que habían sido víctimas de violencia interpersonal severa (e.g., violación, abuso sexual, violencia física y emocional, negligencia, abandono). 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 un Campamento de Recuperación del Trauma en la ciudad de Cali, Colombia. Los resultados de la escala SPRINT, muestran 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. 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 niños; Violencia Interpersonal en niños; Trauma Complejo.

El estudio de Experiencias Adversas de la Niñez (ACE, por sus siglas en inglés) conducido por Felitti y colegas (1998), establece la relación entre el abuso infantil y la disfunción familiar con muchas de las causas principales de muerte en adultos.

Estudios han demostrado los efectos acumulativos de múltiples experiencias adversas de la niñez, en el incremento del riesgo en la vida adulta; de serios trastornos como depresión, suicidio, abuso de sustancias, cáncer de pulmón, enfermedades del corazón, enfermedad pulmonar crónica, diabetes y enfermedad del hígado (Chapman et al., 2004; Dong, Dube, Felitti, Giles, & Anda, 2003).

Adicionalmente, se ha visto que la exposición a múltiples experiencias adversas de la niñez, incrementa los riesgos de conductas dañinas a la salud como fumar, obesidad, uso de droga y alcohol, embarazo adolescente y enfermedades de transmisión sexual (Anda et al, 2007).

Existe la impresión clínica, de que la exposición a múltiples tipos de adversidad en la infancia, está asociada con una mayor complejidad clínica; tanto en el número de síntomas presentados, como en el número de trastornos comórbidos (Briere, Katman, & Green, 2008; Cloitre et al., 2009).

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).

Tratamiento de niños abusados

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.

La Sociedad Internacional de Estudios en Estrés Traumático (ISTSS), condujo una encuesta entre clínicos expertos sobre las mejores prácticas para tratar el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) Complejo (Cloitre et al., 2011). Dentro de las aproximaciones para la primera fase de tratamiento, las estrategias focalizadas en las emociones y en la regulación de las emociones, recibieron la más alta calificación; mientras que, la educación acerca del trauma y la Atención Plena (mindfulness), obtuvieron el segundo lugar.

Referente a aproximaciones para la segunda fase de tratamiento, la terapia individual fue identificada como de primera línea para el procesamiento de las memorias traumáticas. El trabajo grupal, combinado con terapia individual, obtuvo el segundo lugar.

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 Ecker, Ticic, & Hulley (2012), las psicoterapias pueden ser divididas entre las que Contrarrestan y las que Transforman. Las terapias que contrarrestan intentan afrontar y controlar los síntomas mediante un amplio rango de estrategias. Éstas dependen del neocortex intentando controlar los centros emocionales subcorticales del cerebro como el sistema límbico y el área gris periacueductal. El clásico ejemplo de este tipo de terapias es la Terapia Cognitivo Conductual (TCC).

Estas psicoterapias pueden proporcionar a la persona un nuevo aprendizaje emocional que competirá con los caminos neuronales existentes de la perturbación emocional. Sin embargo, no hay garantía de que el nuevo aprendizaje emocional tendrá éxito en contrarrestar la perturbación emocional.

Las terapias que transforman (como la Terapia EMDR), producen cambios en los centros emocionales profundos del cerebro, mismos que fluyen hacia los altos centros del pensamiento del neocortex. De ahí que no exista la necesidad de contrarrestar el material perturbador, dado que este ha sido borrado vía cambios en los caminos neuronales y a nivel sináptico (unión intercelular especializada entre neuronas).

Los caminos neuronales asociados al aprendizaje emocional perturbador, son alterados en términos de desconexión sináptica, de ahí que la perturbación desaparezca, y por lo tanto no necesita ser controlada o contrarrestada. Por lo que las personas recordarán el incidente con su memoria auto-biográfica, pero ya no les producirá ninguna perturbación.

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 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. 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, 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, y niños con trauma interpersonal severo (Adúriz, Knopfler, & Bluthgen, 2009; 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; Zaghrou-Hodali, Alissa, & Dodgson, 2008).

Una nueva aplicación de este protocolo para trauma interpersonal, fue probada en la República Democrática del Congo. El estudio de campo demostró que después de dos sesiones con este protocolo grupal, las 50 mujeres adultas que habían sido víctimas de violación, reportaron el cese de los síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático y del dolor en la parte baja de su espalda (Alon, citado por Shapiro, 2011).

Antecedentes

Estudios Piloto

Inocencia en Peligro (IID, por sus siglas en inglés), es un movimiento mundial para la protección de los niños en contra de la violencia y explotación sexual. Es una organización no lucrativa creada por un grupo de civiles en abril de 1999. Esta organización tiene una agencia en Colombia, que funciona como una asociación en ese país y es independiente económicamente de otras agencias de Inocencia en Peligro alrededor del mundo.

Desde 2008 Inocencia en Peligro-Colombia, ha venido operando en la ciudad de Cali. Su misión humanitaria, es proporcionar apoyo y tratamiento psicológico a niños y niñas víctimas de la violencia y abogar por la protección de todos los niños, mediante la educación de la sociedad colombiana acerca del maltrato infantil en todas sus formas. IID-Colombia, se especializa en la prevención de traumas y en la atención psicológica especializada del estrés postraumático en niños y adolescentes, generado por la negligencia (e.g., abandono), violencia física (e.g. golpizas), emocional (e.g., agresiones verbales) y particularmente la violencia sexual (e.g., violaciones y abuso sexual). Esforzándose por incluir a las familias y en desarrollar redes de apoyo al proceso de intervención.

Desde su creación, IID-Colombia ha llevado a cabo tres estudios piloto, con un total de 70 niños que asistieron a tres campamentos de recuperación del trauma psicológico en Cali. Los resultados promisorios de esos tres campamentos, sentaron las bases para el primer estudio de investigación.

Primer Estudio de Investigación

El primer estudio de investigación 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 niños (n=34, 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 (Jarero, Roque-López, & Gómez, 2013).

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 previamente elegidas. Y aquellos niños (n=26) 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.

Los resultados de este estudio (Jarero, Roque-López, & Gómez, 2013), demostraron la efectividad de combinar el Protocolo Grupal con EMDR y Terapia individual con EMDR para resolver los síntomas de TEPT de niños que han vivido trauma interpersonal severo.

Debe de notarse, que aunque una sola memoria traumática fue elegida como blanco al inicio del reprocesamiento grupal (*“el recuerdo que mejor represente todas las experiencias difíciles que han vivido”*), los efectos del reprocesamiento 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 paciente elige para reprocesar un incidente que representa una agrupación (cluster) particular, *“los reportes clínicos han verificado que la generalización generalmente ocurre, causando un efecto de reprocesamiento a través de toda la agrupación de incidentes.”* (p. 207). Los resultados obtenidos, animaron a los investigadores a realizar la presente investigación.

Segundo Estudio de Investigación

Método

El Consejo de Ético 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 veinticinco niños (n=25, 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 (n=14), 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. En este artículo, nos referiremos al primer grupo, como “niños de institución” y al segundo grupo como “niños de familia”.

Procedimiento

Este campamento se llevó a cabo en una finca a 25 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). El trabajo terapéutico y la investigación se hicieron en 8 etapas.

Etapa 1. Previo al campamento, psicólogos y trabajadoras sociales se reunieron de forma individual con los niños y niñas de institución y de familia (con autorización de sus padres), para elaborar su historia clínica, informarles que iban a asistir a un campamento en donde se divertirían y a su vez se les daría tratamiento psicológico que les ayudaría a sanarse de lo que les ocurrió. Y que para ello tendrían que recordar lo sucedido (memoria traumática). Dado que los menores no habían vivido simultáneamente un mismo evento traumático, como desastre natural o provocado por el hombre, cada memoria traumática a reprocesar fue diferente. Los menores que presentaban síntomas disociativos severos o conducta agresiva severa, no fueron invitados a participar en el campamento, sin embargo, la Institución informó que ya se les estaba dando atención psiquiátrica.

Etapa 2. El jueves 29 de noviembre del 2012, mientras los niños se familiarizaban con el espacio, hacían deporte y jugaban dirigidos por un profesional del deporte y un profesional en recreación para niños; dos terapeutas entrenados en la Terapia EMDR, prepararon a todo el equipo de adultos (psicólogos, trabajadoras sociales, trabajadores educacionales, artistas, profesionales de fotografía y vídeo, y personal administrativo), respecto al trabajo que se iba a desarrollar durante el campamento.

En dicha preparación, se les informó acerca del trauma psicológico y la Terapia EMDR. Se resaltó el valor de las actividades a realizar, diseñadas para facilitar una experiencia de seguridad y estabilidad emocional. Se revisaron las estrategias para lograr en los niños estabilización emocional (Servan-Schreiber, 2003), la construcción de redes neuronales de bienestar, por medio de la práctica de la Atención Plena (Hanson & Mendius, 2009; Nhat-Hanh, 2002); y se habló sobre los beneficios de la coherencia cardíaca, para que los niños aprendieran a entrar inmediatamente en coherencia psicofisiológica, como una manera de prevenir y de hacer frente al estrés (O' Hare, 2008).

En el año 1995, el término “coherencia cardíaca” se impuso en cardiología. Hoy este término se extiende al campo de la psicología, ya que esta, referida a nuestras emociones y a nuestra forma de percibir, influye en nuestra biología (nuestro sistema hormonal, nuestro sistema nervioso y nuestras conexiones neuronales).

Asimismo, se puso especial atención en informarles a los miembros del “Equipo de Protección Emocional”, sobre la importancia de siempre tener una presencia respetuosa y gentil en los momentos emocionales difíciles (Jarero et al., 2008). Y se les explicó que ese tipo de presencia, podría incrementar las redes de memoria de información positiva, pudiendo ser para los niños y las niñas un recurso a futuro.

Etapa 3. El viernes 30 de noviembre del 2012, se administró la escala SPRINT (Connor & Davidson, 2001; Vaishnavi et al., 2006) a todos los niños; siempre previo a cualquier otra actividad, 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.

Del viernes 30 de noviembre hasta el domingo 2 de diciembre del 2012, 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 para la regulación de las mismas, la Atención Plena (mindfulness). Y se familiarizaron con el tratamiento terapéutico EMDR.

Etapa 4. El lunes 3 de diciembre del 2012 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 lunes 3 de diciembre por la mañana, la segunda sesión fue ese mismo lunes 3 por la tarde, y la tercera sesión fue el martes 4 de diciembre por la mañana.

Etapa 5. El miércoles 5 y el jueves 6 de diciembre del 2012, se administró terapia individual con el protocolo estándar de EMDR, a los niños y a las niñas que no alcanzaron una puntuación de Unidades Subjetivas de Perturbación (SUD, por sus siglas en inglés) de cero, durante los tres reprocesamientos con el Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR. El total de niños y niñas que recibieron Terapia EMDR individual fue de once (n=11, 3 de institución y 8 de familia). El número de sesiones que necesitaron para alcanzar un SUD de cero, fue de una (9 niños/niñas) a dos sesiones (2 niños/niñas).

Un niño de institución que no había alcanzado el SUD de cero se negó a recibir terapia individual, sin embargo, los resultados del SPRINT post-tratamiento, mostraron una notable reducción de su puntaje a nivel de sintomatología mínima.

Etapa 6. El jueves 13 de diciembre del 2012, se tomaron las medidas post-tratamiento con el SPRINT a 24 niños y niñas. Esta escala se administró en las oficinas de IDD-Colombia en la ciudad de Cali a 17 niños y niñas (n=17, 4 de institución y 13 de familia), y en la Finca La María (a 300 Km., de la ciudad de Cali) a 7 niños de institución.

Etapa 7. El sábado 2 de febrero del 2013, durante la “Jornada de Arte y Paz” dentro de la ciudad de Cali, se tomaron las medidas de seguimiento (follow-up) con el SPRINT a 20 de los niños y niñas de institución y de familia.

Medidas.

Short PTSD Rating Interview

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 ó 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 desecharlo, con una precisión global de asignación correcta del 96% (Connor & Davidson, 2001).

Escala de Unidades Subjetivas de Perturbación

La Escala de Unidades Subjetivas de Perturbación (SUD; Shapiro, 2001; Wolpe, 1958), es una parte integral del tratamiento con la Terapia EMDR (Shapiro, 2001). Y su empleo ha sido demostrado en estudios de Terapia EMDR con adultos con trauma psicológico. 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). Y 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 del campamento. 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

Estudios empíricos de personas con historias de trauma complejo por abuso sexual en la infancia, han encontrado que el procesamiento de las memorias traumáticas es razonablemente bien tolerado y beneficioso, cuando se lleva a cabo de forma multi-componente (e.g., Chard, 2005). Tufnell (2005) concluyó que la Terapia EMDR es apropiada para niños y adolescentes con problemas comórbidos de salud mental, cuando se emplea en combinación con otros tratamientos. De ahí que pueda ser una ventaja integrar la Terapia EMDR con otros tratamientos, cuando trastornos comórbidos o temas sociales también necesitan ser atendidos (Fleming, 2012).

Primera Fase de Tratamiento

En este estudio, 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.

Durante la segunda fase de tratamiento, se empleó Terapia Intensiva EMDR en sus modalidades grupal e individual. Este estudio examina la efectividad de ambas fases en la disminución de la severidad de los síntomas de TEPT en las y los participantes.

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.

Durante la Primera Fase de Tratamiento, las actividades del campamento incluyeron lo siguiente:

Las niñas y los niños se despertaban temprano por la mañana para practicar gimnasia suave y hatha yoga. El propósito de estas actividades, fue apoyar el proceso de salud mental (Patanjali, 1991). De acuerdo a van der Kolk (2012), la práctica de yoga ha sido empleada exitosamente para tratar el estrés traumático, pues facilita el incremento de un estado de ánimo positivo, aceptación y una actitud pacífica a través del cuidado del cuerpo y el control de la respiración.

Durante cada día, los niños y las niñas se involucraron en varias actividades y talleres. Por ejemplo, un día visitaron el Museo del Oro en Cali, como una experiencia cultural y de participación en la vida de la ciudad. Cada noche, antes de ir a dormir, los niños y las niñas se reunían para relajarse con historias y música infantil.

Varios talleres de arte fueron conducidos por artistas profesionales para ayudar a los niños a ponerse en contacto con su potencial creativo y su mundo interior. Por ejemplo, los objetivos del taller de pintura “Recobrando al niño/niña que yo soy” fueron, que los niños encontraran a “su parte interior” -que está más allá del dolor y del sufrimiento-, para sentir seguridad y confianza (Tafurt, comunicación personal, julio 3, 2011); así como reconocieran su imagen corporal exterior. Para ello, cada niño/niña se acostaba sobre una hoja grande de papel y un compañero delineaba su silueta; a continuación, la niña/niño coloreaba su silueta y por último se ponía de pie y la observaba atentamente.

En lo referente a música y baile, se realizaron tres talleres de creación musical y baile. Durante estos, los niños tocaron instrumentos locales típicos (de percusión, maracas, flautas); acompañando canciones y bailes que ellos mismos improvisaron. En las canciones los niños contaron su propia historia, lo que dio lugar a la expresión verbal de sus recuerdos dolorosos y a un discurso integrado de su historia de trauma. El día de la clausura los niños hicieron la presentación de esta obra musical. Asimismo, se realizó un taller de canciones durante el cual los niños, de manera individual, escuchaban su propia voz. Posteriormente entre todos, cantaron la canción “El sueño de vivir”, creada para ellos por uno de los artistas profesionales que asistieron al campamento.

Los niños presenciaron la escenificación de tres cuentos de Rafael Pombo (1833 – 1912), escritor colombiano conocido como el poeta de los niños. Los cuentos elegidos llevan mensajes de esperanza para encontrar lo que se ha perdido.

Durante el taller de escultura, después de escuchar una historia infantil con animales como protagonistas, cada niño y cada niña esculpieron con barro la figura del animal que más les había gustado. Posteriormente la pintaron y la adornaron.

En el taller de teatro, con el fin de ayudarles a contactar su cuerpo y a expresar lo que iban sintiendo, los niños hicieron juegos teatrales como por ejemplo; un niño se colocaba en el centro de un círculo formado por niños y hacía movimientos y gestos, mismos que cada uno de los demás niños iban repitiendo. La repetición de estas posiciones corporales, contribuyó a que contactaran sensaciones corporales propias y a que los niños y las niñas tuvieran la oportunidad de expresarlas (van der Kolk, 1994).

Las actividades físicas consistieron en varios deportes y actividades recreativas. Los propósitos terapéuticos fueron alcanzar los bien conocidos beneficios del ejercicio físico, mejorar las habilidades sociales y ayudar a los niños y a las niñas a reconciliarse con sus cuerpos y con el mundo que los rodea (Binswanger, 1971).

Estrategias focalizadas en las emociones, en la regulación de las mismas y la Atención Plena (mindfulness).

El objetivo de estas estrategias fue enseñar a los niños y a las niñas, a observar y regular sus pensamientos, emociones y conductas. Para ello, se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- a) Historias siguiendo las recomendaciones de Lovett (1999). Al inicio de la historia se presentó algo positivo, con el fin de atraer la atención de los niños; posteriormente se describió un evento traumático y los síntomas relacionados y el final de la historia concluyó con la resolución del trauma y creencias positivas.
- b) Atención Plena (mindfulness). van der Kolk (2006) postula que el tratamiento del estrés traumático puede necesitar la inclusión de la Atención Plena. Esto es, aprender a ser un cuidadoso observador del flujo y reflujo de la experiencia interna. Y notar cualquier pensamiento, sentimiento, sensación corporal e impulsos que emerjan. Durante este campamento, los niños y las niñas aprendieron la práctica de la Atención Plena (Williams, Teasdale, Segal, & Kabat-Zinn, 2007), con la finalidad de aprender a observar su experiencia interna y para desarrollar una actitud compasiva hacia ellos mismos (Nhat-Hanh, 1974).

Con el fin de ejercitar la Atención Plena, varias veces a lo largo del día se tocaba una campana. Al escuchar su sonido, los niños y las niñas suspendían sus actividades y respiraban conscientemente tres veces, poniendo Atención Plena en este ejercicio.

Para saber más sobre la Atención Plena, le invitamos a leer el artículo: “La Concentración y la Atención Plena en el Trabajo Psicoterapéutico y la Vida Cotidiana” en el Volumen 4, Número 1, de la Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación. <http://revibapst.com>

- c) En el taller de valores humanos, los niños usaron su imaginación y creencias positivas, para visualizar un futuro lleno de posibilidades realistas e integradas con valores humanos profundos.

- d) El aspecto espiritual se enfocó en que los niños y las niñas debían cuidar de sí mismos y del mundo que les rodea. *“Lo Espiritual o Espiritualidad, es un concepto más amplio que la Religión o las Tradiciones Espirituales. Todo ser humano tiene un sentido de espiritualidad. Espiritualidad es la esencia de la vida, las creencias y los valores que dan sentido a la existencia y a lo que se considera sagrado. Es el entendimiento de uno mismo, Dios, otros, el universo, y de la relación entre todo”* Rev. Naomi Paget (2013, p.1).
- e) Los niños y las niñas recibieron Masaje Biodinámico Psicoterapéutico, con el objetivo de aumentar su estado de relajación y contribuir a que se sintieran seguros dentro de su propio cuerpo (Boyesen, 1985).

Actividades específicas para familiarizar a los niños y a las niñas con el tratamiento terapéutico EMDR.

El viernes 30 de noviembre, los niños participaron en la actividad artística de teatro, dibujo y pintura llamada “Las máscaras”. Fue una actividad grupal que inició como un juego y gradualmente los menores fueron expresando, uno a uno, diferentes sentimientos; tales como 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. Al trabajo gestual con el rostro, se le agregó el sonido vocal.

Posteriormente cada niño dibujo y coloreó en papel, la máscara de la sensación corporal y el sentimiento con el que más se identificó. El objetivo de este ejercicio fue, que los niños contactaran con seguridad sus sentimientos y sus sensaciones corporales; supieran distinguir unas de otras y también distinguir sus propios sentimientos de los de otros, generando así empatía.

El domingo 2 de diciembre, los niños presenciaron la obra “El perro amigo del EMDR” (Meignant, 2007), escenificada por actores profesionales. Posteriormente colorearon las ilustraciones del libro del mismo nombre. El objetivo fue que los niños se familiarizaran con el tratamiento terapéutico EMDR que iban a recibir.

Más tarde se llevaron a cabo las actividades de “crear el lugar seguro” y “normalizar las reacciones”; cuyo objetivo es reconocer, validar y normalizar los signos y síntomas del estrés postraumático (Artigas et al., 2009). A continuación, el “cuerpo de protección emocional” ayudó a las niñas y a los niños a aprender y practicar el Abrazo de la Mariposa (Artigas, 2011) y a familiarizarse con las “caritas de las emociones”, una herramienta empleada para enseñar a los niños a observar y comunicar las puntuaciones de sus Unidades Subjetivas de Perturbación (SUD).

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 segunda fase se empleó Terapia Intensiva EMDR 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 Intensiva EMDR puede ser administrada en varios días subsecuentes, o dos veces al día (una por la mañana y otra por la tarde).

En este estudio, se les proporcionó el Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR a los 25 participantes, del cual tuvieron tres sesiones grupales de reprocesamiento de las memorias traumáticas. La primera sesión fue el lunes 3 de diciembre por la mañana, la segunda sesión fue ese mismo lunes 3 por la tarde, y la tercera sesión fue el martes 4 de diciembre por la mañana. Se siguieron los mismos procedimientos que en el primer campamento (Jarero, Roque-López, & Gómez, 2013).

El miércoles 5 y el jueves 6 de diciembre del 2012, se administró terapia individual con el protocolo estándar de EMDR, a los niños y 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 total de niños y de niñas que recibieron Terapia EMDR individual fue de 11 (n=11, 3 de institución y 8 de familia). El número de sesiones que necesitaron para alcanzar un SUD de cero, fue de una (9 niños/niñas) a dos sesiones (2 niños/niñas).

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

Nota importante: Tal y como se hizo en el primer campamento de recuperación del trauma. Dado que se trataba de una población con trauma complejo, el Protocolo Grupal fue adaptado para tratar la *Agrupación (Cluster) de Memorias Traumáticas* de los participantes. Esto es, la neurored en donde se almacenaron disfuncionalmente en el cerebro, todas las experiencias adversas que no fueron procesadas adaptativamente.

Para ello, al inicio de la primera sesión del protocolo grupal, los terapeutas EMDR le dieron la siguiente instrucción a los niños y niñas: *“escojan el recuerdo que mejor represente todas las experiencias difíciles que han vivido.”*

Para verificar los efectos de generalización del reprocesamiento, al inicio de la tercera y última sesión de reprocesamiento con el protocolo grupal, los terapeutas EMDR le dieron a los niños y niñas la siguiente instrucción: *“pasen una película mental de todas las experiencias difíciles que han vivido y escojan para reprocesar cualquier recuerdo que hoy sea perturbador.”*

Los dibujos de los niños mostraron claramente el reprocesamiento de los recuerdos almacenados disfuncionalmente en la Agrupación de Memorias Traumáticas, pues dibujaron diferentes experiencias adversas que habían sufrido a lo largo de su vida (e.g., violación, abuso sexual, violencia física y emocional, negligencia, abandono).

A los niños y niñas que se les trató de forma individual con el protocolo estándar de la terapia EMDR, también se les solicitó que pasaran la película mental y que escogieran para reprocesar cualquier recuerdo que en ese momento fuera perturbador. Shapiro (2001) menciona que *“los incidentes que contienen factores adicionales (o variantes significativas), pueden requerir de tratamiento individual para su resolución completa”* (p. 207).

Resultados

Los fuertes efectos del tratamiento con el Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR se pueden apreciar en la Figura 1. Referente a los niños de institución, podemos observar que en el Primer Reprocesamiento tienen un descenso mayor en las puntuaciones de las Unidades Subjetivas de Perturbación (SUD) que los niños de familia. Sin embargo, sus puntajes promedio de SUD suben al final del Segundo Reprocesamiento y para el final del Tercer Reprocesamiento bajan nuevamente, de forma paralela a los niños de familia. En cuanto a los niños de familia, podemos observar un descenso sostenido de SUD.

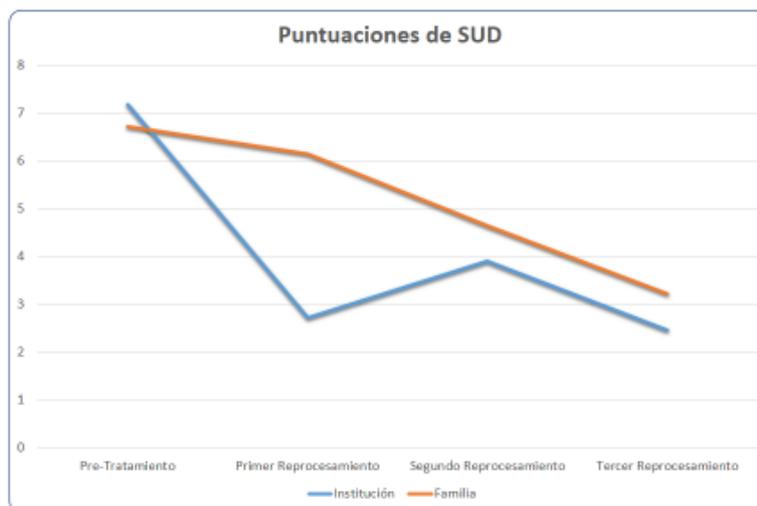


Figura 1. Cambios en las puntuaciones promedio de las Unidades Subjetivas de Perturbación (SUD) durante las tres sesiones de reprocesamiento con el Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR.

Los efectos sobre la sintomatología de TEPT, fueron medidos empleando la escala SPRINT (Connor & Davidson, 2001; Vaishnavi et al, 2006) administrada a los niños y a las niñas que participaron en el campamento, provenientes de dos diferentes grupos: familia e institución. Se aplicaron cuatro medidas en los dos grupos de niños (institución y familia): Medida de base (pre-actividades de campamento), pre-post tratamiento y una medida de seguimiento. La Tabla 1 muestra las medias y desviaciones estándar en cada grupo.

Tabla 1: Estadísticos de grupos

| Tipo de Población | | n | Media | Desviación típ. | Error típ. de la media |
|---|------------------------------|----|-------|-----------------|------------------------|
| Medida de Base. Suma | Niños y niñas en Institución | 10 | 23.70 | 4.111 | 1.300 |
| | Niños y niñas en familia | 14 | 18.14 | 5.882 | 1.572 |
| Pre-EMDR. Suma | Niños y niñas en Institución | 11 | 21.91 | 3.300 | .995 |
| | Niños y niñas en familia | 14 | 17.14 | 5.869 | 1.568 |
| Post-EMDR (1 semana después).Suma | Niños y niñas en Institución | 11 | 5.91 | 2.508 | .756 |
| | Niños y niñas en familia | 13 | 3.38 | 1.446 | .401 |
| Seguimiento-EMDR (2 meses después).Suma | Niños y niñas en Institución | 7 | 4.29 | 3.200 | 1.209 |
| | Niños y niñas en familia | 13 | 1.69 | 1.377 | .382 |

Los datos descriptivos muestran que antes de las actividades del campamento, los niños de institución obtienen una media en la escala de SPRINT de 23.70, con una desviación estándar de 4.11; mientras que los niños de familia obtienen una media más baja de 18.14, con una desviación estándar de 5.88.

Al realizar una comparación entre estos grupos, los puntajes de ambos grupos en las diferentes medidas a través de una prueba t de student para muestras independientes, se encontró que hubo diferencias significativas en todas las medidas, como lo muestra la Tabla 2. En todos los casos las medias del grupo de institución son mayores a las del grupo de familia.

Ante estos resultados se decidió hacer un análisis por separado para cada grupo; para comparar el efecto de la intervención a lo largo del tiempo y para contestar la pregunta sobre si las actividades de la primera fase de tratamiento, previas al reprocesamiento con Terapia EMDR, tuvieron algún efecto en la disminución de la severidad de la sintomatología del Trastorno por Estrés Postraumático.

| | t | gl | sig |
|---|-------|----|-----|
| Pre-actividades de campamento (medida de base). | 2.566 | 22 | .01 |
| Pre-Terapia EMDR | 2.405 | 23 | .02 |
| Post-Terapia EMDR. | 3.081 | 22 | .00 |
| Seguimiento a Terapia EMDR (2 meses después). | 2.558 | 18 | .02 |

Comparación de los puntajes antes de las actividades del campamento y antes de empezar el tratamiento con la Terapia EMDR.

Con el fin de evaluar el efecto de las actividades realizadas en el campamento antes de iniciar el tratamiento con la Terapia EMDR; se compararon las medidas pre-actividades de campamento (medida de base) y pre-tratamiento con Terapia EMDR, en sus modalidades grupal e individual, en ambos grupos por separado.

Al analizar los datos de los niños en institución, se encontró que no hubo diferencias significativas entre las medias obtenidas antes de las actividades del campamento y antes del tratamiento con Terapia EMDR ($x= 23.70$ vs. 21.91); $t=(9)= .989$, $p=.35$.

Al comparar las medias del grupo de familia, tampoco se encontraron diferencias significativas entre la medida antes de las actividades del campamento y la medida antes del tratamiento con Terapia EMDR ($x= 18.14$ vs $x=17.14$); $t=(13)= 9.14$, $p= .38$ (Tabla 1 y Figura 2).

Por lo que se puede concluir, que las actividades previas al reprocesamiento con Terapia EMDR, no tuvieron un efecto estadísticamente significativo en la disminución de la severidad de la sintomatología del Trastorno por Estrés Postraumático medida con el SPRINT.

Sin embargo, los clínicos entrenados en la Terapia EMDR observaron importantes indicadores de cambio en los pacientes. Tanto antes del tratamiento terapéutico (e.g., más alegres, más involucrados en las actividades grupales), como durante el tratamiento: distancia adaptativa de las memorias traumáticas y estabilidad emocional durante el reprocesamiento. Los clínicos piensan que las actividades de la primera fase del tratamiento pudieron haber ayudado a los niños a mantenerse dentro de su ventana de tolerancia (Siegel, 1999) durante las sesiones de reprocesamiento.

Al comparar los puntajes pre-post Terapia EMDR, se encuentra un marcado decremento en las medias y una significancia estadística arrojada a través de la prueba de diferencia de medias, en ambos grupos: Para el caso de niños de institución, ($X= 21.91$ vs. 5.91); $t=(10)= 11.163$, $p < .00$; y para el caso de niños de familia, ($x=17.14$ vs. $x= 3.38$); $t=(12)= 7.50$, $p < .00$ (Tabla 1 y Figura 2).



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.

Comparación del efecto del tratamiento en dos grupos diferentes.

Con el fin de corroborar las diferencias en los puntajes del SPRINT que puedan ser atribuidas al tratamiento con la Terapia EMDR, se aplicó un Modelo General Linear para medidas repetidas, incluyendo la variable tipo de población (familia o institución en el análisis). Se compararon las medidas pre, post y de seguimiento para cada uno de los grupos.

Los resultados muestran claramente que el tratamiento tuvo el mismo efecto en ambos grupos (Tabla 1 y Figura 2). Para la comparación inter-sujetos con medidas repetidas, los análisis muestran una diferencia significativa entre las medidas aplicadas.

El efecto principal se da entre la medida pre-Terapia EMDR y la medida post-Terapia EMDR, como se observa en la Figura 2, $F(1) = 185.50$ $p < .000$.

Dado que el patrón de decremento entre las tres medidas es similar para los dos grupos, no se obtuvieron diferencias atribuibles al tipo de población, $F(1) = 21.07$ $p < .23$, indicando que el cambio en las diferentes medidas es debido al tratamiento con Terapia EMDR y no al tipo de población a la que pertenecen los niños.

El decremento observado en la medida de seguimiento, confirma además que los efectos del programa no solo se mantienen a través del tiempo, sino que continúan decreciendo.

En el caso del grupo de familia las diferencias entre la medida post y la medida de seguimiento ($x=3.38$ vs. $x=1.69$) resultan significativas: $t(12) = 3.39$ $p < .00$; mientras que para los niños de institución la prueba no refleja significancia ($x=5.91$ vs $x=4.29$), sin embargo es importante resaltar el tamaño pequeño de la muestra ($t(6) = 1.68$ $p < .14$).

Mejoría Subjetiva Global. Al analizar de manera general la respuesta ante la pregunta “¿Qué tanto has mejorado a partir del tratamiento?”, la cual tiene un rango de respuesta de 0 a 100%. El promedio de respuesta para los niños de institución fue de 95.9% y para los niños de familia fue de 98.5%. Finalmente al preguntarles “¿Cuánto han mejorado los síntomas desde el tratamiento?”; la respuesta promedio fue de 5 (Mucha mejoría), en el 99% de los casos.

Discusión.

Dado que este fue un estudio de campo, no era éticamente posible mantener un grupo de control sin tratamiento. Sin embargo, 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. Pues se observó el mismo efecto estadísticamente significativo en ambos grupos (Tabla 1 y Figura 2), independientemente de si los participantes vivían con su familia o en una institución.

También muestran que el cambio en las diferentes medidas del SPRINT, fue debido al tratamiento con Terapia EMDR y no al tipo de población a la que pertenecen los niños (familia o institución).

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.

Este estudio no examinó las razones por las cuales los niños y las niñas de familia, tuvieron un mayor decremento en los puntajes del SPRINT que los niños y las niñas de institución.

De acuerdo a los clínicos entrenados en la Terapia EMDR que los atendieron; existen dos factores que podrían explicar esta diferencia en los niños de institución: Uno, mayor número de memorias traumáticas y dos, falta de redes de apoyo (como una familia adoptiva o adultos denominados “madrinas y padrinos” que los visiten en la institución, los lleven de paseo y hagan que se sientan importantes para alguien). Es necesario llevar a cabo investigación sobre este punto.

Los datos obtenidos del SPRINT, también arrojaron una Mejoría Subjetiva Global en los participantes.

Se pudo observar que las actividades previas al reprocesamiento con Terapia EMDR, no tuvieron un efecto estadísticamente significativo en la disminución de la severidad de la sintomatología del Trastorno por Estrés Postraumático medida con el SPRINT.

Sin embargo, desde la perspectiva teórica del sistema de procesamiento de la información (Shapiro, 2001); los autores consideran que un beneficio clave de las actividades de la primera fase de tratamiento, fue la creación y/o fortalecimiento de redes de memoria con información positiva/adaptativa. Estas redes de memoria estuvieron accesibles para los niños y las niñas durante el reprocesamiento de sus memorias traumáticas con Terapia EMDR grupal e individual.

Probablemente por ello, los clínicos entrenados en la Terapia EMDR que hicieron el trabajo de campo, observaron importantes indicadores subjetivos de cambio en los participantes. Tanto antes del tratamiento terapéutico (e.g., más alegres, más involucrados en las actividades grupales), como durante el tratamiento: distancia adaptativa de las memorias traumáticas y estabilidad emocional durante el reprocesamiento; lo que posiblemente les ayudó a mantenerse dentro de su ventana de tolerancia (Siegel, 1999).

Debe notarse, que al igual que en el primer estudio de investigación (Jarero, Roque-López, & Gómez, 2013), aunque una sola memoria traumática fue elegida como blanco al inicio del reprocesamiento grupal (“*el recuerdo que mejor represente todas las experiencias difíciles que han vivido*”), los efectos del reprocesamiento 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 paciente elige para reprocesar un incidente que representa una agrupación (cluster) particular, “*los reportes clínicos han verificado que la generalización generalmente ocurre, causando un efecto de reprocesamiento a través de toda la agrupación de incidentes.*” (p. 207).

Un aspecto importante de esta investigación que debe de ser mencionado, es la aplicación de más Terapia Intensiva EMDR. A diferencia del primer estudio de investigación en donde los 34 participantes recibieron dos sesiones grupales de reprocesamiento y 26 de ellos (76 %) necesitaron Terapia individual EMDR para alcanzar SUD de cero. En este estudio, los 25 participantes recibieron tres sesiones grupales de reprocesamiento y solo 11 (44 %) necesitaron de Terapia individual EMDR para alcanzar los SUD de cero.

Este campamento de recuperación del trauma, arrojó resultados estadísticamente significativos. Como para suponer que los participantes vivieron cambios significativos, que les permitirán seguir con sus vidas de una forma adaptativa.

Los resultados positivos de este estudio, muestran que este tratamiento multi-componente fue muy efectivo y limitado en tiempo. Además, que tratar a un grupo grande de niños en una semana es ventajoso en términos de costos económicos.

Parece ser que este abordaje multi-componente puede ser una alternativa eficiente al tipo de tratamiento que típicamente se les proporciona a los niños con trauma complejo (Jarero, Roque-López, & Gómez, 2013). Y que consiste en sesiones grupales o individuales, que se extienden por periodos de 2 a 3 meses.

Recomendaciones.

Dado que hay pocos estudios sobre tratamientos desarrollados específicamente para el tratamiento de personas con historias de trauma complejo (Cloitre et al., 2011). Los autores recomiendan: que se continúe con la investigación del 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.

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.

Anda, R.F., Brown, D.W., Felitti, V.J., Bremner, J.D., Dube, S.R., & Giles, W.H. (2007). Adverse childhood experiences and prescribed psychotropic medications in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 32, 389-394.

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. (2011). Escenas detrás de las alas del Abrazo de la Mariposa. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 2(2), 1-10. Retrieved on December 25, 2013 from: <http://revibapst.com/page23.html>

Binswanger, L. (1971). *Introduction à l'analyse existentielle*. Paris, France: Editions de Minuit.

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>

Boyesen, G. (1985). *Entre psyché et soma*. Paris, France: Payot.

Briere, J., Kaltman, S., & Green, B. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 223-236.

Chapman, D.P., Whitfield, C.L., Felitti, V.J., Dube, S.R., Edwards, V., & Anda, R.F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82, 217-225.

Chard, K. M. (2005). An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 965–971.

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.

Cloitre, M., Stolbach, B.C., Herman, J.L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., & Petkove, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 399-408.

Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress, 24*(6), 615–627.

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.

Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V.,...Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study: *American Journal of Preventive Medicine, 14*, 245-258.

Dong, M., Dube, S.R., Felitti, V.J., Giles, W.H., & Anda, R.F. (2003). Adverse childhood experiences and self-reported liver disease: New insights into the causal pathway. *Archives of Internal Medicine, 163*, 1949-1956.

Ecker, B., Ticic, R., & Hulley, L. (2012). *Unlocking the Emotional Brain: Eliminating symptoms at their roots using memory reconsolidation*. Routledge Chapman & Hall.

Fleming, J. (2012). The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of traumatized children and youth. *Journal of EMDR Practice and Research, 6*(1), 16–26.

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.

Hanson, R. & Mendius, R. (2009), *Buddha's Brain, the practical neuroscience of happiness, love and wisdom*. New Harbinger Publications, Inc., Oakland, CA.

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-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.

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.

Lovett, J. (1999). *Small wonders, healing childhood trauma with EMDR*. New York, NY: The Free Press.

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

Maignant, I. (2007). *My Buddy's coloring book*. Paris, France: Editions Maignant.

Nhat-Hanh, T. (1974). *The miracle of being awake*. Boston, MA: Beacon Press.

Nhat-Hanh, T. (2002). *Under de Rose Apple Tree*, Parallax Press, Berkeley, CA

O'hare, D. (2008). *Maigrir par la cohérence cardiaque. Contrôlez votre rythme cardiaque, réduisez votre stress, mangez moins*. Ed. Thierry Souccar.

Paget, N. (2013, February). *Why me God? Exploring Spiritual Assessments during Faith & Doubt*. . In presentation at the ICISF 12 th World Congress on Stress, Trauma & Coping: Navigating the Next Era of Crisis and Disaster Response. MD. USA.

Patanjali, S. (1991). Yoga sutras. In J. H. Woods (Ed.), *Yoga sutras de Patanjali* (p. 29). Paris, France: Albin Michel.

Pombo, R. (2012). Ministerio de Cultura de Colombia. *Cartilla, promoción de lectura y escritura*.

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.

Servan-Schreiber, D. (2003). *Guérir, le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse*. Paris, France: Editions Robert Laffont.

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.

Siegel, D. (1999). *The Developing Mind*. New York. Wilford.

Tufnell, G. (2005). Eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of pre-adolescent children with post-traumatic symptoms. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10(4), 587–600.

van der Kolk, B. A. (2012, June). *Trauma in different mental disorders*. Paper presented at the 13th Conference EMDR Europe, Madrid, Spain.

van der Kolk, B.A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*. Vol. 1, No. 5, Pages 253-265.

van der Kolk. (2006). *Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD*. New York Annals of Science. . New York Academy of Sciences.

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

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

Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z., & Kabat-Zinn, J. (2007). *Méditer pour ne pas déprimer*. Paris, France: Editions Odile Jacob.

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.

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.