

Early Mental Health Intervention Program for Armed Forces in Latin America

Programa de Atención Temprana en Salud Mental para Fuerzas Armadas en Latinoamérica

Ignacio Jarero

Susana Uribe

Alaide Miranda

Martha Givaudan

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

Latin American & Caribbean Foundation for Psychological Trauma Research.

This pilot study presents the first results of the Early Intervention with Trauma Reprocessing Therapy (EMDR) for Paraprofessionals Use Training Program (ITEA; initials in Spanish). During 2012 and 2013 paraprofessional military personnel (e.g., nurses, physicians), received the ITEA program in order to provide early mental health intervention to military personnel working in high risk activities. In a 12-month period, the trained paraprofessionals provided the EMDR Integrative Group Treatment Protocol (EMDR-IGTP) to 5,604 participants and the EMDR Therapy Individual Protocol for Paraprofessional Use (EMDR-PROPORA) to 245 participants. Statistical results showed that the protocol's administration did not had any harmful effects in neither the participants (e.g., dissociation, depression, substance use, self-harm, suicide) nor the paraprofessionals (secondary traumatization). In this way, guidelines from the World Health Organization were fulfilled, as well as the global practice standards used to support personal working in high risk organizations and the Human, Ethical and Legal rights of the military personnel. Further research on the protocols administered by paraprofessionals efficacy' will be conducted in the next years.

Este estudio piloto presenta los primeros resultados del Programa de Entrenamiento en Intervención Temprana con Terapia de Reprocesamiento del Trauma (EMDR) Aplicada por Auxiliadores (ITEA). Durante los años 2012 y 2013, personal militar Latinoamericano no profesionales de la salud mental (e.g., enfermeras, enfermeros, médicos); recibió el programa ITEA con el fin de brindar atención temprana en salud mental a sus compañeros y compañeras de armas que desempeñaban labores de alto riesgo. En un periodo de doce meses, las y los paraprofesionales atendieron con el Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR (EMDR-IGTP, por sus siglas en inglés) a un total de 5,604 participantes y con el Protocolo Individual de Terapia EMDR para uso de Auxiliadores de (EMDR-PROPORA) a 245 participantes. Los resultados estadísticos mostraron que la aplicación de los protocolos por parte de paraprofesionales, no causaron daño ni a los pacientes (e.g., disociación, depresión, uso de sustancias, auto-lesiones, suicidio) ni a los auxiliadores (traumatización secundaria). De esta forma se cumplió con las Directrices de la Organización Mundial de la Salud, los estándares internacionales de práctica para el apoyo del personal que trabaja en organizaciones de alto riesgo y los Derechos Humanos, Éticos y Legales del personal militar. En los años siguientes se llevará a cabo investigación sobre la eficacia de estos protocolos administrados por paraprofesionales, con el fin de identificar las formas más efectivas de ayuda psico-emocional en las primeras etapas posteriores a un incidente crítico.

Key Words: EMDR therapy; EMDR Integrative Group Treatment Protocol; EMDR Therapy Individual Protocol for Paraprofessionals use; Early Mental Health intervention; Armed Forces; ITEA.

Palabras clave: Terapia EMDR; Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR (EMDR-IGTP); Protocolo Individual de Terapia EMDR para uso de Auxiliadores; Atención Temprana en Salud Mental; Fuerzas Armadas; ITEA.

En un estudio llevado a cabo por Sullivan & Elbogen (2013) con 1,090 veteranos y veteranas de las guerras de Irak y Afganistán, se encontró la relación específica entre síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) y diferentes tipos de violencia, como agresión física (e.g., patear o abofetear) y violencia severa (e.g., dar palizas, usar cuchillos o pistolas) contra miembros de la familia y extraños. Las mujeres excombatientes fueron 2.8 veces más propensas que los hombres para involucrarse en violencia familiar severa; mientras que los hombres fueron 3.4 veces más propensos que las mujeres en involucrarse en agresiones contra extraños.

El Trastorno por Estrés Postraumático Subclínico (cuando se presenta elevada sintomatología postraumática sin que se lleguen a cumplir todos los síntomas del criterio diagnóstico de TEPT), ha sido relacionado con altos niveles de deterioro psicológico y funcional; tanto en la población en general (e.g., Cukor, Wyka, Jayasinghe, & Difede, 2010), como entre los militares (e.g., Jakupcak et al., 2007, 2011; Pietrzak, Goldstein, Malley, Johnson, & Southwick, 2009).

El TEPT-Subclínico, es asociado con altos niveles de ira, hostilidad y agresión en los militares que regresan del combate (Jakupcak et al., 2007), así como con problemas en las relaciones familiares y en el trabajo (Pietrzak et al., 2009).

Por otra parte Breyer et al., (2013), en un estudio con más de 400,000 veteranos varones de las guerras de Irak y Afganistán, con una edad promedio de 28 años; encontraron que la asociación entre TEPT y la disfunción sexual era especialmente pronunciada.

A pesar del acceso universal a los servicios de salud, entrenamiento obligatorio en la prevención del suicidio y otros esfuerzos preventivos, el suicidio se ha convertido en una de las causas principales de muerte entre los marinos y militares norteamericanos (LeardMann et al., 2013).

Jakupcak et al. (2011), encontraron que los veteranos de guerra de las guerras de Irak y Afganistán con TEPT-Subclínico, tenían tres veces más posibilidades de presentar marcadores para suicidio que aquellos sin TEPT. Y que los niveles de desesperanza e ideación suicida, no eran diferentes de aquellos con el diagnóstico completo de TEPT.

Gros, Yoder, Tuerk, Lozano, & Acierno (2011), encontraron que más del 35% de los militares tratados con Terapia Cognitivo Conductual (TCC), en sus modalidades de Exposición Prolongada (EP) y Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC); no respondieron al tratamiento o lo abandonaron.

Kornfield et al. (2012), advierten que los tratamientos basados en la evidencia para tratar el TEPT, que específicamente toman como blancos (dianas) los síntomas de evitación como la TCC en sus modalidades de EP y TPC; pueden no ser las opciones de tratamiento más efectivas para personal militar. Éste no es el caso de la terapia EMDR, pues no toma como blancos los síntomas. Y que las intervenciones de corto plazo en los sitios de atención primaria pueden ser las apropiadas.

Conocedor de los efectos del TEPT en los veteranos y veteranas de guerra y de que es poco probable, que los veteranos con TEPT-Subclínico busquen servicios en salud mental (Jakupcak et al., 2011); un Instituto Armado Latinoamericano instituyó el Programa de Intervención Temprana con Terapia de Reprocesamiento del Trauma (EMDR) Aplicada por Auxiliadores (ITEA) © para su personal en activo que desempeñaba labores de alto riesgo.

Programas de Apoyo entre Colegas.

La Organización Mundial de la Salud reconoce como una prioridad global, la promoción de la salud mental y el bienestar psicológico en el sitio de trabajo (WHO, 2002).

Los Programas de Apoyo entre Colegas, han emergido como un estándar internacional de práctica, para el apoyo del personal que trabaja en organizaciones de alto riesgo. Éstas organizaciones, como son las Fuerzas Armadas (infantes de marina y soldados) y los Servicios de Emergencia, también llamados primeros respondientes (policías, bomberos, personal de búsqueda y rescate, paramédicos, etc.); rutinariamente exponen a su personal a eventos potencialmente traumáticos (Levenson & Dwyer, 2003).

Este tipo de trabajos se caracterizan por una exposición rutinaria a estresores tanto físicos como psicológicos. Estos últimos, típicamente considerados estresores traumáticos. Considerable investigación ha demostrado que esta exposición, incrementa la probabilidad del Trastorno por Estrés Postraumático parcial o total, depresión y abuso de sustancias entre otros trastornos psiquiátricos (Haugen & Weiss, 2012).

Las razones para que existan estos Programas de Apoyo entre Colegas; están basadas en el cumplimiento de los Derechos Humanos, Éticos y Legales del personal. Así como para salvar las múltiples barreras de los servicios de salud tradicionales y ofrecer apoyo oportuno y eficaz: *“Las razones de brindar programas de apoyo entre colegas (pares), frecuentemente incluyen la meta de alcanzar los deberes morales y legales de cuidado a los empleados. Así como salvar múltiples barreras de los cuidados tradicionales de salud mental, que frecuentemente crean un estigma en quien los solicita; falta de tiempo, pocos profesionales de la salud debidamente capacitados, falta de confianza en ellos y temor de repercusiones en el trabajo.”* (Creamer et al., 2012, p. 134).

A pesar de las facilidades con que cuentan los veteranos de guerra de los Estados Unidos, para recibir terapias basadas en la evidencia para tratar el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) y prevenir consecuencias negativas a futuro, solo una minoría de aquellos que buscan ayuda siguen con el tratamiento en salud mental recomendado (Maguen, Cohen et al, 2010).

Para personal militar que vive con enfermedad mental seria (EMS), incluir el apoyo de pares como un suplemento al tratamiento tradicional en salud mental, ha dado resultados promisorios (Chinman, Lucksted, Gresen, et al., 2008).

Se han encontrado beneficios importantes de estos programas en las siguientes áreas de la vida del personal: mejora de auto-estima, incremento de habilidades para tomar decisiones, mejora en el funcionamiento social, decremento de síntomas psiquiátricos, bajas tasas de aislamiento, aumento de las redes sociales de apoyo, incremento en la búsqueda de ayuda e incremento en la capacidad de estas personas para afrontar un evento potencialmente traumático (Humphreys & Rappaport, 1994; Norris & Stevens, 2007).

Jain, McLean, & Rosen (2012), concluyen lo siguiente: *“La literatura científica existente, soporta nuestra afirmación de que las intervenciones con apoyo de pares, tienen el potencial de proporcionar un suplemento único y valioso a los tratamientos para el TEPT de la Administración para Veteranos de los Estados Unidos”* (p. 483).

Atención Temprana en Salud Mental

La Intervención en Crisis son cuidados psicológicos urgentes, diseñados para primero estabilizar y después reducir los síntomas de sufrimiento o disfunción. Esto con el fin de lograr un estado de funcionamiento adaptativo o facilitar el acceso a mayores cuidados cuando es necesario. La Intervención en Crisis no es considerada terapia (Everly & Mitchell, 2008).

Tradicionalmente se recomendaba esperar 90 días o más después de un incidente crítico/evento traumático, para dar una intervención psicoterapéutica. Sin embargo, actualmente hay recomendación de identificar a los individuos traumatizados, en el periodo temprano después de un incidente crítico y proporcionarles acceso a cuidados en salud mental si su sufrimiento persiste; con el fin de prevenir efectos a largo plazo (Holgersen, Klockner, Boe, Weisaeth, & Holen, 2011).

Expertos (Bisson, Roberts, & Macho, 2003; Brewin, Scragg, Robertson, & Thompson, 2008), sostienen que las intervenciones tempranas deben de tener como blanco, a aquellos que se encuentran en mayor riesgo de tener problemas psicológicos persistentes, posteriormente a su exposición a eventos potencialmente traumáticos. Dichas intervenciones abarcan un amplio rango de actividades, que van desde atender las necesidades físicas básicas y hacer intervenciones orientadas psicológicamente, hasta la psico-fármaco-terapia (Jarero et al., 2013).

Roberts et al., (2010) denominan Intervención Psicológica Temprana, a todas aquellas intervenciones que se llevan a cabo durante los primeros tres meses después del evento traumático. La mayoría de las veces con la finalidad de prevenir el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) o la perturbación en curso; en aquellos que muestran síntomas de estrés postraumático, Trastorno por Estrés Agudo (TEA) o que están en riesgo de desarrollar TEPT u otros trastornos. Para Scully (2011) las intervenciones tempranas, tienen como finalidad prevenir la perturbación psicológica posterior al incidente o los trastornos psicológicos a largo plazo.

El Departamento para Asuntos de Veteranos y el Departamento de Defensa de los Estados Unidos (VA/DoD, 2010), recomiendan intervenciones tempranas breves a pacientes con niveles significativos de síntomas tempranos. Así como para aquellos que estén incapacitados (deterioro funcional) por síntomas físicos o psicológicos, con la finalidad de acortar su sufrimiento y disminuir la severidad de su deterioro funcional.

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 (WHO, 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.

La terapia EMDR es reconocida por el Departamento de Asuntos para Veteranos y por el Departamento de Defensa de los Estados Unidos (VA/DoD, 2010); como uno de los tratamientos basados en la evidencia, más estudiados, eficientes y particularmente adecuados para el tratamiento del daño por estrés traumático en las fuerzas armadas.

Ambas Instituciones designaron a la terapia EMDR como “Tratamiento de Nivel A” La letra A significa, “Fuerte recomendación para usar esta intervención terapéutica.”

Para saber más sobre la Terapia EMDR le invitamos a consultar la Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación en <http://revibapst.com>

Tratamiento de Personal Militar con Terapia EMDR

Como se puede ver en las directrices de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2013) y de la Asociación Psiquiátrica Americana (2004, p. 18): *“En la terapia EMDR el material traumático no necesita ser verbalizado, en su lugar los pacientes son invitados a pensar acerca de sus experiencias traumáticas, sin tener que verbalizarlas ni discutirlos con el/la terapeuta.”*

Dada la reticencia de muchos veteranos de combate a divulgar los detalles de su experiencia, el hecho de no tener que hacerlo en la terapia EMDR es relevante; para que acepten iniciar el tratamiento, que lo terminen y que obtengan ganancias terapéuticas.

El tener que narrar la experiencia a detalle durante la terapia y el tener que escuchar la grabación de esa narración entre sesiones al menos una vez al día (tarea en casa), puede ser uno de los factores responsable del bajo índice de éxito en la remisión de los síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) y de la alta deserción de los militares cuando toman Terapia Cognitivo Conductual (TCC).

Como fue establecido en las directrices de la Asociación Psiquiátrica Americana (2004): *“La terapia EMDR emplea técnicas que pueden dar al paciente más control sobre su experiencia a la exposición de recuerdos traumáticos. Dado que la terapia EMDR es menos dependiente de la verbalización del material traumático y además proporciona técnicas para regular la ansiedad en las difíciles circunstancias del tratamiento de exposición al material traumático. Por consiguiente, la terapia EMDR puede ser ventajosa para pacientes que no pueden tolerar la exposición prolongada de la terapia Cognitivo Conductual, así como para pacientes que tienen dificultades para verbalizar su experiencia traumática.”* (p. 36)

Adicionalmente, dado que la terapia EMDR NO emplea tarea en casa para alcanzar sus efectos sanadores, puede ser particularmente apropiada para el alivio de síntomas de estrés postraumático en personal que se encuentra en el frente de batalla (ver Russell, 2006; Wesson & Gould, 2009).

La prevalencia de problemas con dolores somáticos y crónicos experimentados por veteranos de combate, indican la necesidad de más investigación basada en los varios reportes de Russell (2008), Schneider et al., (2007, 2008) y Wilensky (2007), que demostraron la capacidad de la terapia EMDR para tratar exitosamente el dolor del miembro fantasma (ver también Ray & Zbik, 2001).

Carlson et al., (1998) reportó que después de doce sesiones de tratamiento con Terapia EMDR, 77.7% de los veteranos de combate dejaron de cumplir con el criterio de TEPT (ya no tuvieron TEPT). No hubo deserción del tratamiento y los efectos de la terapia se mantuvieron a 3 y 9 meses de seguimiento.

Adicionalmente, el análisis de Silver et al., (1995), de 100 veteranos de guerra con TEPT hospitalizados, encontró que la terapia EMDR fue superior al biofeedback y el entrenamiento en relajación.

La capacidad de la Terapia EMDR de simultáneamente trabajar con el TEPT, la depresión y el dolor somático, puede tener múltiples beneficios para el tratamiento de personal de las fuerzas armadas (Russel & Figley, 2012).

Intervenciones Tempranas con Terapia EMDR.

La Identificación de aquellos que necesitan Mayores Cuidados y Facilitar su acceso a los mismos, es uno de los objetivos de la Intervención/Atención Temprana en Salud Mental, de la Salud Mental en Desastres y del Continuo de Cuidados Psicosociales (Jarero, Artigas, & Luber, 2011).

La experiencia clínica y el trabajo de campo empleando Intervenciones Tempranas con Terapia EMDR (ITTE) es extensa. Resultados de estudios publicados indican que las ITTE son breves y con efectos rápidos de tratamiento y que pueden ser utilizadas en campo o en situaciones de emergencia en el consultorio (Maxfield, 2008).

Jarero et al., (2011) han argumentado que las intervenciones tempranas con terapia EMDR, tienen un lugar natural en el contexto del continuo de cuidados de la Intervención en Crisis y de la Salud Mental en Desastres. Y pueden ser clave en la intervención temprana como una modalidad de tratamiento breve, que en adición al tratamiento de la perturbación presente debida a un evento reciente potencialmente traumático, evite la sensibilización o la progresiva acumulación de memorias traumáticas similares (McFarlane, 2009; Tofani & Wheeler, 2011), dando como resultado el desarrollo de futuros trastornos mentales.

Por lo tanto, el empleo de Protocolos de Terapia EMDR para Intervención Temprana, puede ser una ventana de oportunidad para: a) El procesamiento adaptativo de memorias perturbadoras, b) la prevención de la sensibilización o la acumulación progresiva de memorias perturbadoras, c) la prevención de complicaciones a futuro, d) el alivio del sufrimiento causado por el trauma psicológico y e) la promoción de resiliencia psicológica y emocional (Jarero, 2011).

Protocolos específicamente diseñados para las Intervenciones Tempranas con Terapia EMDR, que cuentan con evidencia empírica sobre su efectividad

Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR.

El Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR para intervención temprana (EMDR-IGTP por sus siglas en inglés), fue desarrollado por miembros de la Asociación Mexicana para Ayuda Mental en Crisis (AMAMECRISIS) para enfrentar las enormes necesidades de servicios en salud mental, después de que el Huracán Paulina devastó las costas de los Estados de Oaxaca y de Guerrero en el año de 1997 (Jarero & Artigas, 2009).

El protocolo combina las 8 fases del tratamiento individual con terapia EMDR (Shapiro, 2001) con un modelo de terapia grupal y un formato terapia mediante el arte y emplea el Abrazo de la Mariposa (Artigas, 2011; Artigas & Jarero, 2014) como una forma de estimulación bilateral auto-administrada. A este protocolo también se le conoce como el Protocolo Grupal del Abrazo de la Mariposa, el Protocolo Grupal de EMDR y el Protocolo Grupal de EMDR para niños.

Este protocolo fue diseñado originalmente para trabajar con niños (Artigas, Jarero, Alcalá & López Cano, 2014) y fue modificado posteriormente para ser empleado con adultos (Jarero & Artigas, 2014a). El protocolo se compara favorablemente con otros modelos de tratamiento grupal en términos de tiempo, empleo de recursos y resultados (Adúriz et al., 2009). Ha sido usado en su formato original o con adaptaciones para adecuarse a las circunstancias culturales, en numerosos sitios alrededor del mundo (Gelbach & Davis, 2007; Maxfield, 2008) con miles de sobrevivientes de desastres naturales o provocados por el hombre (Jarero & Artigas, 2012).

Reportes anecdóticos (Gelbach & Davis, 2007; Luber, 2009), nueve estudios piloto con niños y adultos después de desastres naturales en México, Nicaragua, El Salvador, Colombia y Venezuela (Artigas et al., 2000; Jarero et al., 1999; Jarero, Artigas, & Hartung, 2006); reportes de caso y estudios de campo han documentado su efectividad con niños y adultos sobrevivientes de desastres naturales o provocados por el hombre, durante trauma de guerra en curso, crisis geopolíticas en curso, con niños refugiados de la guerra, con personas que sufren accidentes de trabajo y son diagnosticadas con Trastorno por Estrés Agudo, con víctimas de violación, con niños y adolescentes víctimas de violencia interpersonal severa y con pacientes con cáncer (Adúriz, Knopfler, & Blüthgen, 2009; Allon, citado por Shapiro, 2011; Aránguiz & Cattoni, 2013; Adúriz & Salas, 2014; Birnbaum, 2007; Chung et al., (in press); Errebo, Knipe, Forte, Karlin, & Altayli, 2008; Fernandez, Gallinari, & Lorenzetti, 2005; Jarero & Artigas, 2010; Jarero, Artigas, & Hartung, 2006; Jarero, Artigas, & Montero, 2008; Jarero, Roque-López, & Gomez, 2013; Jarero, Roque-López, Gómez, & Givaudán, 2014a; Jarero, Roque-López, Gómez, & Givaudán, 2014b; Jarero, Artigas, Uribe, García, Cavazos & Givaudán, 2014; Korkmazlar-Oral and Pamuk, 2002; Mehrotra (in press), Monteiro, 2014; Salas, 2014; Wilson, Tinker, Hoffmann, Becker, & Marshall, 2000; Zaghrou- Hodali, Alissa, & Dodgson, 2008).

Para saber más sobre este protocolo le invitamos a consultar la Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación: <http://revibapst.com>

Protocolo Individual de Terapia EMDR para uso de Auxiliadores.

Este protocolo cuyas siglas en inglés son EMDR-PROPARG (Jarero, Amaya, Givaudan, & Miranda, 2013), es una adaptación para Auxiliadores del protocolo de terapia EMDR para incidentes críticos recientes, (EMDR-PRECI por sus siglas en inglés). Mismo que tiene evidencia científica que soporta su eficacia en la reducción de síntomas del TEPT, en la prevención del desarrollo del TEPT crónico y en el desarrollo del mecanismo de resiliencia psicológica y emocional (Jarero, Artigas, & Luber, 2011; Jarero & Uribe, 2011; Jarero & Uribe, 2012).

El EMDR-PROPARG está específicamente diseñado para emplearse en las tres presentaciones clínicas, que son comunes entre aquellas personas que no se recuperan de situaciones de trauma agudo (reciente): a) variantes sub-clínicas de Trastorno por Estrés Agudo o de Trastorno por Estrés Postraumático, b) deterioro funcional o social, c) síntomas de estrés postraumático que impactan la calidad de vida.

Estas presentaciones se pueden desarrollar con el tiempo o después de actividades de intervención en crisis (e.g., satisfacción de necesidades físicas inmediatas, apoyo espiritual y social, psicoeducación, normalización y primeros auxilios emocionales).

Entrenamiento en Intervención Temprana con Terapia de Reprocesamiento del Trauma (EMDR) Aplicada por Auxiliadores (ITEA) ©.

Es un hecho reconocido mundialmente, que los países de bajos y medianos ingresos frecuentemente carecen de profesionales en trauma psicológico para responder adecuadamente a eventos traumáticos a gran escala. Sin embargo, estos países cuentan con grupos de para-profesionales bien entrenados, que son responsables de proveer intervención y tratamiento. Consecuentemente, en junio del año 2012, la Dra. Francine Shapiro invitó al autor líder de esta investigación (IJ), a desarrollar un programa para entrenar y supervisar a paraprofesionales de los países de bajos y medianos ingresos, para que fuesen capaces de brindar intervención temprana con protocolos de terapia EMDR (Shapiro, 2001) en formatos grupal (EMDR-IGTP) e individual (EMDR-PROPARG). En términos de la Organización Mundial de la Salud es capacitarlos para dar “Intervenciones Psicosociales Avanzadas”

El objetivo central del ITEA es construir capacidades locales, enseñando a paraprofesionales apropiadamente seleccionados/as, entrenados y supervisados, cómo proporcionar de forma segura los protocolos grupal e individual mencionados anteriormente. Al mes de junio del año 2014, se han conducido pruebas piloto de este programa de entrenamiento en cuatro continentes: América, Europa, África y Asia; con la participación de auxiliadores de 63 países diferentes.

El entrenamiento cuenta un poderoso programa multicomponente y de amplio espectro, que cumple con los lineamientos del año 2013 de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2013), para el Manejo de Condiciones Específicamente Relacionadas a Estrés. Asimismo, este entrenamiento que se da en formato de Taller Teórico-Práctico, cumple con las Directrices Internacionales de Apoyo entre Colegas en Organizaciones de Alto Riesgo (Creamer et al., 2012).

Este taller teórico-práctico, está diseñado específicamente para abordar eventos traumáticos recientes de alto impacto psicoemocional; que hayan sufrido víctimas primarias (los directamente afectados), víctimas secundarias (familiares cercanos y amigos) y víctimas terciarias (personas que les brindan ayuda). Dentro del marco del Continuo de Cuidados Psicosociales para un Abordaje Integral del Trauma Psicológico del Siglo XXI (Jarero, 2011); durante este entrenamiento se aprenden y se practican en vivo una estratégica variedad de Protocolos. Mismos que deben de ser empleados paso a paso y de forma cada vez más intensificada. Teniendo como principales objetivos la seguridad y la evitación del sufrimiento innecesario de las y de los pacientes.

Es importante mencionar que el ITEA no es aproximación de “entrenar y desear lo mejor” (un solo entrenamiento y apoyo post-entrenamiento limitado). Este programa está basado en el modelo de aprendizaje del Instituto EMDR que enfatiza la supervisión, el coaching y la retroalimentación.

Los Protocolos se integran de inmediato en el trabajo. Y fueron diseñados para:

1. Dentro de un *Primer Contacto* de Atención Temprana en Salud Mental (Primeros Auxilios Psicológicos); prevenir o mitigar la sintomatología de los Incidentes Críticos de Alto Impacto.
2. Dentro de un *Segundo Contacto* (Segundos Auxilios Psicológicos); brindar Intervención Temprana con el Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR (EMDR-IGTP) y/o con el Protocolo Individual de Terapia EMDR para uso de Auxiliadores de Eventos Traumáticos Recientes (EMDR-PROPARGA). A todas aquellas personas que presentan pocas posibilidades de recuperarse naturalmente, de los efectos adversos de la experiencia traumática.

En el caso de que hubiese pacientes que no mejoraran o empeoraran, los participantes al entrenamiento tienen la instrucción de referirlos de inmediato con profesionales de la salud mental, para que dichos pacientes reciban el siguiente nivel de atención (Terceros Auxilios Psicológicos), con terapias especializadas para tratar trauma y basadas en la evidencia científica (e.g., Terapia EMDR, Terapia Cognitivo Conductual focalizada en Trauma).

Presente Estudio Piloto.

Objetivo.

El objetivo del presente estudio piloto fue comprobar las hipótesis de investigación.

Hipótesis 0 (Hipótesis nula).

La aplicación del Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR (EMDR-IGTP) y el Protocolo Individual de Terapia EMDR para uso de Auxiliadores (EMDR-PROPARGA), por personal militar no profesional de la salud mental (e.g., enfermeras, enfermeros, médicos), no causa daño a los pacientes (e.g., disociación, depresión, uso de sustancias, auto-lesiones, suicidio), ni al personal que aplicó los protocolos (e.g., afectación negativa, trauma secundario).

Hipótesis 1.

La aplicación del Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR (EMDR-IGTP) y el Protocolo Individual de Terapia EMDR para uso de Auxiliadores de Eventos Traumáticos Recientes (EMDR-PROPARGA), por personal militar no profesional de la salud mental (e.g., enfermeras, enfermeros, médicos), si causa daño a los pacientes (e.g., disociación, depresión, uso de sustancias, auto-lesiones, suicidio) y al personal que lo aplicó (e.g., afectación negativa, trauma secundario).

Método.

El Consejo de Ética de la Fundación Latinoamericana y del Caribe para la Investigación del Trauma Psicológico, aprobó el protocolo de investigación.

Participantes.

Durante los años 2012 y 2013, personal militar Latinoamericano no profesionales de la salud mental (e.g., enfermeras, enfermeros, médicos); recibió el Entrenamiento en Intervención Temprana con Terapia EMDR Aplicada por Auxiliadores (ITEA). Esto con el fin de capacitarse para brindar atención temprana en salud mental a sus compañeros y compañeras de armas que desempeñaban labores de alto riesgo.

Procedimiento.

Al final del entrenamiento, se les entregaron a los y a las participantes dos cuestionarios, (uno para vaciar los datos referentes a la aplicación del EMDR-IGTP y otro para el EMDR-PROPARGA). Diseñados para evaluar varios aspectos del entrenamiento y en particular, para obtener información significativa que sirviera para comprobar las hipótesis de trabajo del presente estudio piloto.

Medidas.

Se diseñaron dos cuestionarios de evaluación con los siguientes objetivos principales: a) saber si la información impartida durante el entrenamiento ITEA fue suficiente, para que los participantes aplicaran de forma segura el Protocolo Grupal (EMDR-IGTP) y el Protocolo Individual (EMDR-PROPARGA); b) conocer si la aplicación de los protocolos, causó o no causó daño a los/las pacientes o a los/las auxiliadores que lo aplicaron; c) conocer cuáles fueron los problemas (si los hubo), a los que se enfrentaron los auxiliadores al momento de aplicar los protocolos y d) saber en qué aspectos se puede mejorar el entrenamiento.

Tratamiento.

En un periodo de doce meses, el personal entrenado en el ITEA, atendió con el Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR a un total de 5,604 compañeros y compañeras de armas y con el Protocolo Individual de Terapia EMDR para uso de Auxiliadores de Eventos Traumáticos Recientes a 245 de esos compañeros.

Resultados.

De las 5,604 personas atendidas con el Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR, solo 9 de ellas (0.0016%) presentaron síntomas disociativos, los cuales fueron de desrealización (n=7, pues se sintieron como en un sueño) y despersonalización (n=2, pues se sintieron fuera de su cuerpo). Las y los auxiliares emplearon las técnicas aprendidas en el entrenamiento ITEA, para re-orientar a dichas personas a la realidad presente y todas ellas pudieron continuar con el tratamiento.

Dos personas (0.00036%) fueron referidas con la psicóloga militar para consejería de pareja.

No se reportó ningún paciente (n=0) que presentara fuertes abreacciones (e.g., convulsionarse, retorcerse, gritar desafortadamente, actuar como si estuviese viviendo el incidente crítico y desconocer la realidad presente). Ver figura 1.

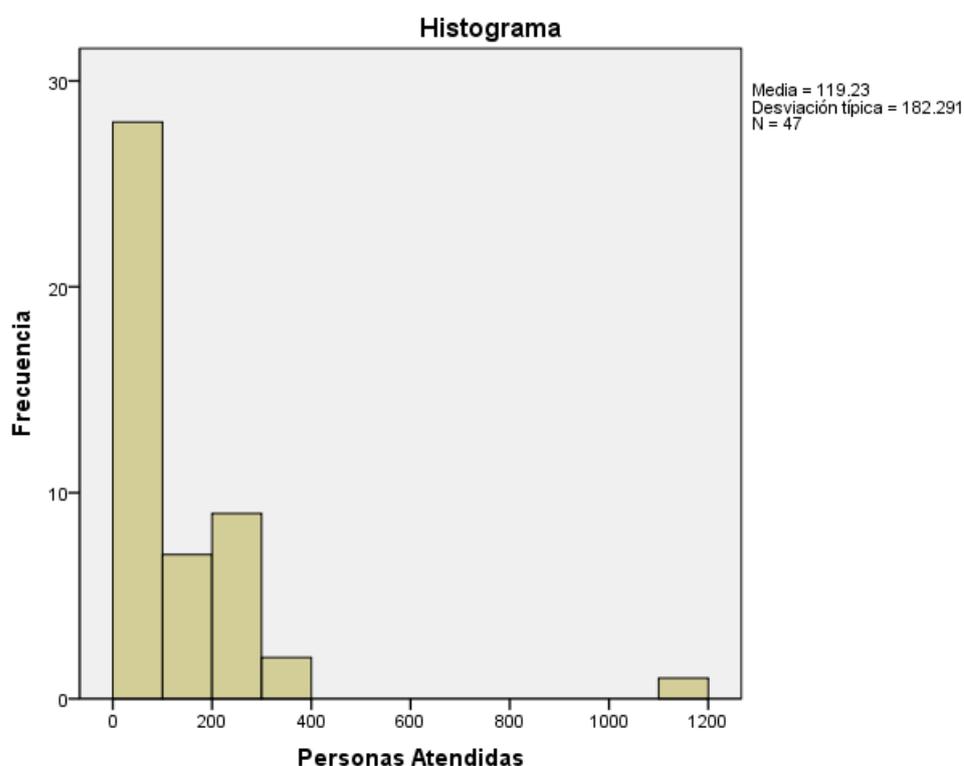


Figura 1. Personas atendidas con el Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR.

De las 245 personas atendidas con el Protocolo Individual de Terapia EMDR para uso de Auxiliadores de Eventos Traumáticos Recientes, 18 (0.073 %) presentaron síntomas disociativos, los cuales fueron de desrealización (n=8, pues se sintieron como en un sueño), amnesia disociativa (n=3, pues no recordaban como habían llegado ahí) y despersonalización (n=7, pues se sintieron fuera de su cuerpo). Las y los auxiliares emplearon las técnicas aprendidas en el entrenamiento ITEA, para re-orientar a dichas personas a la realidad presente y todas ellas pudieron continuar con el tratamiento.

Tres pacientes (0.012%) fueron referidos a psiquiatría por sus síntomas severos de estrés postraumático. Tres pacientes (0.012%) manifestaron fuertes abreacciones, mismas que fueron manejadas con efectividad por las y los facilitadores y las/los pacientes pudieron seguir con el tratamiento. Ver figura 2.

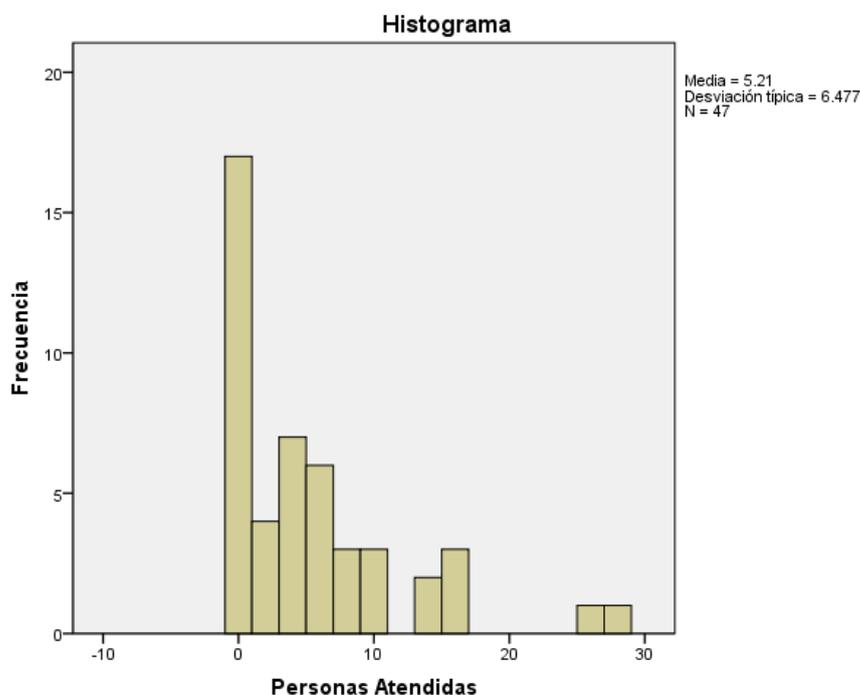


Figura 2. Pacientes atendidos con el Protocolo Individual de Terapia EMDR.

En lo referente a la posible afectación del personal militar que aplicó los protocolos, la totalidad de los 47 auxiliadores reportó haber recibido una aportación positiva en su vida. Dos auxiliadores reportaron haberse sentido mal por no haber podido hacer más para ayudar y un auxiliador reportó haberse sentido afectado por lo que escuchó y haber recurrido a otro auxiliador para que le aplicara el EMDR-PROPARGA, con lo cual pudo procesar exitosamente las memorias perturbadoras y evitar así el trauma secundario.

Discusión.

El objetivo del presente estudio piloto fue comprobar las hipótesis de investigación. Por los resultados obtenidos, podemos concluir que se comprobó la Hipótesis Nula: La aplicación del Protocolo Grupal e Integrativo con terapia EMDR (EMDR-IGTP) y el Protocolo Individual de Terapia EMDR para uso de Auxiliadores de Eventos Traumáticos Recientes (EMDR-PROPARGA), por personal militar no profesional de la salud mental (e.g., enfermeras, enfermeros, médicos), no causa daño a los pacientes (e.g., disociación, depresión, uso de sustancias, auto-lesiones, suicidio), ni al personal que aplicó los protocolos (e.g., afectación negativa, trauma secundario).

Kehle et al., (2010) reportan que en un amplio estudio de combatientes que habían regresado a sus hogares, un tercio de los participantes pensaban que serían vistos como débiles o serían tratados de forma diferente por su líder de unidad si buscaban servicios de salud mental.

Para maximizar el bienestar y la adaptación, después de una situación particularmente difícil relacionada con el trabajo, Orner et al., (2003) específicamente identifican las preferencias de personal de servicios de emergencia de platicar con un colega sobre ese incidente traumático, en lugar de con un profesional en salud mental.

Los autores piensan que la Atención Temprana en Salud Mental con protocolos de terapia EMDR aplicados por auxiliares, puede ser un factor clave para proteger al personal de las fuerzas armadas de psicopatologías. Y para proporcionarles un tratamiento rápido y efectivo que puede aliviar la carga de trabajo de los profesionales en salud mental (e.g., psiquiatras, psicólogas y psicólogos) de las Instituciones Militares en Latinoamérica. Los cuales solo atenderían los casos más severos que se encuentran en riesgo de desarrollar síndromes crónicos.

Dado que la comunidad depende de los servicios del personal de las Fuerzas Armadas en situaciones de crisis, nos unimos a la recomendación que hacen Roberts et al., (2010), en el sentido de llevar a cabo mayor investigación para identificar las formas más efectivas de ayuda psicológica en las primeras etapas después de un evento traumático.

Referencias.

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.

American Psychiatric Association (2004). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*. Arlington, VA: American Psychiatric Association Practice Guidelines.

Aránguiz, I & Cattoni, M. (2013). Psicoterapia Grupal en Pacientes con Trauma Reciente: Una propuesta integradora desde el modelo EMDR. *Fortaleciendo Redes: Experiencia con EMDR en la superación de un evento crítico*. Mutual de Seguridad. Chile.

Artigas, L., & Jarero, I. (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.

Artigas, L., Jarero, I., Mauer, M., López Cano, T., & Alcalá, N., 2000. *EMDR and traumatic stress after natural disasters: integrative treatment protocol and the butterfly hug*. Poster presented at the EMDRIA Conference, September, Toronto, Ontario, Canada.

Artigas, L., Jarero, I., Alcalá, N., & López Cano, T. (2014). The EMDR Integrative Group Treatment Protocol (IGTP) for Children. In M. Luber (Ed.). *Implementing EMDR Early Mental Health Interventions for Man-Made and Natural Disasters* (pp. 237-251). 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>

Birnbaum, A., 2007. Lessons from the Lebanon war, EMDR-Israel Conference.

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

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>

Brewin, C., Scragg, P., Robertson, M., & Thompson, M. (2008). Promoting mental health following the London bombings: A screen and treat approach. *Journal of Traumatic Stress*, 21(1), 3-8.

Breyer, B., Cohen, B., Bertenthal, D., Rosen, R., Neylan, T., & Seal, K. (2013, May 16). Sexual dysfunction in male Iraq and Afghanistan war veterans: Association with posttraumatic stress disorder and other combat-related mental health disorders: A population-based cohort study. *The Journal of Sexual Medicine*.

Carlson, J., Chemtob, C.M., Rusnak, K., Hedlund, N.L., & Muraoka, M.Y. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Treatment for combat-related post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 3-24.

Chinman, M., Lucksted, A., Gresen, R., et al. (2008). Early experiences of employing consumer-providers in the VA. *Psychiatric Services, 59*, 1315-1321.

Chung, C.Y., Kim, D., Kim, S., Bae, H., Lee, K., Go, B. (in press), Treatment response of affect regulation group therapy for recently traumatized school children. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*.

Cukor, J., Wyka, K., Jayasinghe, N., & Difede, J. (2010). The nature and course of subthreshold PTSD. *Journal of Anxiety Disorders, 24*, 918-923.

Creamer, M.C., Varker, T., Bisson, J., Darte, K., Greenberg, N., Lau, W., Moreton, G., O'Donell, M., Richardson, D., Ruzek, J. Watson, P., Forbes, D. (2012). Guidelines for Peer Support in High-Risk Organizations: An International Consensus Study Using the Delphi Method. *Journal of Traumatic Stress, 25*, 134-141.

Department of Veterans Affairs and Department of Defense. (2010). *VA/DoD Clinical Practice Guidelines for Management of Post-Traumatic Stress*. Version 2.0). Washington. Retrieved October 14, 2012 from http://www.healthquality.va.gov/ptsd/CPG_Summary_FINAL_MgmtofPTSDfinal.pdf

Errebo, N., Knipe, J., Forte, K., Karlin, V., Altayli, B. (2008). EMDR-HAP training in Sri Lanka following 2004 tsunami. *Journal of EMDR Practice & Research 2* (2), 124–139.

Everly, G., Mitchell, J. (2008). *Integrative Crisis Intervention and Disaster Mental Health*. Chevron.

Fernandez, I., Gallinari, E., Lorenzetti, A. (2005). A school-based intervention for children who witnessed the Pirelli building airplane crash in Milan, Italy. *Journal of Brief Therapy 2*, 129–136.

Gelbach, R., & Davis, K. (2007). Disaster response: EMDR and family systems therapy under communitywide stress. In F. Shapiro, F. W. Kaslow, & L. Maxfield (Eds.), *Handbook of EMDR and family therapy processes* (pp. 387–406). New York, NY: John Wiley & Sons.

Gros, D.F., Yoder, M., Tuerk, P.W., Lozano, B.E., & Acierno, R. (2011). Exposure therapy for PTSDs delivered to veterans via telehealth: Predictors of treatment completion and outcome and comparison to treatment delivered in person. *Behavioral Therapy, 42*, 276-283.

Haugen, P.T., Evces, M., Weiss, D. (2012). Treating Posttraumatic Stress Disorder in First Responders: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 32*, 370-380.

Holgerson, K.H., Klockner, C.A., Boe, H.J., Weisaeth, L., & Holen, A. (2011). Disaster survivors in their third decade: Trajectories of initial stress responses and long-term course of mental health. *Journal of Traumatic Stress, Vol. 24, No. 3*, pp. 334-341.

Humphreys, K., & Rappaport, J. (1994). Researching self-help/mutual aid groups and organizations: Many roads, one journey. *Applied & Preventive Psychology*, 3, 217-231.

Jakupcak, M., Conybeare, D., Phelps, L., Hunt, S., Holmes, H.A., Felker, B., &...Mcfall, M.E. (2007). Anger, hostility, and aggression among Iraq and Afghanistan war veterans reporting PTSD and subthreshold PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 945-954.

Jakupcak, M., Hoerster, K.D., Varra, A., Vannoy, S., Felker, B., & Hunt, S. (2011). Hopelessness and suicidal ideation in Iraq and Afghanistan war veterans reporting subthreshold and threshold PTSD. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199-272-275.

Jain, S., McLean, C., & Rosen. (2012). Is there a role for peer support delivered interventions in the treatment of veterans with post-traumatic stress disorder? *Military Medicine*, Vol. 177, 481-483.

Jarero, I. (2011). La Intervención en Crisis del Siglo XXI. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 2(1), 1-87.

Jarero, I., & Artigas, L. (2009). EMDR integrative group treatment protocol. *Journal of EMDR Practice & Research*, 3(4), 287-288.

Jarero, I., & Artigas, L. (2010). EMDR integrative group treatment protocol: Application with adults during ongoing geopolitical crisis. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(4), 148-155.

Jarero, I., & Artigas, L. (2012). The EMDR Integrative Group Treatment Protocol: EMDR group treatment for early intervention following critical incidents. *European Review of Applied Psychology*, 62, 219-222.

Jarero, I., & Artigas, L. (2014a). 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.

Jarero, I., & Artigas, L. (2014b). The EMDR Protocol for Recent Critical Incidents (EMDR-PRECI). In M. Luber (Ed.). *Implementing EMDR Early Mental Health Interventions for Man-Made and Natural Disasters* (pp. 217-232). New York, NY: Springer.

Jarero, I., Amaya, C., Givaudan, M. Miranda, A. (2013). EMDR Individual Protocol for Paraprofessional Use: A Randomized Control Trial with First Responders. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(2), 55-64.

Jarero, I., & Artigas, L., Uribe, S., García, L, E., Cavazos, M.A., & Givaudán, M. (2014) Pilot Research Study on the Provision of the EMDR Integrative Group Treatment Protocol with Female Cancer Patients. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 6(3), 1-15. ISSN: 2007-8544.

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

Jarero, I., & Uribe, S. (2011). The EMDR protocol for recent critical incidents: Brief report of an application in a human massacre situation. *EMDR Practice and Research*, 5(4), 156-165.

Jarero, I., & Uribe, S. (2012). The EMDR protocol for recent critical incidents: Follow-up report of an application in a human massacre situation. *EMDR Practice and Research*, 6(2), 50-61.

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

Jarero, I., Artigas, L., Mauer, M., López Cano, T., & Alcalá, N. (1999, November). *Children's post-traumatic stress after natural disasters: Integrative treatment protocol*. Poster session presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Miami, FL.

Jarero, I., Artigas, L., & Montero, M. (2008). The EMDR integrative group treatment protocol: Application with child victims of a mass disaster. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 97–105.

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

Jarero, I., Roque-López, S., Gómez, J., Givaudán, M. (2014a). Second Research Study on the Provision of the EMDR Integrative Group Treatment Protocol with Child Victims of Severe Interpersonal Violence. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 6(1), 1-24. ISSN: 2007-8544.

Jarero, I., Roque-López, S., Gómez, J., Givaudán, M. (2014b). Third Research Study on the Provision of the EMDR Integrative Group Treatment Protocol with Child Victims of Severe Interpersonal Violence. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 6(2), 1-22. ISSN: 2007-8544.

Kehle, S.M., Polusny, M.A., Murdoch, M., Erbes, C., Arbisi, P., Thuras, P., Meis, L. (2010). Early Mental Health Treatment-Seeking among U.S. National Guard Soldiers Deployed to Iraq. *Journal of Traumatic Stress*, 23(1)33-40.

Kornfield, S.L., Klaus, J., McKay, C., Helstrom, A., & Oslin, D. (2012, June 11). Subsyndromal posttraumatic stress disorder symptomatology in primary care military veterans. Treatment implications. *Psychosocial Services*. Advance online publication.

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.

LeardMann, C. A., Powell, T. M., Smith, T. C., Bell, M. R., Smith, B., Boyko, E. J., . . . Hoge, C. (2013). Risk factors associated with suicide in current and former US military personnel. *JAMA*, *310*(5), 496-506.

Levenson, R.L., & Dwyer, L.A. (2003). Peer support in law enforcement: Past, present, and future. *International Journal of Emergency Mental Health*, *5*, 147-152.

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.

Maguen, S.K.H., Cohen, B., et al. (2010). VA mental Health services utilization in Iraq and Afghanistan veterans in the first year of receiving new mental health diagnoses. *Journal of Traumatic Stress*, *23*:5-16.

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

McFarlane, A. C. (2009). The duration of deployment and sensitization of stress. *Psychiatric Annals*, *39*(2), 81–88.

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

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

Norris, F.H., & Stevens, S.P. (2007). Community resilience and the principles of mass trauma intervention. *Psychiatry*, *70*, 320-328.

Orner, R., King, S., Avery, A., Bretherton, R., Stolz, P., & Omerod, J. (2003). Coping and adjustment strategies used by emergency services staff after traumatic incidents: Implications for psychological debriefing, restructured early intervention and psychological first aid. *The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, *1*.

Pietrzak, R.H., Goldstein, M.B., Malley, J.C., Johnson, D.C., & Southwick, S.M. (2009). Subsyndromal posttraumatic stress disorder is associated with health and psychosocial difficulties in veterans of operations enduring freedom and Iraq freedom. *Depression and Anxiety*, *26*, 739-744.

Ray, A.L., & Zbik, A. (2001). Cognitive behavioral therapies and beyond. In C.D. Tollison, J.R. Satherwaite, & J.W. Tollison (Eds.), *Practical pain management* (pp. 189–208). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

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

Russell, M. (2006). Treating combat-related stress disorders: A multiple case study utilizing eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) with battlefield casualties from the Iraqi war. *Military Psychology, 18*, 1-18.

Russell, M. (2008). Treating traumatic amputation-related phantom limb pain: A case study utilizing eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) within the armed services. *Clinical Case Studies, 7*, 136-153.

Russell, M.C. (2008). War-related medically unexplained symptoms, prevalence, and treatment: Utilizing EMDR within the armed services. *Journal of EMDR Practice and Research, 2*, 212-226.

Russell, M.C. (2008). Scientific resistance to research, training and utilization of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in treating post-war disorders *Social Science & Medicine, 67*, 1737-1746.

Russell, M.C. & Figley, C.R. (2012). *Treating traumatic stress injuries in military personnel: An EMDR practitioner's guide*. New York: Routledge.

Salas, C. (2014). Aplicación del Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR a las Víctimas de un Alud en Angastaco-Argentina. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación, 6(2)*, 1-11. ISSN: 2007-8544.

Schneider, J., Hofmann, A., Rost, C., & Shapiro, F. (2007). EMDR and phantom limb pain: Case study, theoretical implications, and treatment guidelines. *Journal of EMDR Science and Practice, 1*, 31-45.

Schneider, J., Hofmann, A., Rost, C., & Shapiro, F. (2008). EMDR in the treatment of chronic phantom limb pain. *Pain Medicine, 9*, 76-82.

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

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.

Silver, S.M., Brooks, A., & Obenchain, J. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing treatment of Vietnam war veterans with PTSD: Comparative effects with biofeedback and relaxation training. *Journal of Traumatic Stress, 8*, 337-342.

Sullivan, C. P., & Elbogen, E. B. (2013, May 6). PTSD symptoms and family versus stranger violence in Iraq and Afghanistan veterans. *Law and Human Behavior*.

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

Wilensky, M. (2006). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as a treatment for phantom limb pain. *Journal of Brief Therapy, 5*, 31-44.

Wilson, S., Tinker, R., Hofmann, A., Becker, L., & Marshall, S. (2000, November). *A field study of EMDR with Kosovar-Albanian refugee children using a group treatment protocol*. Paper presented at the annual meeting of the International Society for the Study of Traumatic Stress, San Antonio, TX.

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

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

Zaghrout-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.