

# Estudio aleatorizado controlado multirresidencial y longitudinal sobre la aplicación del EMDR-IGTP-OTS a personas menores de edad migrantes no acompañadas en acogimiento residencial en la Comunidad Valenciana, España

Rosa J. Molero Mañes<sup>1</sup>, Ignacio Jarero<sup>2,\*</sup>, Martha Givaudan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Junta General para la Protección de la Infancia y la Adolescencia, Valencia, España

<sup>2</sup>Departamento de Investigación, Asociación Mexicana para Ayuda Mental en Crisis, Ciudad de México, México

## Dirección de correo electrónico:

rosa.molero@uv.es (R. J. Molero), nacho@amamecrisis.com.mx (I. Jarero), martha@imifap.org.mx (M. Givaudan)

\*Autor al que se le envía correspondencia

**Este artículo es una traducción del original autorizada por los propietarios del copyright.**

## Para citar este artículo:

Rosa Josefa Molero, Ignacio Jarero, Martha Givaudan. Longitudinal Multisite Randomized Controlled Trial on the Provision of the EMDR-IGTP-OTS to Refugee Minors in Valencia, Spain. *American Journal of Applied Psychology*. Vol. 8, No. 4, 2019, pp. 77-88.  
doi: 10.11648/j.ajap.20190804.12

Recibido: 13 de agosto, 2019; Aceptado: 24 de agosto, 2019; Publicado: 11 de septiembre, 2019

**Resumen:** El objetivo de este estudio aleatorizado controlado multirresidencial y longitudinal fue evaluar la efectividad del Protocolo Grupal e Integrativo de terapia EMDR, adaptado para Estrés Traumático Continuado (EMDR-IGTP-OTS, por sus siglas en inglés) en la reducción de síntomas severos de trastorno por estrés postraumático, depresión y ansiedad en una muestra de menores (adolescentes) migrantes no acompañados en la Comunidad Valenciana (España). El estudio se llevó a cabo en 2019 en la Comunidad de Valenciana, España, inicialmente en seis residencias de acogida. Un total de 184 adolescentes (todos hombres) cumplieron los criterios de inclusión. Las edades de los participantes oscilaron entre los 13 y los 17 años ( $M = 16,36$  años). El tiempo que había pasado desde la llegada de los participantes a las diferentes residencias variaba entre enero de 2018 y marzo de 2019. La participación fue voluntaria con el consentimiento de los participantes y de sus representantes legales. En este estudio, se proporcionó terapia EMDR intensiva. Este formato intensivo permitió a los participantes completar el tratamiento completo en un corto período de tiempo. El tratamiento fue proporcionado simultáneamente por dieciocho clínicos EMDR oficialmente capacitados en la administración del protocolo, divididos en seis equipos. Cada uno de los participantes del grupo de tratamiento recibió un promedio de ocho horas de tratamiento, durante nueve sesiones de tratamiento en grupo, tres veces al día durante tres días consecutivos en un espacio dentro de las seis residencias. El tratamiento EMDR-IGTP-OTS se centró únicamente en los recuerdos perturbadores relacionados con su vida como migrantes y no abordó ningún otro recuerdo. No se reportaron efectos adversos durante el tratamiento ni en la evaluación tres meses después del tratamiento. El análisis de los datos mediante medidas repetidas ANOVA mostró que el EMDR-IGTP-OTS fue efectivo para reducir los síntomas de TEPT en el grupo de tratamiento ( $F (2, 122) = 43,17$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,414$ ). Un efecto significativo para el grupo ( $F (1, 61) = 5,52$ ,  $p < 0,05$ ,  $\eta^2 = 0,098$ ) y una interacción significativa entre el tiempo y el grupo para esta variable, ( $F (2, 122) = 11,10$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,154$ ) confirmaron los efectos del tratamiento. Se encontraron efectos significativos para el tiempo ( $F (1, 61) = 7,46$ ,  $p < 0,109$ ) y para la interacción entre el tiempo y el grupo ( $F (1, 61) = 6,13$ ,  $p < 0,01$ ,  $\eta^2 = 0,091$ ) tanto para la ansiedad como para la depresión ( $F (1, 61) = 7,02$ ,  $p < 0,01$ ,  $\eta^2 = 0,104$ ) y ( $F (1, 61) = 7,92$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,116$ ). Los resultados del estudio indican que la administración intensiva del EMDR-IGTP-OTS podría ser un componente factible, rentable, eficiente en términos de tiempo, culturalmente sensible y un componente efectivo de un programa multidisciplinario psicosocial basado en grupos para tratar los síntomas de TEPT, depresión y ansiedad entre las personas menores de edad migrantes no acompañadas.

**Palabras clave:** Reprocesamiento y desensibilización mediante movimientos oculares (EMDR), EMDR-IGTP-OTS, trastorno por estrés postraumático (TEPT), ansiedad, depresión, personas menores de edad, refugiados

## 1. Introducción

Una persona refugiada es aquella que, por temor fundado a ser perseguida, ha cruzado una frontera internacional para buscar protección en otro país, y cuya solicitud de asilo ha sido reconocida por las entidades pertinentes [1]. En todo el mundo, la población desplazada por la fuerza aumentó en

2,9 millones de personas en 2017. Un total de 68,5 millones de personas fueron desplazadas por la fuerza en todo el mundo como resultado de persecuciones, conflictos o violencia generalizada. Se estima que 16,2 millones de personas fueron desplazadas en 2017. Esto incluye 11,8 millones de personas que lo fueron dentro de las fronteras de sus propios países y 4,4 millones fuera de ellas. Las

regiones en desarrollo acogieron al 85 por ciento (alrededor de 16,9 millones de personas) de las personas refugiadas del mundo bajo el mandato del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). Los países menos desarrollados proporcionan asilo a una proporción cada vez mayor, que representa un tercio del total mundial (6,7 millones de refugiados). En 2017, el número de nuevos desplazamientos equivalía a un promedio de 44.400 personas que se ven obligadas a huir de sus hogares todos los días y alrededor de 3,1 millones de personas estaban a la espera de una decisión sobre su solicitud de asilo, aproximadamente la mitad en las regiones en desarrollo. Esto incluye 173.800 niños, niñas y adolescentes no acompañados y separados de sus familias. Las personas menores de edad constituyan aproximadamente la mitad de la población de refugiados en 2017. A finales de ese año, España había recibido a 17.561 refugiados y personas en situación similar a la de los refugiados, con una población total de 54.028 personas. [2].

Desde 2016, como consecuencia del fenómeno migratorio que afecta a toda España, la llegada de personas menores de edad migrantes no acompañadas a la Comunidad Valenciana fue aumentado, llegando a 952 en 2018, en su mayoría procedentes de Marruecos, menos de Argelia y un bajo porcentaje de origen subsahariano. Todas ellas comparten un mismo objetivo: encontrar un hogar, definitivo o temporal, desde donde desarrollar sus sueños y su potencial apoyados por personas adultas que las cuidan. En la actualidad, 4.232 niños, niñas y adolescentes, se encuentran dentro del sistema de protección de la Comunidad Valenciana que viven en mayoritariamente en familias acogedoras, el resto se distribuyen entre 116 hogares (con capacidad hasta 7 personas) o residencias (de 8 o más personas). De ellos, 2.624 viven en hogares con familias y 1.608 en acogimiento residencial. No hay información sobre la causa que motive la ausencia de la llegada de niñas al territorio español. Las organizaciones dicen que, aunque las niñas también abandonan sus países de origen, no llegan a Europa debido a su captación por mafias dedicadas a la explotación sexual infantil [3].

La traumatización de la persona refugiada se suele experimentar de forma secuencial (es decir, antes, durante y después de la huida) [4]. Un gran porcentaje de personas refugiadas ha sufrido experiencias traumáticas antes de llegar al país de acogida (p. ej., asesinatos de miembros de la familia, violencia, guerra, lesiones, conflictos, tortura, persecución, hambre, enfermedades) [5]. Durante su viaje, la mayoría de ellas han sufrido riesgo de explotación sexual y trata de personas [6]. Después de su llegada al país de acogida, los adolescentes migrantes no acompañados se enfrentan a factores de estrés traumáticos (es decir, pobreza, falta de apoyo social, discriminación, sentimiento de pérdida y ansiedad por su incierto futuro) [7-9]. Hasta el 91% de los grupos de refugiados en los países de acogida viven con trastorno por estrés postraumático (TEPT) [10-11]. Se han reportado tasas de 25-30% para el TEPT y 30-43% para la depresión entre las poblaciones expuestas a conflictos y desplazamientos masivos [12-13]. Desde 2004, el ACNUR recomendó que se aumentaran y fortalecieran los servicios de salud mental para los refugiados [14]. El TEPT es un trastorno mental que ocurre después de la exposición a

episodios potencialmente mortales (criterio A) y se caracteriza por una intensa revivencia del evento traumático a través de recuerdos intrusivos y pesadillas (criterio B); evitación de recordatorios del evento (criterio C); alteraciones negativas en la cognición y el estado de ánimo (criterio D); hipervigilancia ante amenazas potenciales en el medio ambiente (criterio E); y en algunos casos, síntomas de despersonalización persistentes o recurrentes [15].

### **1.1. Terapia EMDR**

La terapia de reprocesamiento y desensibilización mediante movimientos oculares (EMDR, por sus siglas en inglés) es un abordaje integral estructurado de ocho fases que aborda los aspectos pasados, presentes y futuros de los recuerdos perturbadores de experiencias adversas de vida. Se guía por el modelo del Procesamiento Adaptativo de la Información (PAI) [16]. En pocas palabras, el PAI es un modelo de patogénesis y cambio. Este singular modelo teórico postula que la psicopatología se origina principalmente por los recuerdos de experiencias adversas de vida que han sido procesadas inadecuadamente y almacenadas desadaptativamente en la forma específica en que se experimentó. El PAI es la piedra angular de la terapia EMDR porque interpreta los fenómenos clínicos, predice resultados positivos del tratamiento y guía la práctica clínica. La terapia EMDR y la terapia cognitiva conductual centrada en el trauma (TCC-CT) son las únicas psicoterapias recomendadas para niños, niñas, adolescentes y personas adultas con TEPT en las *Directrices de la OMS para el tratamiento de afecciones específicamente relacionadas con el estrés* [17].

### **1.2. Protocolo grupal e integrativo de terapia EMDR adaptado para estrés traumático continuado**

El protocolo grupal e integrativo de terapia EMDR (EMDR-IGTP, por sus siglas en inglés) para intervención temprana fue desarrollado por miembros de la Asociación Mexicana de Ayuda Mental en Crisis (AMAMECRISIS) para atender la gran necesidad de servicios de salud mental después de que el huracán Paulina devastara las costas de los estados de Oaxaca y Guerrero en el año 1997 [18]. El protocolo combina las ocho fases de tratamiento de terapia EMDR con un modelo de terapia de grupo y un formato de arteterapia y utiliza el abrazo de la mariposa (BH, por sus siglas en inglés) como una forma de estimulación bilateral autoadministrada [19].

La justificación para modificar el protocolo individual estándar de terapia EMDR fue proporcionar servicios de salud mental en circunstancias posteriores al desastre y satisfacer las necesidades de salud mental de la población. El protocolo fue diseñado originalmente para trabajar con población infantil y posteriormente fue modificado para su uso con personas adultas [20-21]. El protocolo se compara favorablemente con el tratamiento grupal de otros modelos en términos de tiempo, recursos y resultados [22]. En el EMDR-IGTP, el entorno de grupo permite la administración grupal de un tratamiento individual, lo que garantiza que se puedan tratar a muchas personas simultáneamente. Esto es muy valioso en entornos donde los recursos son limitados. La terapia con el EMDR-IGTP es muy diferente de la terapia de grupo tradicional (p. ej., Yalom, 1970) que fomenta la interacción entre las personas que componen el grupo, que

se proporcionan mutuamente apoyo y validación, y en la cual el proceso de grupo se considera un mecanismo de cambio fundamental [23]. También es muy diferente de la TCC grupal centrada en el trauma (TCC-GCT) en el sentido de que los componentes de la práctica de la TCC-GCT incluyen el desarrollo de una narrativa del trauma y la exposición gradual *in vivo* [24]. Otra diferencia importante es la confidencialidad. Mientras que en el tratamiento con el EMDR-IGTP existe una confidencialidad estricta, en la TCC-GCT «no se puede garantizar una confidencialidad estricta por parte de otras personas componentes del grupo» (p. 62). Los estudios han utilizado una serie de términos para describir el EMDR-IGTP, como el protocolo grupal de EMDR, el protocolo grupal de EMDR para población infantil y el protocolo del abrazo de la mariposa.

Este protocolo ha sido utilizado en su formato original o con modificaciones para adaptarse a las circunstancias culturales, en numerosos lugares alrededor del mundo para miles de supervivientes de catástrofes naturales o provocadas por el hombre [25-28]. Estos incluyen informes anecdóticos [29-30]; nueve estudios piloto de campo con personas menores de edad y personas adultas después de catástrofes naturales masivas en México, Nicaragua, El Salvador, Colombia y Venezuela [31-33]; informes de casos y estudios de campo han documentado su efectividad en niños, niñas, adolescentes y personas adultas después de catástrofes naturales o provocadas por el hombre [34-43]; durante traumas de guerra continuados [44]; durante crisis geopolíticas continuadas [45]; con mujeres que han sido agredidas sexualmente en el Congo [46]; con niños y niñas refugiados de guerra en Alemania [47]; con niños, niñas y adolescentes que fueron víctimas de violencia interpersonal severa [48-50]; con miembros del personal de las organizaciones no gubernamentales (ONG) que atienden niños, niñas y adolescentes con traumas interpersonales severos [51]; con personas cuidadoras de pacientes con demencia [52]; con latinas hispanohablantes sobrevivientes de violencia doméstica [53]; con personas menores de edad refugiadas en el Reino Unido, Turquía, Etiopía [54-56]; y como tratamiento de emergencia para niños, niñas y adolescentes supervivientes de los atentados terroristas del 13 de noviembre de 2015 en París [57].

Para Stevens *et al.*, las conceptualizaciones existentes del estrés traumático, como el TEPT y el TEPT complejo, pueden tener una utilidad limitada para la amenaza y el peligro continuos por la noción de que la exposición al trauma se localiza temporalmente en el pasado [58]. Por lo tanto, no captan las experiencias cotidianas de estrés traumático continuado con una ausencia de espacios seguros en los que encontrar protección y experimentar una recuperación [59]. Diamond *et al.* propusieron el término «respuesta al estrés traumático continuado» (OTSR, por sus siglas en inglés), que hace referencia al efecto acumulado de la exposición continuada por la cual los síntomas de ansiedad se desarrollan gradualmente a lo largo del tiempo como resultado acumulativo de la continua exposición a la amenaza [60]. Nuttman-Schwartz y Shoval-Zuckerman afirman que «se necesitan marcos de trabajo suplementarios para comprender el impacto psicológico de vivir con una continua exposición al peligro, así como estrategias de intervención apropiadas para hacer frente a la vida en una

realidad de violencia persistente». [61] (p.2). Para Kaminer *et al.*, los protocolos de tratamiento deben ser más sensibles a la hora de tratar a personas expuestas a conflictos continuados, teniendo en cuenta que los síntomas de estrés se derivan tanto de la exposición directa o indirecta del pasado como de las posibles daños causados por eventos traumáticos futuros [62].

Jarero y Artigas han argumentado que desde la perspectiva de las redes de memoria (patrones de memorias asociadas) las situaciones de trauma agudo están relacionadas no sólo con un marco temporal (de días, semanas o meses) sino también con un período de seguridad post-trauma [63]. En su conceptualización de casos clínicos basada en el modelo PAI, afirman que para las personas que viven un trauma histórico con eventos traumáticos continuados en los que no hay una ventana de seguridad post-trauma para la consolidación del recuerdo traumático, se dificulta la consolidación (transición de la memoria a corto plazo a la memoria a largo plazo) del recuerdo traumático [64-66]. Por lo tanto, el continuo de eventos traumáticos *externos* crea una red de memoria acumulativa de exposición al trauma, formada por memorias patogénicas ligadas con similar información emocional, somática, sensorial y cognitiva, que no le da a la red de memoria traumática acumulativa y estado dependiente, el tiempo suficiente para consolidarse en un todo integrado [67-69]. Por ello, esta red de memorias patogénicas interconectadas permanece en un estado excitatorio permanente como memoria a corto plazo, expandiéndose con cada evento traumático subsiguiente (análogo al efecto de la onda de un guijarro que se tira a un estanque), extendiéndose hasta el momento presente, y que frecuentemente produce preocupaciones desadaptativas/catastróficas sobre el futuro o *flash-forwards* [70]. Ellos piensan que este tipo de situaciones de estrés traumático continuado requieren un enfoque de tratamiento EMDR diferente al que se utiliza para los eventos que tienen un período de seguridad post-trauma [71-74]. Por lo tanto, Jarero *et al.* adaptaron el EMDR-IGTP para tratar a niños, niñas, adolescentes y personas adultas que viven (como las personas refugiadas) con estrés traumático continuado sin período de seguridad posttrauma para la consolidación de las memorias y desarrollaron el EMDR-IGTP adaptado para el estrés traumático continuado (EMDR-IGTP-OTS) [75-79]. El debate sobre estudios previos de terapia EMDR con personas refugiadas está más allá del alcance de este artículo. Por lo tanto, los y las lectoras pueden encontrar esos estudios en las siguientes referencias [54-56, 80-84].

## 2. Objetivo

El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia del EMDR-IGTP-OTS en reducir síntomas severos de trastorno por estrés postraumático, depresión y de ansiedad en una muestra de personas menores de edad migrantes no acompañadas en la Comunidad Valenciana, España.

## 3. Método

### 3.1. Diseño del estudio

Para medir el efecto del EMDR-IGTP-OTS sobre las variables dependientes TEPT, ansiedad y depresión, este estudio

utilizó un diseño aleatorizado controlado longitudinal, que comparó un grupo con tratamiento y un grupo control sin tratamiento. Los síntomas del TEPT se midieron en tres puntos en el tiempo: tiempo 1 de pretratamiento, tiempo 2 de postratamiento y tiempo 3 de seguimiento. Los síntomas de ansiedad y depresión se midieron en el tiempo 1 de pretratamiento y en el tiempo 3 de seguimiento.

### **3.2. Ética y estándares de oro**

El protocolo de investigación fue revisado y aprobado por la Dirección General de Infancia y Adolescencia de la Comunidad Valenciana con las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, las Directrices de Buenas Prácticas Clínicas de la Agencia Europea de Medicamentos (versión 1 de diciembre de 2016) y la Declaración de Helsinki revisada en 2013. La calidad de la investigación de este estudio se basó en los ítems de la escala del Estándar de Oro Revisado [85]. Estos incluyen (a) los síntomas diana (blanco) se definieron claramente, (b) las medidas fueron confiables y válidas, (c) evaluadores independientes no ciegos no recolectaron las medidas de postratamiento en los tiempos 2 y 3. Las medidas posteriores al tratamiento fueron recogidas por asistentes de investigación ciegos; (d) se verificó la fiabilidad de quien evaluaba, (e) el tratamiento fue manualizado, (f) se llevó a cabo una asignación aleatoria ciega, (g) la fidelidad al tratamiento no fue evaluada por supervisoras. Sin embargo, la fidelidad al tratamiento y la adherencia al protocolo se cumplieron porque los y las terapeutas EMDR observaron estrictamente todos los pasos del protocolo con guion, (h) no hubo otros tratamientos terapéuticos simultáneos, (i) no se utilizaron medidas multimodales, y (j) la duración del tratamiento fue apropiada para los participantes civiles con trauma único (cinco o más sesiones).

### **3.3. Participantes**

Este estudio se realizó en 2019 en la Comunidad Valenciana, España, en seis residencias de acogida. Se reclutaron 196 posibles participantes, de los cuales cuatro alcanzaron la mayoría de edad y abandonaron la residencia, y ocho no quisieron participar en el estudio. Un total de 184 adolescentes migrantes no acompañados participaron en la explicación del proyecto de investigación, asistieron a la entrevista de admisión y cumplieron los criterios de inclusión.

Los criterios de inclusión fueron: a) Ser una persona menor de edad (menor de 18 años), b) ser una persona migrante sin referencias familiares y vivir en una de las residencias de acogida de la Comunidad Valenciana, c) participar voluntariamente en el estudio, d) no estar recibiendo terapia especializada para el trauma, e) no recibir terapia farmacológica para los síntomas de estrés postraumático.

Los criterios de exclusión fueron: (a) ideación autolesiva/suicida u homicida continuada, (b) diagnóstico de esquizofrenia, trastorno psicótico o trastorno bipolar, (c) diagnóstico de trastorno disociativo, (d) trastorno mental

orgánico, (e) un problema actual activo de dependencia química, (f) deterioro cognitivo significativo (p. ej., discapacidad intelectual grave, demencia), (g) presencia de síntomas incontrolables debido a una enfermedad médica.

Un total de 184 adolescentes (todos hombres) cumplieron los criterios de inclusión. La edad de los participantes variaba entre 13 y 17 años ( $M = 16,36$  años). El tiempo transcurrido desde la llegada de los participantes a las residencias variaba entre enero de 2018 y marzo de 2019. La participación fue voluntaria, con el consentimiento tanto de los participantes como de sus tutores legales.

### **3.4. Procedimiento de aleatorización y evaluación ciega**

Los participantes fueron asignados aleatoriamente con una relación de 1:1 a un grupo de tratamiento o a un grupo de control sin tratamiento usando una lista de números aleatorios generada por ordenador. Dos personas evaluadoras independientes, ciegas respecto a las condiciones del tratamiento, realizaron el proceso de asignación al azar para evitar la influencia de dicha asignación. A los participantes se les informó en persona si pertenecían al grupo de tratamiento o al grupo de control. Se informó a los pacientes del grupo de control sin tratamiento que, por razones éticas, recibirían el tratamiento una vez concluido el estudio. Al personal asistente de la investigación a cargo de las evaluaciones se les ocultó la asignación al grupo de aleatorización. Hubo 93 participantes en el grupo de tratamiento y 91 participantes en el grupo control. Véase el diagrama de flujo de la figura 1.

### **3.5. Instrumentos**

1) Se utilizó la Lista de verificación del trastorno por estrés postraumático para el DSM-5 (PCL-5) proporcionada directamente por el Centro Nacional de TEPT (NCPTSD) y se adaptó, con la aprobación del NCPTSD, el intervalo de tiempo para que los síntomas fueran sobre la semana anterior en lugar del mes anterior, debido a la alta movilidad de esta población [86-87]. El instrumento fue traducido al árabe y al francés y traducido a la inversa. Contiene 20 ítems e incluye tres nuevos síntomas de TEPT (en comparación con la lista de control del TEPT para el DSM-IV) [88]: culpa, emociones negativas y comportamiento imprudente o autodestructivo. Los encuestados indican cuánto les ha perturbado cada síntoma de TEPT durante la última semana (en lugar del último mes), usando una escala de 5 puntos que va desde 0=nada, 1=un poco, 2=moderadamente, 3=bastante y 4=extremadamente. Se puede obtener una puntuación total de los síntomas de cero a 80 sumando los ítems. La suma de las puntuaciones da como resultado una medida continua de la gravedad de los síntomas del TEPT en los grupos de síntomas y en todo el trastorno. La psicometría para el PCL-5, validada contra la escala 5 de diagnóstico del TEPT administrada por el clínico (CAPS-5), sugiere que una puntuación de 31-33 es óptima para determinar el diagnóstico probable de TEPT [89], y se recomienda una puntuación de 33 para su uso en la actualidad.

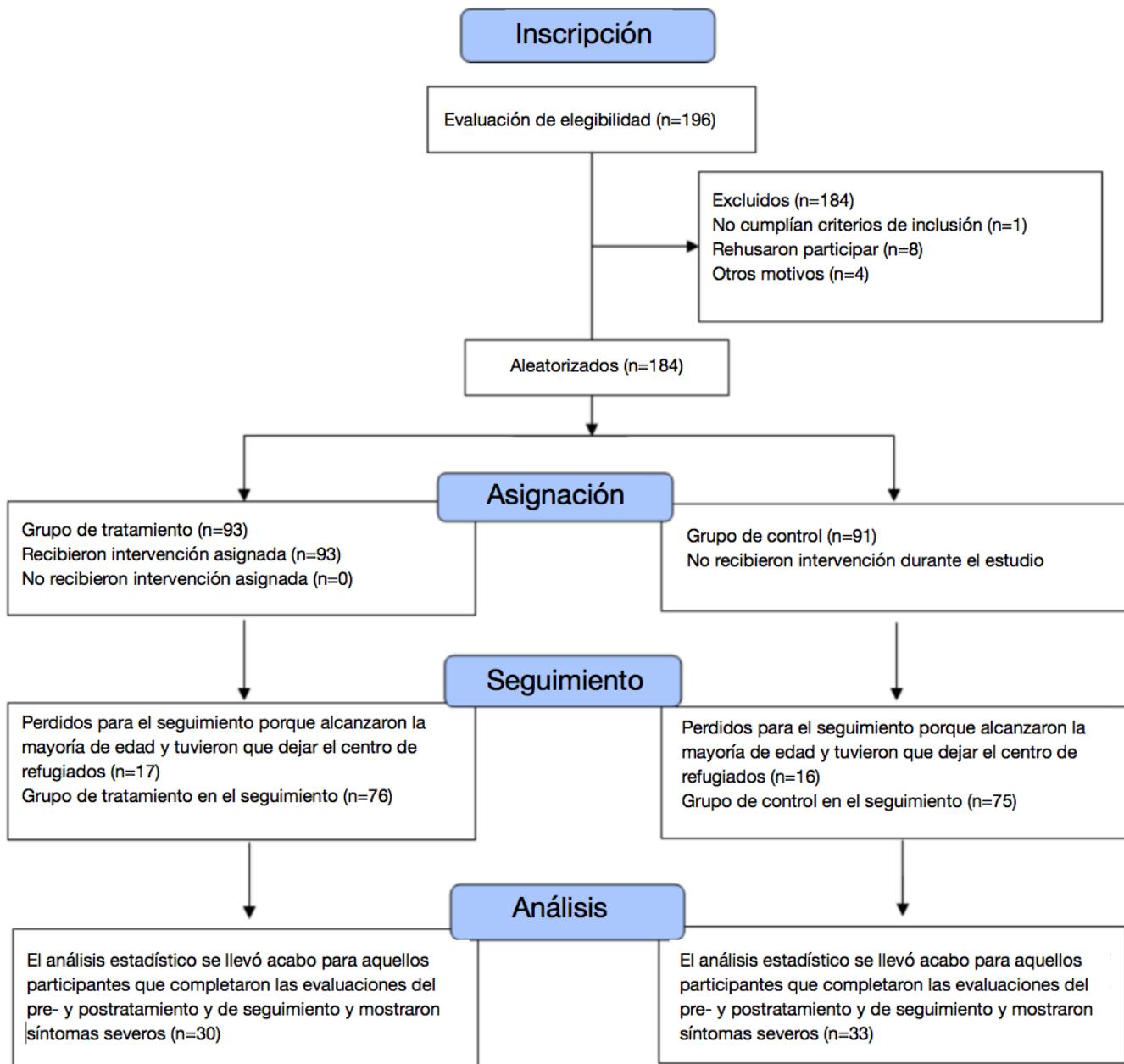


Figura 1. Diagrama de flujo.

El PCL-5 está destinado a una variedad de tareas de evaluación clínicas y de investigación, que incluyen cuantificar la gravedad de los síntomas del TEPT, medir el constructo subyacente del TEPT, establecer un diagnóstico provisional del TEPT y estimar la presunta prevalencia del TEPT. Las reglas de decisión para el diagnóstico de TEPT basado en el PCL-5 son muy precisas comparadas con los resultados de la prueba CAPS. En un estudio reciente, los resultados revelaron que los veteranos de guerra que cumplían con los síntomas centrales en el PCL-5 tenían más del doble de probabilidades (cociente de probabilidad [CP] = 2.5, 95.0% IC [1.68, 3.87]) de cumplir con el TEPT diagnosticado con el CAPS-5. [90]. Es importante mencionar que, en la primera reunión de evaluación, antes de responder al PCL-5, se pidió a todos los participantes que se centraran específicamente en el peor evento relacionado con ser un refugiado que más les molestaba en ese momento; luego, en cada una de las reuniones de evaluación subsiguientes, se les pidió que se centraran en el mismo evento.

2) La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS, por sus siglas en inglés) ha sido ampliamente utilizada para evaluar estas comorbilidades psiquiátricas en diversos entornos clínicos en todos los niveles de los servicios de salud y con la población general [91-92]. El instrumento fue traducido al árabe y al francés y traducido a la inversa. Es una escala de autoinforme de 14 ítems para medir la ansiedad (7 ítems) y la depresión (7 ítems) de los pacientes con problemas somáticos y mentales usando una escala de Likert de 4 puntos que va de 0 a 3. Las descripciones de las respuestas de todos los ítems son: Sí, definitivamente (puntuación de 3); Sí, a veces (puntuación de 2); No, no mucho (puntuación de 1); No, en absoluto (puntuación de 0). Una puntuación más alta representa niveles más altos de ansiedad y depresión: una puntuación en cada uno de los dominios de 11 o más indica ansiedad o depresión; de 8 a 10 indica un caso límite; de 7 o menos indica que no hay indicios de ansiedad o depresión.

### **3.6. Procedimiento**

#### **3.6.1. Sensibilidad cultural, tiempos de evaluación, recopilación ciega de datos y confidencialidad de los datos**

Los hogares y residencias de acogida en la Comunidad Valenciana donde existe población migrante no acompañada cuentan con personas mediadoras culturales. Desempeñan un papel importante en la vida de estos jóvenes porque comparten su idioma, su religión y su cultura. Se sienten seguros y tienen un vínculo positivo con ellas. Por lo tanto, antes de la intervención, las y los clínicos de EMDR participaron en un enfoque culturalmente sensible hacia las costumbres y la herencia cultural de las personas participantes con el apoyo de la persona experta en mediación cultural. Todas las entrevistas, evaluaciones y administraciones del protocolo se llevaron a cabo en el idioma del adolescente con la ayuda de las personas mediadoras culturales. Para reducir cualquier posible prejuicio contra el tratamiento o la necesidad percibida de tratamiento por estar "locos", la gravedad de los síntomas no fue un criterio ni de inclusión ni de exclusión. Además, las personas ayudantes de investigación proporcionaron psicoeducación sobre el trauma y respondieron a las preguntas de los adolescentes relacionadas con el trauma, el TEPT, la ansiedad, la depresión y la terapia EMDR.

Las personas menores de edad que participaron en el grupo de tratamiento y en el de control completaron los instrumentos, traducidos a sus idiomas, de forma individual en los diferentes momentos de medición. Durante el tiempo 1, los y las profesionales de salud mental asignados a cada residencia realizaron la entrevista de admisión, recopilaron historias clínicas y firmaron formularios de consentimiento informado de los participantes y sus tutores legales. La aplicación de instrumentos para ambos grupos se realizó después de este procedimiento por parte de asistentes de investigación que no eran ciegos respecto al estudio, pero sí respecto a la asignación del tratamiento. Durante el tiempo 2 (evaluación posterior al tratamiento) y el tiempo 3 (evaluación de seguimiento 90 días después del tratamiento) los y las ayudantes de investigación, ciegos respecto a la asignación del tratamiento, realizaron una evaluación de todos los participantes.

Todos los datos fueron recogidos, almacenados y manejados en pleno cumplimiento de los requisitos de la Dirección General de Infancia y la Adolescencia de la Comunidad Valenciana para garantizar la confidencialidad. Se obtuvo el consentimiento para acceder a sus datos personales, lo que era estrictamente necesario para el control de calidad del estudio. Todas las personas involucradas en este proyecto de investigación estaban sujetas al secreto profesional.

#### **3.6.2. Abandono del estudio**

Todos los participantes en la investigación tenían derecho a abandonar el estudio sin justificación en cualquier momento y con garantías de que no obtendrían resultados perjudiciales. Si los participantes decidían abandonar el estudio, ya no se les daba seguimiento en el protocolo de investigación. Hubo 33 abandonos de este estudio. Véase el diagrama de flujo en la Figura 1.

#### **3.6.3. Tratamiento**

En este estudio, se proporcionó terapia EMDR intensiva [93-94]. Las evidencias sugieren que programar con mayor frecuencia las sesiones de tratamiento maximiza los resultados del tratamiento del TEPT [95]. Este formato intensivo permitió a los participantes llevar a cabo el tratamiento completo en un corto período de tiempo. Los participantes en el grupo de tratamiento completaron un total de nueve sesiones de tratamiento durante tres días consecutivos, tres veces al día.

##### *Terapeutas y fidelidad al tratamiento*

El EMDR-IGTP-OTS fue proporcionado por dieciocho personas profesionales expertas en EMDR certificadas y oficialmente capacitadas en la administración del protocolo. La fidelidad al tratamiento y la adherencia al protocolo se cumplió con la estricta observancia de los y las terapeutas EMDR a todos los pasos del guion del protocolo.

##### *Descripción del tratamiento EMDR-IGTP-OTS y tolerancia al mismo.*

Se llevó a cabo una sesión individual de recogida de historia y evaluación para cada posible miembro del grupo para determinar su idoneidad y preparación para el tratamiento EMDR, siguiendo los procedimientos estándar. El tratamiento fue proporcionado simultáneamente por dieciocho personas expertas en terapia EMDR certificadas y oficialmente capacitadas en la administración del protocolo, divididas en seis equipos. Cada uno de los participantes del grupo de tratamiento recibió un promedio de ocho horas de tratamiento durante nueve sesiones de tratamiento de grupo, tres veces al día durante tres días consecutivos en un entorno dentro de los seis emplazamientos. El tratamiento EMDR-IGTP-OTS se centró únicamente en los recuerdos perturbadores relacionados con su vida como refugiados y no abordó ningún otro recuerdo. Durante este proceso, los participantes siguieron las instrucciones de la persona que ejercía de jefa del equipo y trabajaron en silencio y de forma independiente con sus recuerdos perturbadores. La primera sesión de tratamiento duró un promedio de 95 minutos. Las sesiones de tratamiento posteriores duraron un promedio de 48 minutos. El tiempo de descanso entre sesiones duró una media de una hora y cuarenta minutos. Las actividades durante el tiempo de descanso incluían deportes (es decir, fútbol, caminar) o descansar después del almuerzo.

Para abarcar todo el espectro del estrés traumático continuado, el jefe o jefa de equipo pidió a cada uno de los participantes que "pasaran una película mental de todo lo que había sucedido justo antes de sus vidas como refugiados hasta ahora, o incluso que miraran hacia el futuro". La diana (blanco) inicial del tratamiento era el momento más perturbador de la película mental. En sesiones posteriores, el o la jefe del equipo pidió a los pacientes que volvieran a pasar la película mental y que se centraran en cualquier recuerdo que les perturbara en ese momento, notando las emociones y sensaciones corporales asociadas. Los participantes en este estudio utilizaron el Abrazo de la Mariposa (BH, por sus siglas en inglés) 54 veces como método de estimulación bilateral autoadministrado para procesar el material traumático. Durante el BH, se instruyó a los pacientes para que se detuvieran cuando sintieran en su

cuerpo que había sido suficiente. Esta indicación permitió las tandas necesarias de estimulación bilateral (EBL) para procesar el material traumático y ayudó a regular la estimulación para mantener a los pacientes en su ventana de tolerancia, lo que permitió un reprocessamiento adecuado [96-97]. Todos los participantes reprocesaron más de un recuerdo. No se reportaron efectos adversos durante el tratamiento ni a los tres meses en la evaluación posterior al tratamiento.

*Ejemplos de las peores experiencias reprocesadas durante el tratamiento*

En general, las peores experiencias que reprocesaron los adolescentes estaban relacionadas con su viaje en barco para llegar a España. En muchos casos, el motor de la pequeña embarcación se había detenido en medio del mar, y el mar estaba muy agitado o la embarcación había volcado, y no sabían si iban a sobrevivir. En otros casos, la peor experiencia había sido sufrir la muerte de un familiar o amigo durante el viaje o enterarse de la muerte de uno de sus padres una vez que ya estaban en los centros de atención. Otros participantes declararon haber visto muchos muertos durante su viaje mientras pasaban las noches en la calle, mientras que otros declararon haber sido golpeados por la policía en varios países. Otra de las peores experiencias de los participantes había sido el momento en que tuvieron que decirle adiós a su madre o reconocer que habían huido sin que sus familiares supieran nada. Otros reprocesaron experiencias de flash-forward relacionadas con su incertidumbre sobre el futuro por carecer de documentación, especialmente entre los que estaban cerca de la mayoría de edad legal, porque tendrían que abandonar el centro de refugiados en ese momento.

## 4. Análisis estadístico

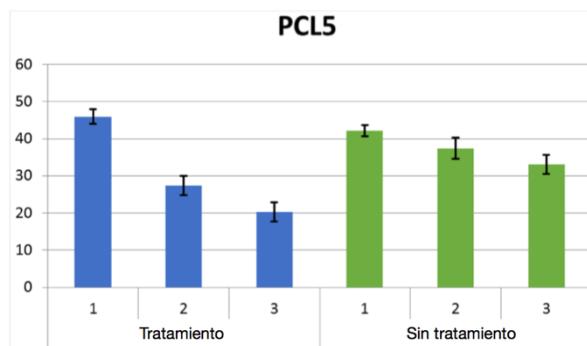
Se realizó un análisis estadístico para los participantes, tanto del grupo de tratamiento (N=30) como del grupo de control (N=33) que cumplieron con las evaluaciones pre- y post-tratamiento y de seguimiento y que mostraron síntomas clínicos severos. Se utilizaron análisis de varianza (ANOVA) para mediciones repetidas para el TEPT, la ansiedad y la depresión; la prueba t y el tamaño del efecto *d* de Cohen se calcularon utilizando diseños intragrupo y entre grupos para las diferentes mediciones.

## 5. Resultados

TEPT (PCL-5). El análisis de los datos mediante medidas repetidas ANOVA reveló un efecto significativo respecto al tiempo ( $F(2, 122) = 43,17, p < 0,001, \eta^2 = 0,414$ ), un efecto significativo respecto al grupo ( $F(1, 61) = 5,52, p < 0,05, \eta^2 = 0,898$ ) y una interacción significativa entre el tiempo y el grupo, ( $F(2, 122) = 11,10, p < 0,001, \eta^2 = 0,154$ ). En el grupo de tratamiento, las puntuaciones medias mostraron una disminución significativa con un gran efecto entre el tiempo 1 y el tiempo 2,  $t(29) = 5,22, p < 0,001, d = 0,81$ . También hubo una disminución significativa entre el tiempo 1 y el tiempo 3,  $t(29) = 2,66, 25, p < 0,01, d = 0,29$ . En el grupo control no se encontraron diferencias significativas entre las medias en todas las comparaciones. La comparación entre los grupos no mostró diferencias significativas respecto al tiempo 1. Para el tiempo 2 y para el tiempo 3 se encontraron diferencias significativas entre los grupos,  $t(61) = -2,16, p < 0,05, d = 0,54$  y  $t(61) = -3,50, p < 0,001, d = 0,88$ , respectivamente. Véase la Tabla 1 y la Figura 2.

**Tabla 1.** Puntuaciones medias (M) y desviaciones estándar (DE) para el grupo de tratamiento y el grupo sin tratamiento en las mediciones antes y después de la prueba y en el seguimiento.

	Tiempo 1		Tiempo 2		Tiempo 3	
	M	DE	M	DE	M	DE
<i>Estrés postraumático (PCL-5)</i>						
Grupo de tratamiento	45,96	10,87	27,43	19,89	20,26	14,19
Grupo sin tratamiento	42,06	8,69	37,42	17,69	33,09	14,81
<i>Ansiedad</i>						
Grupo de tratamiento	11,50	4,53			7,80	5,42
Grupo sin tratamiento	10,75	4,05			10,57	5,30
<i>Depresión</i>						
Grupo de tratamiento	9,30	3,06			6,30	4,37
Grupo sin tratamiento	8,63	4,18			8,72	4,46



**Figura 2.** Puntuaciones medias y error estándar para el PCL-5 por tiempo y grupo

Ansiedad. El análisis de varianza de medidas repetidas (ANOVA) para la ansiedad mostró un efecto significativo respecto al tiempo ( $F(1, 61) = 7,46, p < 0,001, \eta^2 = 0,109$ ) y un efecto significativo de interacción entre el tiempo y el grupo ( $F(1, 61) = 6,13, p < 0,01, \eta^2 = 0,91$ ). No se encontró ningún efecto significativo respecto al grupo. Se encontraron diferencias significativas entre las dos mediciones para el grupo de tratamiento,  $t(29) = 3,21, 49, p < 0,005, d = 0,52$ . No se observaron diferencias significativas en el grupo control sin tratamiento entre las diferentes aplicaciones en el tiempo. La comparación entre los grupos mostró diferencias significativas en la evaluación posterior de esta

variable,  $t(61) = -2,05$ ,  $p < 0,05$ ,  $d = 0,51$ . Véase la Tabla 1 y la Figura 3.

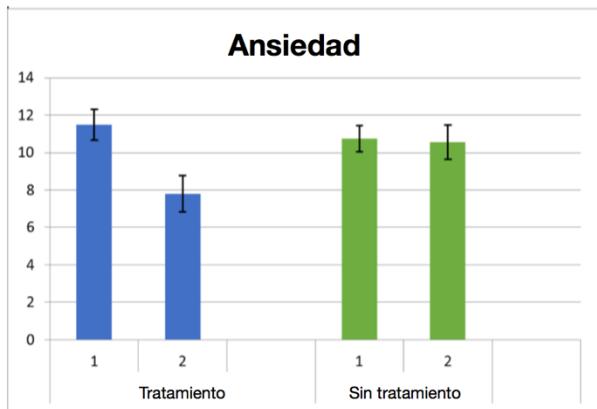


Figura 3. Puntuaciones medias y error estándar para la ansiedad por tiempo y grupo

Depresión. Se encontraron efectos significativos respecto al tiempo ( $F(1, 61) = 7,02$ ;  $p < 0,01$ ,  $\eta^2 = 0,104$ ). Los resultados también mostraron efectos de interacción significativos entre el tiempo y el grupo. ( $F(1, 61) = 7,92$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,116$ ). No se encontraron efectos significativos respecto al grupo. Para el grupo de tratamiento se encontraron diferencias significativas entre las dos mediciones,  $t(29) = 3,62$ ,  $p < 0,001$ ,  $d = 0,75$ ). En cuanto al grupo control, no se encontraron diferencias significativas. La comparación entre grupos mostró diferencias significativas en la segunda medida de esta variable 2,  $t(61) = -2,17$ ,  $p < 0,05$ ,  $d = 0,54$ . Véase la Tabla 1 y la Figura 4.

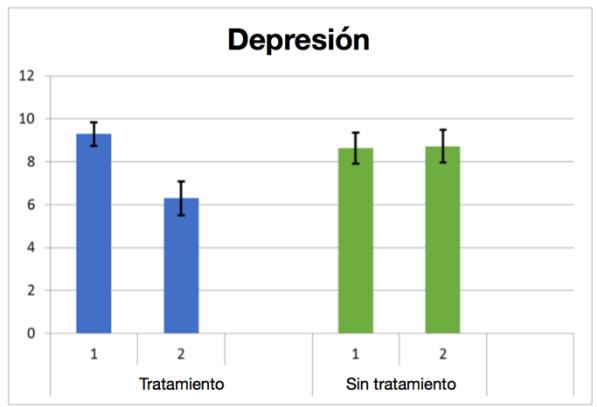


Figura 3. Puntuaciones medias y error estándar para la depresión por tiempo y grupo

## 6. Discusión

El objetivo de este estudio aleatorizado controlado longitudinal multirresidencial fue evaluar la eficacia del EMDR-IGTP-OTS para reducir los síntomas severos de trastorno por estrés postraumático, depresión y ansiedad relacionados con las experiencias de vida de una muestra de adolescentes migrante no acompañados. Este estudio se llevó a cabo en 2019 en la Comunidad de Valencia, España, en seis residencias de acogida con población migrante. Un total de 184 adolescentes (todos hombres) cumplieron con los criterios de inclusión. Los participantes oscilaban entre los 13 y los 17 años de edad ( $M = 16,36$  años). Hubo 93 participantes en el grupo de tratamiento y 91 participantes

en el grupo control. Se realizó un análisis estadístico para aquellos participantes, tanto en el grupo de tratamiento ( $N=30$ ) como en el grupo control ( $N=33$ ), que completaron evaluaciones pre- y postratamiento y de seguimiento y que mostraron síntomas clínicos severos. No se encontraron diferencias entre los grupos en cuanto a la edad. Los análisis de los datos demostraron efectos significativos para el TEPT, la ansiedad y la depresión en el grupo de tratamiento, mientras que no se encontraron diferencias entre las diferentes mediciones para el grupo control. Es importante destacar que se encontraron efectos fuertes según la  $d$  de Cohen para el grupo de tratamiento entre la primera y la segunda medición del TEPT, así como entre las puntuaciones comparadas en la tercera medición en comparación con el grupo control, lo que indica el efecto inmediato del Protocolo Grupal e Integrativo de terapia EMDR para Estrés Traumático Continuado. También se observaron efectos significativos para la ansiedad y la depresión en el grupo de tratamiento, sin que se observaran cambios en el grupo control.

Los problemas de salud mental entre los refugiados son un problema de salud mundial importante. Los estudios empíricos realizados con refugiados de orígenes étnicos muy diferentes han demostrado que el TEPT, la depresión y el trauma del apego en las personas menores de edad podrían ser habituales en esta población, tanto entre las personas desplazadas internamente como entre los refugiados asentados en países extranjeros [98-100]. El trauma acumulativo expone a esta población a un mayor riesgo de problemas de salud mental y socava su recuperación psicosocial [101-102]. Creemos en base a los resultados que el EMDR-IGTP-OTS podría ser una respuesta prometedora para hacer frente a estos problemas y aumentar los beneficios de la terapia EMDR con comunidades, familias y grupos, ya que incorpora muchas ventajas que son adecuadas para la población de personas menores de edad que salen de sus países de origen solos, sin acompañamiento de una persona adulta. El protocolo permite identificar, usar como diana (blanco) y procesar el continuo de múltiples experiencias traumáticas a las que se enfrenta esta población que está experimentando un estrés traumático constante.

El tratamiento individual de terapia EMDR se puede aplicar en un contexto grupal a grupos pequeños o grandes de pacientes en una modalidad de tratamiento intensivo para que puedan recibir un tratamiento eficiente y efectivo. Toda exposición al tratamiento y a los recuerdos tiene lugar con la presencia reguladora de los y las terapeutas. Como tratamiento intercultural con sensibilidad cultural [54], el EMDR-IGTP-OTS reduce la resistencia cultural al tratamiento, incluso en los miembros de culturas reticentes, porque es mínimamente intrusivo, y no requiere crear una narrativa de la experiencia traumática, revelar detalles verbalmente o por escrito, revivir de forma prolongada las experiencias traumáticas, ni realizar tareas en casa. El recuerdo perturbador no se visualiza mentalmente como en el protocolo EMDR estándar, sino que se representa de forma concreta mediante los dibujos del o la participante o mediante símbolos. El dibujo es superior a actividades como la lectura o la escritura porque obliga a la persona a procesar la información de múltiples maneras: visual, kinestésica y

semánticamente. El dibujo también promueve la integración de códigos elaborados, pictóricos y motores, lo que facilita la creación de una representación rica en contexto [103]. Basarse en dibujos o símbolos presenta una ventaja especial a la hora de proporcionar un tratamiento culturalmente sensible y eficaz para los y las pacientes que tienen problemas para conectarse con sus estados cognitivos o que se sienten culpables o avergonzados; es posible que se sientan más cómodos expresando su angustia emocional a través del dibujo. Además, los dibujos se utilizan para reprocesar eficazmente en pacientes con niveles más bajos de alfabetización como los participantes de este estudio [104].

## 7. Conclusión, limitaciones y futuras direcciones

La exposición traumática continuada de las personas refugiadas a las amenazas intensas, a la guerra y al terror se ha relacionado con niveles más altos de síntomas de estrés, estrés postraumático y depresión, con un gran riesgo de psicopatología. Las personas profesionales de la salud mental tienen la responsabilidad de ayudar a las y los refugiados que necesitan urgentemente atención humanitaria de salud mental para prevenir o superar los riesgos psicológicos. Los resultados del estudio indican que la administración intensiva del EMDR-IGTP-OTS podría ser un componente factible, rentable, eficiente en el tiempo, culturalmente sensible y efectivo de un programa multidisciplinario psicosocial basado en grupos para tratar el TEPT, la depresión y los síntomas de ansiedad entre las personas menores de edad migrantes no acompañadas.

Nos gustaría compartir el mensaje de la Dra. Francine Shapiro (creadora de la terapia EMDR) con las personas expertas en EMDR que participaron en este estudio: "Querido Nacho, por favor, dale las gracias y mis mejores deseos a todos los clínicos involucrados en el estudio. Este estudio aleatorizado controlado puede proporcionar las bases para el tratamiento y el alivio del sufrimiento en todo el mundo. Millones de personas se verán beneficiadas durante muchos años. Abrazos de mariposa. Francine Shapiro". (Comunicación personal, 12 de abril de 2019)

Además de los múltiples puntos fuertes de este estudio, una limitación es la falta de un diagnóstico formal de TEPT en la población de investigación, el seguimiento de 90 días y una población de un solo género (hombres). Se recomiendan estudios aleatorizados controlados que utilicen un instrumento para establecer un diagnóstico formal de TEPT (p.ej., CAPS-5), con un seguimiento a los seis o doce meses cuando sea posible para evaluar el efecto a largo plazo en participantes tanto masculinos como femeninos.

## Conflictos de interés

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

## Agradecimientos

Todas las personas profesionales de EMDR que han participado en este estudio quieren expresar su gratitud a la doctora Francine Shapiro<sup>†</sup> por su legado y apoyo personal a este proyecto de investigación. Además, quieren expresar su

gratitud a todo el personal de todos las residencias que colaboraron en el estudio (directores y directoras, subdirectores y directoras, profesionales del trabajo social, de la educación social, de la psicología, de la mediación intercultural). Francisca García, Olga Fernández-García, Miguel Fuster Almarche, María José Fuster, Milagros Molero, Ana Lucila Soto Rubio, Nuria López Vilaplana, María Rosario Lorenzo Moreno, Rosario Bustamante Navarro, María Nieves Acha Durán, Francesc Giner, María José Carrillo Sánchez, Gloria Sánchez Almarcha, Rosa Valero García, Sara García Cabezas, María Encarnación Terrez Ruiz, Nuria Perez Gonzalez, Lourdes Estrella Tello, Cristina Cortés, Anabel de la Cruz, Fernando Monfort, Anabel Gonzalez, y Lynne Levinson.

## Referencias

- [1] Lambert, J. E., & Alhassoon, O. M. (2014). Trauma-focused therapy for refugees: Meta-analytic findings. *Journal of Counseling Psychology*, 62, 28–37.
- [2] United Nations High Commissioner for Refugees (2018). Global Trends. Force Displacement in 2017. Retrieved at <https://www.unhcr.org/globaltrends2017/>
- [3] Autonomous Community of Valencia General Board for the Protection of Childhood and Adolescence. Personnal Communication. Jun 18, 2019.
- [4] Bogic, M., Njoku, A., & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 15 (1), 29. <http://doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9>
- [5] Nickerson, A., Bryant, R. A., Silove, D., & Steel, Z. (2011). A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. *Clinical Psychology Review*, 31, 399–417. doi: 10.1016/j.cpr.2010.10.004.
- [6] Kulla, M., Josse, F., Stierholz, M., Hossfeld, B., Lampl, L., & Helm, M. (2016). Initial assessment and treatment of refugees in the Mediterranean Sea (a secondary data analysis concerning the initial assessment and treatment of 2656 refugees rescued from distress at sea in support of the EUNAVFOR MED relief mission of the EU). *Scandinavian Journal of Trauma Resuscitation and Emergency Medicine*, 24, 75. doi: 10.1186/s13049-016-0270-z.
- [7] Allan, J. (2015). Reconciling the 'psycho-social/structural' in social work counselling with refugees. *British Journal of Social Work*, 45, 1699–1716. doi: 10.1093/bjsw/bcu051.
- [8] Goodkind, J. R., Hess, J. M., Isakson, B., LaNoue, M., Githinji, A., Roche, N., Parker, D. P. (2014). Reducing refugee mental health disparities: A community-based intervention to address postmigration stressors with African adults. *Psychological Services*, 11, 333–346. doi: 10.1037/a0035081.
- [9] Rasmussen, A., Nguyen, L., Wilkinson, J., Vundla, S., Raghavan, S., Miller, K. E., & Keller, A. S. (2010). Rates and impact of trauma and current stressors among Darfuri refugees in eastern Chad. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80, 227–236. doi: 10.1111/j.1939-0025.2010.01026.x.
- [10] Slobodin, O., & de Jong, J. T. (2015). Mental health interventions for traumatized asylum seekers and refugees: What do we know about their efficacy? *The International Journal of Social Psychiatry*, 61, 17–26. doi: 10.1177/0020764014535752.
- [11] Palic, S., & Elklit, A. (2011). Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder in adult refugees: A systematic review of prospective treatment outcome studies and a critique. *Journal of Affective Disorders*, 131, 8–23. doi: 10.1016/j.jad.2010.07.005.
- [12] Chung, M. C., Shakra, M., AlQarni, N., Al Mazrouei, M., Al Mazrouei, S., & Al Hashimi, S. (2018). Posttraumatic Stress Among Syrian Refugees: Trauma Exposure Characteristics,

- Trauma Centrality, and Emotional Suppression. *Psychiatry*, 1-17. <http://doi.org/10.1080/00332747.2017.1354620>
- [13] Tinghög, P., Malm, A., Arwidson, C., Sigvardsdotter, E., Lundin, A., & Saboonchi, F. (2017). Prevalence of mental ill health, traumas and postmigration stress among refugees from Syria resettled in Sweden after 2011: a population-based survey. *BMJ Open*, 7, e018899. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018899>
- [14] United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2004). *Statistical yearbook*. Geneva, Switzerland: United Nations.
- [15] American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>th</sup> ed.). Arlington, VA.
- [16] Shapiro, F. (2018). *Eye movements desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols, and procedures* (Third edition). Guilford Press.
- [17] World Health Organization. (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. Geneva, Switzerland: Author.
- [18] Jarero, I., & Artigas, L. (2009). EMDR integrative group treatment protocol. *Journal of EMDR Practice & Research*, 3 (4), 287–288.
- [19] Artigas, L., & Jarero, I. (2014). The Butterfly Hug. In M. Luber (Ed.), *Implementing EMDR Early Mental Health Interventions for Man-Made and Natural Disasters* (pp. 127- 130). New York, NY: Springer.
- [20] Artigas, L., Jarero, I., Alcalá, N., & López Cano, T. (2014). The EMDR Integrative Group Treatment Protocol (IGTP) for children. In M. Luber (Ed.), *Implementing EMDR early interventions for man-made and natural disasters* (pp. 237–251). New York, NY: Springer Publishing.
- [21] Jarero, I., & Artigas, L. (2014). The EMDR Integrative Group Treatment Protocol (IGTP) for Adults. In M. Luber (Ed.), *Implementing EMDR Early Mental Health Interventions for Man-Made and Natural Disasters* (pp. 253-265). New York, NY: Springer.
- [22] 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.
- [23] Yalom, I. D. (1970). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York, NY: Basic Books.
- [24] Deblinger, E., & Pollio, E. (2013). *Implementing trauma focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT) in a group format*. Retrieved from <http://www.cpe.rutgers.edu/njdcf2013/docs/008>
- [25] 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: Wiley.
- [26] Maxfield, L. (2008). EMDR treatment of recent events and community disasters. *Journal of EMDR Practice & Research*, 2 (2), 74–78.
- [27] 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.
- [28] Jarero, I., Artigas, S., Uribe, S., & Miranda, A. (2014). EMDR Therapy Humanitarian Trauma Recovery Interventions in Latin America and the Caribbean. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8 (4), 260-268.
- [29] Luber, M. (2009). EMDR and early interventions for groups. In M. Luber (Ed.), *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) scripted protocols: Basic and special situations* (pp. 277–278). New York, NY: Springer Publishing.
- [30] Luber, M & Shapiro, F. (2009). Interview with Francine Shapiro: historical overview, present issues, and future directions of EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research* 3 (4), 217–231.
- [31] Artigas, L., Jarero, I., Mauer, M., López Cano, T., & Alcalá, N., 2000. EMDR and traumatic stress after natural disasters: integrative treatment protocol and the butterfly hug. Poster presented at the *EMDRIA Conference*, September, Toronto, Ontario, Canada.
- [32] Jarero, I., Artigas, L., Mauer, M., López Cano, T., & Alcalá, N. (1999). 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.
- [33] Jarero, I., Artigas, L., & Hartung, J. (2006). EMDR integrative treatment protocol: A post-disaster trauma intervention for children & adults. *Traumatology*, 12, 121–129.
- [34] Adúriz, M. E., & Salas, C. (2014). Aplicación del Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR a las Víctimas de un Alud en Tartagal-Salta-Argentina. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 6 (2), 1-12. ISSN: 2007-8544.
- [35] 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.
- [36] Monteiro, A. (2014). Group and Individual EMDR therapy in the Humanitarian Assistance Project in Southern Brazil. *Iberoamerican Journal of Psychotraumatology and Dissociation*, 6 (3), 1-19. ISSN: 2007-8544. [www.revibapst.com](http://www.revibapst.com)
- [37] Salas, C. (2014). Aplicación del Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR a las Víctimas de un Alud en Angastaco-Argentina. *Iberoamerican Journal of Psychotraumatology and Dissociation*, 6 (2), 1-11. ISSN: 2007-8544. [www.revibapst.com](http://www.revibapst.com)
- [38] Mehrotra, S., Purandare, M., Tank, P., & Bhagwagar, H. (2013). Establishing EMDR connections with earthquake survivors of Gujarat, Western India (2001). In M. Luber (Ed.), *Implementing EMDR early mental health interventions for man-made and natural disasters: Models, scripted protocols, and summary sheets* (pp. 107–120). New York, NY: Springer Publishing.
- [39] Mehrotra, S. (2014). Humanitarian Projects and Growth of EMDR Therapy in Asia. (2014). *Journal of EMDR Practice and Research*, 8 (4), 252-259.
- [40] Korkmazlar-Oral, U., Pamuk, S., (2002). Group EMDR with Child survivors of the earthquake in Turkey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37, 47–50.
- [41] 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 (2), 97–105. DOI: 10.1891/1933-3196.2.2.97.
- [42] Fernandez, I., Gallinari, E., & Lorenzetti, A. (2003). A school-based intervention for children who witnessed the Pirelli building airplane crash in Milan, Italy. *Journal of Brief Therapy*, 2 (2), 129–136.
- [43] Maslovaric, G., Zaccagnino, M., Mezzaluna, C., Perilli, S., Trivellato, D., Longo, V., and Civilotti, C. (2017). The Effectiveness of Eye Movement Desensitization and Reprocessing Integrative Group Protocol with Adolescent Survivors of the Central Italy Earthquake. *Frontiers in Psychology*, 8: 1826. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.01826.
- [44] Zaghrouth-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 and Research*, 2 (2), 106–113. DOI: 10.1891/1933-3196.2.2.106.
- [45] 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. DOI: 10.1891/1933-3196.4.4.148.

- [46] Allon, M. (2015). EMDR group therapy with women who were sexually assaulted in the Congo. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9 (1), 28-34.
- [47] Wilson, S., Thinker, R., Becker, L., Hofmann, A., & Kleiner, K. (2000, September). A field study of EMDR with Kosovar-Albanian refugee children using a group treatment protocol. Symposium presented at the *annual conference of the EMDR International Association*, Toronto, Canada.
- [48] 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.
- [49] Jarero, I., Roque-López, S., Gómez, J., & Givaudan, M. (2014a). Second Research Study on the Provision of the EMDR Integrative Group Treatment Protocol with Child Victims of Severe Interpersonal Violence. *Iberoamerican Journal of Psychotraumatology and Dissociation*, 6 (1), 1-24. ISSN: 2007-8544. [www.revibapst.com](http://www.revibapst.com)
- [50] Jarero, I., Roque-López, S., Gómez, J., Givaudan, M. (2014b). Third Research Study on the Provision of the EMDR Integrative Group Treatment Protocol with Child Victims of Severe Interpersonal Violence. *Iberoamerican Journal of Psychotraumatology and Dissociation*, 6 (2), 1-22. ISSN: 2007-8544. [www.revibapst.com](http://www.revibapst.com)
- [51] Jarero, I., Rake, G., & Givaudan, M. (2017). EMDR Therapy Program for Advance Psychosocial Interventions Provided by Paraprofessionals. *Journal of EMDR Practice and Research*, 11 (3), 122-128. DOI: 10.1891/1933-3196.11.3.122.
- [52] Passoni, S., Curinga, T., Toraldo, A., Berlingeri, M., Fernandez, I., Bottini, G. (2018). Eye Movement Desensitization and Reprocessing Integrative Group Treatment Protocol (EMDR-IGTP) applied to caregivers of patients with dementia. *Frontiers in Psychology*, Vol. 9. Article 967. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00967.
- [53] Harris, H., Urdaneta, V., Triana, V., Vo, C. S., Walden, D., Myers, D. (2018). A Pilot Study with Spanish-Speaking Latina Survivors of Domestic Violence Comparing EMDR & TF-CBT Group Interventions. *Open Journal of Social Sciences*, 6, 203-222.
- [54] Hurn, R., Barron, I. (2018). The EMDR Integrative Group Treatment Protocol in a Psychosocial Program for Refugee Children: A Qualitative Pilot Study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 12 (4), 208-223.
- [55] Perilli, S., Giuliani, A., Pagani, M., Mazzoni, G. P., Maslovari, G., Maccarrone, B., Morales, D. (2019). EMDR Group Treatment of Children Refugees -A Feasibility Field Study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 13 (3), 143-155.
- [56] Smyth-Dent, K. L., Fitzgerald, J., Hagos, Y. (2019). A Field Study on the EMDR Integrative Group Treatment Protocol for Ongoing Traumatic Stress Provided to Adolescent Eritrean Refugees Living in Ethiopia. *Psychology and Behavioral Science International Journal*, 12 (4), 1-12.
- [57] Marie-Jo Brennstuhl, Fanny Bassan, Anne-Marie Fayard, Mathieu Fisselbrand, Amandine Guth, Maud Hassler, Karen Lebourg, Rachel Pavisse, Lydia Peter, Adeline Thiriet, Pascale Tarquinio, Jenny Ann Rydberg, Cyril Tarquinio. (2019). Immediate treatment following the November 13 attacks: Use of an EMDR emergency I. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 3, 17-21.
- [58] Stevens, G., Eagle, G., Kaminer, D., & Higson-Smith, C. (2013). Continuous traumatic stress: Conceptual conversations in contexts of global conflict, violence and trauma. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 19, 75-84.
- [59] Straker, G. (2013). Continuous traumatic stress: Personal reflections 25 years on. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 19, 209-217.
- [60] Diamond, G. M., Lipsitz, J. D., Fajerman, Z., Rozenblat, O., 2010. Ongoing traumatic stress response (OTSR) in Sderot, Israel. *Prof. Psychol. Res. Pract.* 41 (1), 19-25. <http://dx.doi.org/10.1037/a0017098>
- [61] Nuttman-Shwartz & Shoval-Zuckerman. (2015). Continuous Traumatic Situations in the Face of Ongoing Political Violence: The Relationship Between CTS and PTSD. *Trauma, Violence and Abuse*, 1-9.
- [62] Kaminer, D., Eagle, G., Crawford-Browne, S., 2016. Continuous traumatic stress as a mental and physical health challenge: case studies from South Africa. *Journal of Health Psychology*. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105316642831>
- [63] Jarero, I., & Artigas, L. (2018). AIP model-based Acute Trauma and Ongoing Traumatic Stress Theoretical Conceptualization. *Iberoamerican Journal of Psychotraumatology and Dissociation*, 10 (1), 1-7. [www.revibapst.com](http://www.revibapst.com)
- [64] 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. DOI: 10.1891/1933-3196.5.3.82.
- [65] Jarero, I., & Uribe, S. (2011). The EMDR protocol for recent critical incidents: Brief report of an application in a human massacre situation. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5 (4), 156-165. DOI: <http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.5.4.156>.
- [66] Jarero, I., & Uribe, S. (2012). The EMDR protocol for recent critical incidents: Follow-up Report of an application in a human massacre situation. *Journal of EMDR Practice and Research*, 6 (2), 50-61. DOI: 10.1891/1933-3196.6.2.50.
- [67] Jarero, I., Amaya, C., Givaudan, M., & Miranda, A. (2013). EMDR Individual Protocol for Paraprofessionals Use: A Randomized Controlled Trial With First Responders. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7 (2), 55-64.
- [68] Centonze, D., Siracusane, A., Calabresi, P., and Bernardi, G. (2005). Removing pathogenic memories. *Mol. Neurobiol.* 32, 123-132.
- [69] 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.
- [70] Logie, R., & de Jongh, A. (2014). The "flashforward" procedure: Confronting the catastrophe. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8, 25-32.
- [71] Jarero, I., Uribe, S., Artigas, L., Givaudan, M. (2015). EMDR protocol for recent critical incidents: A randomized controlled trial in a technological disaster context. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9 (4), 166-173. DOI: <http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.9.4.166>.
- [72] Jarero, I., Schnaider, S., Givaudan, M. (2019). EMDR Protocol for Recent Critical Incidents and Ongoing Traumatic Stress with First Responders: A Randomized Controlled Trial. *Journal of EMDR Practice and Research*, 13 (2).
- [73] Encinas, M., Osorio, A., Jarero, I., Givaudan, M. (2019). Randomized Controlled Clinical Trial on the Provision of the EMDR-PRECI to Family Caregivers of Patients with Autism Spectrum Disorder. *Psychology and Behavioral Science International Journal*, 11 (1), 1-8, DOI: 10.19080/PBSIJ.2019.11.555802.
- [74] Estrada, B. D., Angulo, B. J., Navarro, M. E., Jarero, I., Sánchez-Armas, O. (2019). PTSD, Immunoglobulins, and Cortisol Changes after the Provision of the EMDR- PRECI to Females Patients with Cancer-Related PTSD Diagnosis. *American Journal of Applied Psychology*, 8 (3), 64-71.
- [75] Jarero, I., & Artigas, L., Uribe, S., García, L. E., Cavazos, M. A., & Givaudan, M. (2015). Pilot Research Study on the Provision of the EMDR Integrative Group Treatment Protocol with Female Cancer Patients. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9 (2), 98-105.
- [76] Jarero, I., Artigas, L., Uribe, S., García, L. E. (2016). The EMDR Integrative Group Treatment Protocol for Patients with Cancer. *Journal of EMDR Practice and Research*, 10 (3), 199-207.
- [77] Jarero, I., Givaudan, M., Osorio, A. (2018). Randomized Controlled Trial on the Provision of the EMDR Integrative Group Treatment Protocol Adapted for Ongoing Traumatic

- Stress to Patients with Cancer. *Journal of EMDR Practice and Research*, 12 (3), 94-104. <http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.12.3.94>.
- [78] Osorio, A., Pérez, M. C., Tirado, S. G., Jarero, I., Givaudan, M. (2018). Randomized Controlled Trial on the EMDR Integrative Group Treatment Protocol for Ongoing Traumatic Stress with Adolescents and Young Adults Patients with Cancer. *American Journal of Applied Psychology*, 7 (4), 50-56. doi: 10.11648/j.ajap.20180704.11.
- [79] Wong, S-L (2018). EMDR-based Divorce Recovery Group: A case study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 12 (2), 58-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.12.2.58>.
- [80] Acarturk, C., Konuk, E., Cetinkaya, M., Senay, I., Sijbrandij, M., Cuijpers, P., & Aker, T. (2015). EMDR for Syrian refugees with posttraumatic stress disorder symptoms: results of a pilot randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*. 6: 27414. doi: 10.3402/ejpt.v6.27414.
- [81] Acarturk, C., Konuk, E., Cetinkaya, M., Senay, I., Sijbrandij, M., Gulen, B., & Cuijpers, P. (2016). The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees: results of a randomized controlled trial. *Psychol. Med.* 46, 2583-2593. doi: 10.1017/S0033291716001070.
- [82] Lehnung, M., Shapiro, E., Schreiber, M., Hofmann, A. (2017). Evaluating the EMDR Group Traumatic Episode Protocol with Refugees: A Field Study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 11 (3), 129, 138.
- [83] Yurtseven, A., Konuk, E., Akyuz, T., Zat, Z., Tukel, F., Cetinkaya, M., Savran, C., Shapiro, E. (2018). An Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Group Intervention for Syrian Refugees With Post-traumatic Stress Symptoms: Results of a Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychology*. 9: 493. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00493.
- [84] Oras R, Cancela de Ezpeleta S, Ahmad A. Treatment of traumatized refugee children with Eye Movement Desensitization and Reprocessing in a psychodynamic context. *Nord J Psychiatry* 2004; 58: 199 -/203. Oslo. ISSN 0803-9488.
- [85] Maxfield, L., & Hyer, L. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 23-41.
- [86] Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. Scale available from the National Center for PTSD at [www.ptsd.va.gov](http://www.ptsd.va.gov).
- [87] Bovin MJ, Marx BP, Weathers FW, Gallagher MW, Rodriguez P, et al. (2016) Psychometric properties of the PTSD checklist for diagnostic and statistical manual of mental disorders-Fifth edition (PCL-5) in veterans. *Psychol Assess* 28 (11): 1379-1391.
- [88] American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup> ed. Text Revised). Arlington, VA.
- [89] Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., Keane, T. M., 2013a. *Clinician-administered PTSD Scale for DSM-5*. National Center for Posttraumatic Stress Disorder, Boston.
- [90] Franklin, C., Raines, A. M., Cucurullo, L- A., Chambliss, J. L., Maieritsch, K. P., Tompkins, A. M., Walton, J. L. (2018). 27 ways to meet PTSD: Using the PTSD-checklist for DSM-5 to examine PTSD core criteria. *Psychiatry Research* 261, 504-507. doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.021.
- [91] Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- [92] Ying Lin C, Pakpour AH (2017) Using Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) on patients with epilepsy: Confirmatory factor analysis and Rasch models. *Seizure* (45): 42-46.
- [93] Hurley, E. C. (2018). Effective Treatment of Veterans With PTSD: Comparison Between Intensive Daily and Weekly EMDR Approaches. *Frontiers in Psychology*, 9: 1458. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01458.
- [94] Bongaerts, H., Van Minnen, A., de Jongh, A. (2017). Intensive EMDR to treat patients with complex posttraumatic stress disorder: A case series. *Journal of EMDR Practice and Research*, 11 (2), 84-95.
- [95] Gutner, C. A., Suvak, M. K., Sloan, D. M., & Resick, P. A. (2016). Does timing matter? Examining the impact of session timing on outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84, 1108-1115.
- [96] Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York, NY: Norton.
- [97] Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. New York, NY: Guilford Press.
- [98] Norris, F. H. & Hamblen, J. L. (2004). Standardized self- report measures of civilian trauma and PTSD. In J. P. Wilson, T. M. Keane & T. Martin (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 63-102). New York: Guilford Press. PTSD pubs ID 18638.
- [99] Fazel, M., Wheeler, J., Danesh, J. (2005) Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *Lancet*. 365: 1309-1314.
- [100] Haslam, P. M. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: A meta-analysis. *JAMA*. 294: 602-612.
- [101] Isosävi, S., Diab, S., Kangaslahti, S., Qouta, S., Kankaanpää, S., Puura, K., & Punzväki, R. (2017). Maternal trauma affects prenatal mental health and infant stress regulation among Palestinian dyads. *Infant Mental Health Journal*, 38 (5), 617-633. doi: 10.1002/imhj.21658.
- [102] Alpak, G., Unal, A., Bulbul, F., Sagaltici, E., Bez, Y., Altindag, A., & Savas, H. A. (2014). Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: A cross-sectional study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 19, 45-50. doi: 10.3109/13651501.2014.961930.
- [103] Myra A. Fernandes, Jeffrey D. Wammes, Melissa E. Meade. The Surprisingly Powerful Influence of Drawing on Memory. *Current Directions in Psychological Science*. Volume: 27 issue: 5, page (s): 302-308.
- [104] Shapiro, F. Clinician's Corner (2016): EMDR Therapy. International Society for Traumatic Stress Studies. *Stress Points*. Retrieved from <http://www.istss.org/education-research/traumatic-stresspoints/2016-april/clinician-s-corner-emdr-therapy.aspx>.