

Protocolo de EMDR para Incidentes Críticos Recientes: Breve Reporte de Aplicación en Situación de Masacre Humana.

Ignacio Jarero

Susana Uribe

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

Latin American & Caribbean Foundation for Psychological Trauma Research.

El presente estudio de campo fue realizado tras el descubrimiento de 218 cuerpos en fosas clandestinas, en el estado mexicano de Durango en abril de 2011. Se llevó a cabo una evaluación psicométrica preliminar, con los 60 empleados de la Procuraduría General del Estado que se encontraban trabajando con los cuerpos. Esto para establecer los criterios de selección y medidas de base. Se administraron la Escala de Impacto del Evento (IES) y la escala Short PTSD Rating Interview (SPRINT). Los 32 individuos que arrojaron puntajes de estrés postraumático y de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) de moderados a severos, fueron tratados con el Protocolo de EMDR para Incidentes Críticos Recientes (EMDR-PRECI). Los participantes se asignaron a dos grupos: Grupo de Atención Inmediata (GAI, síntomas severos) y Grupo de Atención Demorada (GAD, síntomas moderados). Cada sesión individual con los clientes tuvo una duración entre 90 y 120 minutos. Los resultados demostraron que una sesión de terapia EMDR empleando el Protocolo para Incidentes Críticos Recientes (PRECI), produjo una mejoría significativa en la sintomatología de TEPT y estrés postraumático. Esto tanto para el grupo de atención inmediata como para el grupo de atención demorada. Este estudio provee evidencia preliminar, que sustenta la eficacia del protocolo en un escenario natural de situación de masacre humana, con un grupo de adultos traumatizados trabajando bajo estrés extremo. Se recomienda más investigación para evaluar la eficacia del protocolo.

Palabras clave: EMDR-PRECI; intervención temprana con EMDR; EMDR y eventos recientes; salud mental en masacre humana; estrés postraumático.

This is a modified translation of an article originally published as 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. Reprinted with permission.

El Diccionario Merriam-Webster (2011) define *masacre humana*, como el acto o el hecho de matar a muchos seres humanos indefensos o imposibilitados bajo circunstancias de crueldad o atrocidad. Registros de masacres humanas datan del año 61 después de Cristo, cuando el ejército romano destruyó la fortaleza celta-druida en Anglesey, Gran Bretaña (Wikipedia, 2011). Las masacres humanas relacionadas al crimen organizado en Latinoamérica, tiene sus raíces con los paramilitares y narcotráfico en Colombia durante el siglo XX; cuando los grupos paramilitares y el narcotráfico controlaban la mayor parte del tráfico de cocaína y otras sustancias ilegales (Human Rights, 2011).

La Guerra Mexicana contra el narco, es un conflicto armado entre las fuerzas del gobierno mexicano que buscan combatir el narcotráfico, el crimen organizado y los carteles de la droga, que además luchan entre ellos por controles regionales. A pesar de que los carteles mexicanos de la droga y organizaciones de tráfico de drogas han existido desde hace décadas, se hicieron más poderosos y violentos desde la desaparición de los carteles de Cali y Medellín en los 90's. El gobierno mexicano había conservado una postura pasiva ante la violencia de los carteles en los 90's y principios del siglo XXI.

Esto cambió el 11 de diciembre del 2006, cuando el recién electo Presidente Felipe Calderón envió 6,500 tropas federales al estado de Michoacán a terminar la violencia generada por la droga en ese lugar. Esta acción es considerada como el mayor acto en contra del crimen organizado y es generalmente vista como el punto de partida de la guerra entre el gobierno y el crimen organizado. Calderón continuó escalando su campaña por lo que, al momento de escribir este artículo, existen cerca de 45,000 elementos de las fuerzas armadas involucrados; además de policías y fuerzas federales. El número de víctimas se ha incrementado significativamente a través del tiempo. Para junio del 2011, las bajas de esta guerra sumaban más de 50,000 personas; incluidas miembros del crimen organizado, soldados, policías y población civil (Los Ángeles Times, 2011).

Desde 2011 se han encontrado varias fosas clandestinas en diferentes estados de la República Mexicana. En abril de 2011, el descubrimiento de 183 cuerpos en 40 fosas en el estado fronterizo de Tamaulipas al norte del país, causó furor internacional. Lo anterior debido a que familias de Estados Unidos, México y Centroamérica; se presentaron buscando a sus seres queridos, quienes habían sido reportados como extraídos de los autobuses en los que viajaban, para luego desaparecer en las vastas proximidades de San Fernando; escenario de dos masacres humanas en menos de un año (MSN News, 2011).

En esa época en el estado mexicano de Durango, se encontraron siete fosas clandestinas en las agitadas zonas urbanas de la ciudad de casi 600,000 habitantes. Ahí se recuperaron 218 cuerpos desde el 11 de abril del 2011. Fuentes oficiales informaron que las fosas contenían probablemente; los restos de personas pertenecientes a grupos organizados ejecutados por sus rivales, víctimas secuestradas e inclusive algunos policías. Esta región había sido declarada territorio controlado por grupos de narcotraficantes desde mucho tiempo atrás.

Algunos de los cuerpos encontrados en Durango tenían menos de tres meses enterrados; tiempo que coincide con el rompimiento de los miembros del cartel de Sinaloa. Otros cuerpos tenían hasta 4 años. En algunos casos, los restos eran prácticamente esqueletos, debido al tiempo transcurrido en el suelo desértico de Durango.

El trabajo de recuperación de los cuerpos estuvo a cargo de peritos forenses de la Procuraduría General del Estado, quienes utilizaban máscaras y trajes estériles para evitar la contaminación. El inesperado número de cuerpos, rebasó la capacidad de la morgue, por lo que el personal tuvo que trabajar en camiones refrigerados. Mientras se esforzaban por identificar los cuerpos por medio de huellas dactilares, señas particulares, tatuajes, etc.; en los restos que todavía tenían piel para hacerlo. Pilas de cadáveres apilados en bolsas plásticas blancas, a lo largo de la pared de un camión refrigerado, aguardaban a ser examinadas (Time Word, 2011).

Mientras laboraban con los cuerpos en descomposición, los peritos se veían forzados a trabajar parados sobre una alfombra de larvas que caían constantemente de los cadáveres. La pestilencia en el sitio era insoportable. Para entender la magnitud de este escenario único, es necesario describir la diaria jornada: día tras día los empleados trabajaban con los cadáveres -o solo con partes de estos- en varios estados de putrefacción. Algunas partes eran irreconocibles por el avanzado estado de descomposición en que se encontraban. Utilizaban guantes de látex, sumamente delgados; estaban constantemente expuestos a olores nauseabundos, gusanos vivos y partes humanas que se deshacían por la putrefacción.

El lugar de trabajo era físicamente muy estresante, pues los peritos se desplazaban de los camiones refrigerados a la morgue -que no estaba climatizada- y de ahí, al calor del desierto. Los empleados a menudo se encontraban imaginando, el horror sufrido por las víctimas que estaban examinando, al observar las heridas y lesiones que presentaban. Además, tenían que atender a los familiares que buscaban desesperadamente a sus seres queridos.

Al mismo tiempo, estaban constantemente expuestos al poder y a la crueldad de los carteles, pues seguían recibiendo cuerpos decapitados que llegaban a las instalaciones de la Procuraduría. Algunos de estos cuerpos, de colegas que fueron torturados antes de ser ejecutados. Lo que los llevaba a sentirse temerosos de convertirse en víctimas ellos también.

Sumado a esto, es importante mencionar que la Procuraduría ya había sufrido un ataque por parte del crimen organizado, en el área donde se encuentran los peritos forenses.

Algunos de ellos habían recibido amenazas telefónicas de secuestro o de tortura, por ejemplo: ("*te vamos a cortar la lengua*") o referentes a sus seres queridos: ("*vamos a secuestrar a tu hija de 12 años, abusar de ella de todas las maneras posibles y regresártela inservible*"). Adicionalmente algunos empleados de la Procuraduría, tenían familiares desaparecidos a los que temían encontrar en alguna de las fosas clandestinas.

El Procurador General del estado de Durango, solicitó a la Asociación Mexicana para Ayuda Mental en Crisis (AMAMECRISIS), apoyo para atender a los peritos forenses que se encontraban trabajando en las fosas clandestinas y la morgue. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) cubrió los gastos de traslado de los clínicos.

Se acordó que el tratamiento sería la aplicación de la Terapia de Reprocesamiento y Desensibilización a través del Movimiento Ocular (EMDR), empleando el Protocolo de EMDR para Incidentes Críticos Recientes (EMDR-PRECI; Jarero, Artigas & Luber, 2011). Y que dicho tratamiento sería aplicado utilizando protocolos controlados de investigación.

El propósito de la investigación fue evaluar la efectividad de la terapia EMDR, en el tratamiento de personal expuesto a los horrores de la masacre humana.

Esta fue la primera vez que el Protocolo de EMDR para Incidentes Críticos Recientes (EMDR-PRECI; Jarero et al., 2011), fue utilizado en un contexto de desastre urbano. Los clínicos decidieron usar este protocolo debido al continuo de eventos estresantes que el personal de la Procuraduría General del Estado (peritos forenses, ministerios públicos, psicólogos y personal administrativo), había estado viviendo desde el incidente crítico original del 11 abril de 2011, cuando la primera fosa clandestina fue descubierta.

Tratamiento con terapia EMDR en trauma agudo.

La eficacia de la terapia EMDR ha sido demostrada para el tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT; ver American Psychiatric Association, 2004; Bisson & Andrew 2007) y es también aplicable a una gran variedad de otras presentaciones clínicas (Shapiro, 2001, Solomon & Shapiro, 2008).

Existe un cuerpo de investigaciones que apoyan el uso del protocolo estándar y de protocolos de terapia EMDR, modificados para el tratamiento de trauma agudo. Tanto de forma individual como grupal (Jarero et al, 2011).

El protocolo estándar ha sido investigado para tratamiento en trauma agudo en varios estudios. Un reporte de caso de Fernández (2008); demostró que tres sesiones de terapia EMDR fueron suficientes para aliviar todos los síntomas, restaurar las funciones cotidianas y eliminar el diagnóstico de TEPT en fase aguda; de un ciudadano italiano que sobrevivió al tsunami en Tailandia en el 2004.

Víctimas del huracán Andrew que recibieron una sesión de terapia EMDR, 2 meses y medio después del desastre, mostraron una mejoría significativa comparada con el grupo en lista de espera (Grainger, Levin, Allen-Byrd, Doctor, & Lee, 1997). Ichii (1997) describe el resultado exitoso de tratamiento con terapia EMDR, con dos mujeres sobrevivientes del terremoto Hanshin-Awaji en Japón, cuyos efectos se mantuvieron 5 meses después.

El Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR (EMDR-IGPT por sus siglas en inglés), ha sido utilizado en su formato original o con adaptaciones para satisfacer las necesidades en numerosos escenarios alrededor del mundo (Gelbach & Davis, 2007; Maxfield, 2008).

Reportes de casos y estudios de campo, han documentado su efectividad con niños y adultos después de desastres naturales o provocados por el hombre y durante eventos traumáticos de guerra en curso (Adúriz, Knopler & Bluthgen, 2009; Jarero & Artigas, 2009; Jarero, Artigas & Hartung, 2006; Jarero, Artigas & Montero, 2008; Zaghrou-Hodali, Alissa & Dodgson, 2008).

Una investigación reciente de Jarero y Artigas (2010), demuestra la aplicación exitosa del EMDR-IGPT, con adultos viviendo una situación de violencia y crisis política en curso. Con la reducción significativa en los puntajes de la Escala de Impacto del Evento (IES), que se mantuvo durante toda la crisis.

El protocolo de EMDR para Incidentes Críticos Recientes (EMDR-PRECI por sus siglas en inglés), fue evaluado en un estudio por Jarero et al. (2011). En este se compararon dos grupos: uno de atención inmediata y el otro de atención demorada. Participaron 18 adultos que habían sido recientemente traumatizados por un terremoto de 7.2 grados, ocurrido en el estado de Baja California Norte, México.

Los resultados demostraron que una sesión (con duración de 90 a 130 minutos), empleando el EMDR-PRECI, produjo una significativa mejoría en los síntomas de estrés postraumático en los dos grupos (atención inmediata y atención demorada). Manteniendo los resultados durante el seguimiento realizado 12 semanas después.

La Intervención Temprana con Terapia EMDR, tiene un lugar natural en el contexto del continuo de cuidados de la intervención en crisis y la salud mental en desastres. La terapia EMDR puede ser clave en la intervención temprana en la modalidad de tratamiento breve (Jarero et al, 2001). Varios protocolos han sido desarrollados modificando el protocolo estándar de terapia EMDR, para poder atender individuos en la fase aguda después de un incidente crítico. La razón principal de estas modificaciones, es que la consolidación de la memoria parece cambiar en las semanas y meses posteriores a un incidente crítico (Maxfield, 2008; F. Shapiro, 2001, 2009; E. Shapiro y Laub, 2008).

Posterior al incidente crítico original (por ejemplo: terremotos, inundaciones, deslaves); eventos estresores relacionados pueden continuar durante un periodo extendido de tiempo (en ocasiones más de 6 meses). Esta falta de seguridad post-trauma, impide la consolidación de la memoria del incidente crítico original. Pues el continuo de eventos estresantes con emociones similares, sensaciones físicas, sensorimotoras e información cognitiva; no le dan a la memoria traumática estado dependiente (van del Kolk & van der Hart, 1991), suficiente tiempo para consolidarse en un todo integrado. Por lo tanto, la neurored permanece en un estado excitatorio permanente, expandiéndose con cada evento estresante en este continuo. Como el efecto de ondas concéntricas, que produce una roca que cae en el centro de un lago.

El incidente traumático se puede extender, a lo largo del tiempo, en un continuo de eventos. Es decir, un continuo en el tiempo puede incluir eventos ocurridos inmediatamente antes, durante y después del desastre; por ejemplo: las respuestas de la comunidad como violencia o saqueo; las reacciones emocionales y sentimientos de los individuos, incluido el arrepentimiento por lo que hicieron o por lo que dejaron de hacer; múltiples pérdidas; problemas médicos; preocupaciones acerca del abastecimiento de agua y de comida; contaminación de aire; preocupaciones de la vida cotidiana; problemas económicos presentes y futuros y preocupaciones constantes relacionadas con sobrevivir en un entorno amenazante.

El Protocolo de EMDR para Incidentes Críticos Recientes.

El Protocolo EMDR-PRECI fue desarrollado en campo para tratar incidentes críticos recientes (por ejemplo: terremotos, inundaciones, deslaves). En los cuales, estresores relacionados con el evento original, continúan a lo largo del tiempo (frecuentemente más de 6 meses). Es una modificación del Protocolo para Eventos Traumáticos Recientes de Shapiro (2001).

Aunque es similar a ese protocolo, es también diferente de varias formas importantes, porque incluye el marco de tiempo extendido. Con su continuo de eventos estresantes; que frecuentemente se refieren a temas de responsabilidad, seguridad y elecciones.

Contiene elementos únicos desarrollados por Jarero y Artigas (Jarero et al., 2011), derivados de sus observaciones en campo. A lo largo de muchos años de experiencia, trabajando con sobrevivientes de desastres naturales o provocados por el hombre en Latinoamérica y el Caribe.

Los autores recomiendan el uso del Protocolo para Eventos Traumáticos Recientes de Francine Shapiro; para tratar un sólo incidente durante los primeros tres meses después de ocurrido el evento. En donde si ha existido una ventana de seguridad post-trauma (por ejemplo: con una víctima de violación, que en el presente está segura y protegida después del incidente). Pues se asume que durante ese periodo de tiempo, la memoria traumática no se ha consolidado totalmente (Shapiro, 2001).

Como se mencionó anteriormente, el Protocolo EMDR-PRECI cuenta con evidencia preliminar, que sustenta su eficacia en la reducción de síntomas de estrés postraumático en adultos. Manteniendo esos efectos a pesar de las amenazas constantes y el peligro; en el contexto del continuo de cuidados en salud mental en desastres (Jarero et al., 2011).

El EMDR-PRECI utiliza un protocolo de 8 fases (ver Jarero et al., 2011 para una descripción detallada del protocolo). Las fases 1 y 2 se enfocan en la toma de historia y preparación, respectivamente. En la fase 3, los fragmentos de la memoria perturbadora son evaluados con el paciente identificando: la imagen más perturbadora, la creencia negativa relacionada (CN), las emociones, la medición de unidades subjetivas de perturbación (SUD por sus siglas en inglés) y la localización de la sensación corporal. No se pide creencia positiva (CP) ni medición de la misma (VOC por sus siglas en inglés).

Durante la fase 4 (desensibilización), el paciente se focaliza en el fragmento de la memoria, al mismo tiempo que mantiene una atención dual en la estimulación bilateral. Esta última se brinda utilizando movimientos oculares (MO) como primera alternativa, o el Abrazo de la Mariposa (AM), como estimulación bilateral alternativa (EBA).

El EMDR-PRECI, emplea todo el poder del libre procesamiento asociativo del protocolo estándar de la terapia EMDR.

La fase 5 se lleva a cabo, sólo cuando todos los fragmentos han sido reprocesados durante la fase 4 y el paciente no identifica más perturbación. Entonces la fase 5 se aplica para todo el evento en toda su extensión: con una sola creencia positiva (CP) global, desarrollada para todo el incidente. Durante la instalación de la CP no se mide frecuentemente el VOC, sino que se lleva a cabo un reprocesamiento completo (como en la fase 4), utilizando estimulación bilateral (EB) mientras existan cambios en la información.

Un paso suplementario es realizado en esta fase, para revisar toda la secuencia manteniendo la CP. En la fase 6 se utiliza el procedimiento estándar. En la fase 7 se utilizan las estrategias para auto-modulación post-desastre de Jarero y Artigas (Jarero et al., 2011). Y en la fase 8 se utilizan los procedimientos estándar.

Método.

Antes de iniciar el tratamiento y con el fin de entender mejor la situación; los clínicos EMDR visitaron la morgue y los camiones refrigerados donde se encontraban los cuerpos almacenados. También estuvieron en una de las fosas clandestinas aún abierta y en la casa vecina a esta; en donde las víctimas eran torturadas hasta la muerte, en rituales narco satánicos antes de ser enterrados.

La seguridad era una preocupación constante para los peritos forenses; muchos de los cuales temían que el crimen organizado pudiese secuestrarlos y torturarlos a ellos o sus seres queridos, a fin de detener las investigaciones.

Así es que, por razones de seguridad, los clínicos trabajaron en las instalaciones de la academia de policía y fueron entrenados en cómo responder en caso de algún ataque.

En preparación para el tratamiento, solicitaron al coordinador de logística de la Procuraduría General de Estado lo siguiente: espacios privados, cada uno con dos sillas confortables con descansabrazos (los clientes se sienten más seguros si pueden sostenerse del descansabrazos); pañuelos desechables, botes de basura sin tapa y con bolsa plástica (en caso de vómito), agua fresca, jugos y barras de proteína.

Para evitar la traumatización secundaria, los clínicos siguieron los lineamientos de autocuidados de la Green Cross Academia of Traumatology (2008). Y cada día después del trabajo, utilizaban el Abrazo de la Mariposa para estimular el sistema de procesamiento de la información de su cerebro, mientras pasaban la película completa del día de trabajo.

Medidas.

La Escala de Impacto del Evento (IES por sus siglas en inglés; Horowitz, Wilner & Álvarez, 1979) y la escala *Short PTSD Rating Interview* (SPRINT; Connor & Davidson, 2001; Vaishnavi et al., 2006); se administraron en la línea de base (tiempo 1), pre-tratamiento (tiempo 2), y post-tratamiento (tiempos 3 y 4). Y serán administradas nuevamente durante el seguimiento (tiempos 5 y 6).

La Escala de Impacto del Evento (IES) es un cuestionario de autoevaluación muy utilizado que consta de 15 reactivos. Es una escala confiable para las reacciones de estrés postraumático (medidas de forma subjetiva), ante un evento estresante o traumático de vida. Las respuestas son evaluadas con una escala de tipo Likert, en donde: 0=*nunca*, 1=*rara vez*, 3=*alguna vez*, 5=*frecuentemente*.

Los puntajes entre 0 y 8 son considerados subclínicos; puntajes entre 9 y 25 se consideran perturbación baja a leve; puntajes de 26 a 43 perturbación moderada; y puntajes de 44 a 75 se consideran como perturbación severa.

La escala *Short PTSD Rating Interview* (SPRINT) es un cuestionario de auto-evaluación de 8 reactivos con sólidas propiedades psicométricas. Se utiliza como una medida confiable, válida y homogénea para medir la severidad del TEPT, así como el mejoramiento global. Mide también la perturbación somática, el afrontamiento del estrés y el deterioro social, familiar y en el trabajo.

El SPRINT se desempeña de forma similar a la escala *Clinician Administered PTSD Scale* (CAPS), en la evaluación de los grupos de los síntomas de TEPT y medidas totales. EL SPRINT puede ser utilizado como un instrumento diagnóstico.

Cada reactivo es valorado utilizando una escala tipo Likert de 5 puntos: 0= *para nada*, 1= *un poco*, 2= *moderadamente*, 3= *bastante*, 4= *mucho*). Las puntuaciones entre 18 y 32 corresponden a síntomas marcados o severos de TEPT; entre 11 y 17 a síntomas moderados; entre 7 y 10 a síntomas leves; y las puntuaciones de 6 ó menos, indican nulos o mínimos síntomas de TEPT.

El SPRINT además contiene dos reactivos adicionales para medir el mejoramiento global de acuerdo con porcentaje de cambios y evaluación de la severidad. Esta escala fue traducida del inglés al español; de nuevo del español al inglés y fue revisada y autorizada por uno de sus autores.

Procedimiento.

La investigación fue realizada en 4 fases. Fase 1: línea de base; Fase 2: tratamiento y evaluación del grupo de atención inmediata; Fase 3: tratamiento y evaluación del grupo de atención demorada y Fase 4: evaluación de seguimiento para ambos grupos.

Fase 1.

En el Tiempo 1, la medición de la línea de base se llevó a cabo del 16 al 20 de mayo de 2011. Dos profesionales en salud mental independientes, aplicaron los instrumentos IES y el SPRINT a 60 empleados de la Procuraduría General del Estado, que se encontraban trabajando con los 218 cuerpos encontrados en las fosas clandestinas en Durango.

Los resultados sirvieron para establecer un criterio de selección para las siguientes fases y para determinar las medidas de base. Basados en los resultados de selección, se formaron dos grupos: aquellos con los puntajes más elevados fueron elegidos para el grupo de atención inmediata: GAI ($N= 18$; 8 mujeres y 10 hombres) y quienes obtuvieron puntajes moderados, fueron seleccionados para el grupo de atención demorada: GAD ($N= 14$; 8 mujeres y 6 hombres).

El foco de atención a las reacciones más intensas y no a las moderadas, obedece al hecho de que los niveles moderados de perturbación son esperados después de los desastres y se resuelven por si mismos o con intervenciones menos intensivas, como la consejería en crisis (Norris et al., 2008).

Fase 2.

Del 8 al 12 de junio, dos clínicos en EMDR viajaron a Durango para atender a las personas del grupo de atención inmediata (GAI) con el Protocolo EMDR-PRECI. Poco antes de iniciar el tratamiento, se aplicaron por profesionales independientes los instrumentos IES y SPRINT (Tiempo 2). Se tomaron medidas post-tratamiento nuevamente el 30 de junio (Tiempo 3).

Fase 3.

Del 29 de junio al 2 de julio, tres clínicos en EMDR viajaron a Durango para atender a las personas del grupo de atención demorada (GAD) con el Protocolo EMDR-PRECI. Poco antes de iniciar el tratamiento, se aplicaron por profesionales independientes los instrumentos IES y SPRINT (Tiempo 3). Se llevaron a cabo las medidas post-tratamiento el 20 de julio (Tiempo 4).

Fase 4.

Las medidas de seguimiento serán tomadas en septiembre 30 (Tiempo 5) y noviembre 30 del año 2011 (Tiempo 6). Todas las mediciones serán realizadas por profesionales independientes. Los análisis estadísticos serán realizados por otro profesional independiente.

Participantes.

Sesenta empleados de la Procuraduría General de la Republica completaron los instrumentos IES y SPRINT en la medida de base (Tiempo 1).

De este grupo inicial, participaron en el estudio 32 personas (16 mujeres y 16 hombres) quienes obtuvieron 24 puntos o más en la IES y 14 o más en el SPRINT. El personal de la Procuraduría continuó con sus labores forenses durante la duración de este estudio. La participación en el mismo no fue de carácter obligatorio y no se registró deserción alguna.

Tratamiento.

La terapia EMDR utilizando el Protocolo para Incidentes Críticos Recientes (EMDR-PRECI; Jarero et al., 2011), fue administrada a los 32 participantes. Cada sesión individual tuvo una duración de entre 90 y 120 minutos (las fases 1 y 2 duraban entre 30 y 35 minutos y las fases de reprocesamiento tenían una duración de entre 50 a 65 minutos). Los participantes recibieron solamente una sesión de tratamiento.

Resultados.

Datos Fenomenológicos.

Etapa de Pre-tratamiento. Durante la toma de historia (Fase 1) del Protocolo EMDR-PRECI, los participantes describieron su perturbación relacionada con los siguientes síntomas:

- *Imágenes intrusivas y flashbacks.*
- *Pesadillas* con temas violentos o personas muertas (por ejemplo: el paciente diciéndole a la persona muerta que descansara en paz; la paciente preguntándole a la persona muerta su nombre para ayudarlo a buscar a sus familiares. O sueños donde los asesinos del crimen organizado entraban a las casas de los pacientes a matarlos).
- *Alucinaciones visuales* (por ejemplo: ver los rostros de sus familiares en las caras de los cadáveres o en las fotografías de los cuerpos).

- *Síntomas cognitivos:* pensamientos repetitivos (por ejemplo: miedo de infectarse con los cadáveres, miedo de que el espíritu de la persona muerta hubiese poseído su cuerpo, deseos de venganza); pensamientos catastróficos (por ejemplo: “*Algo muy malo va a suceder*”), dificultad para concentrarse, problemas de memoria, deseo de morir (por ejemplo: “*Si me muero, mi familia estaría a salvo*” o “*Si muero hoy, está bien*”); dificultad para expresar ideas.
- *Evitación* de recuerdos, lugares o personas que les recordaran el incidente.
- *Síntomas emocionales:* (por ejemplo: ansiedad, enojo, ataques de pánico, hipervigilancia, despertarse por la noches con ansiedad y miedo, depresión, apatía, aplanamiento emocional, pérdida de la esperanza, ganas de llorar, irritabilidad e intolerancia).
- *Síntomas físicos:* (por ejemplo: náusea provocada por recordar el olor a cadáver, falta de aliento, pérdida de apetito y de peso pues percibían olor a cadáver en los alimentos, aumento de apetito o de peso por consumo excesivo de carbohidratos para mitigar la ansiedad, dolores de cabeza, mareo, vómitos, diarreas, estreñimiento, hiperactivación, insomnio, dormir sin descansar, arritmia, palpitaciones, sensación de pecho apretado, dermatitis, pies y manos frías persistentemente, sistema inmunológico deprimido, dolor de cuello, espalda, estómago o pecho; reducción en la percepción de los colores y la intensidad del brillo de la luz, como ver todo en tonos de gris).
- *Síntomas conductuales:* (por ejemplo: lavarse las manos repetidamente; incremento en la ingesta de alcohol y/o cigarro o iniciar con estas conductas por primera vez en la vida; dejar de comer cualquier tipo de carne, salsa cátsup o mostaza; no querer bañarse; deseo de dormir todo el tiempo; aislamiento; levantarse por las noches para verificar que los hijos estuvieran con vida; evitar ir a lugares públicos).
- *Síntomas espirituales:* (por ejemplo: enojo con Dios, dejar de creer en Dios).

Evaluación del Blanco: En la Fase 3, el cliente identifica la imagen dominante y la Creencia Negativa (CN) asociada al evento elegido. En este estudio las imágenes de los incidentes elegidos, no fueron siempre imágenes de lo peor de lo que fueron testigos.

Algunas veces, la peor imagen fue lo que ellos imaginaron que les pudo haber pasado a las víctimas, (por ejemplo: imaginar lo que habría sufrido la víctima cuando estaba siendo asesinada). En otras ocasiones eran eventos que temían que pudieran suceder, (por ejemplo: imaginar a los asesinos entrando en las oficinas y disparando contra el personal). Y en algunas otras no era una imagen sino una senso-percepción; como el olor de la putrefacción o la memoria táctil de los cuerpos en descomposición.

Algunos ejemplos de CN que los clientes mencionaron fueron: “*Debí haber hecho algo*”; “*Estoy en peligro*”; “*Estoy indefenso*”; “*No tengo el control*”; “*Debí haber sabido*”; “*No puedo confiar en nadie*”; “*Soy vulnerable*”; “*Soy un fracaso*”; “*Es mi culpa*”; “*Soy deshonesto*”; “*Soy una mala persona*”; “*No puedo protegerme*”; “*No soy importante*”.

Durante las Fases de Reprocesamiento (4-6). Observaciones clínicas durante las fases de reprocesamiento (4-6), utilizando todo el poder del libre procesamiento asociativo del protocolo estándar de la terapia EMDR; mostraron que ajustando la velocidad y duración de los movimientos oculares a las necesidades del cliente o utilizando el Abrazo de la Mariposa (AM), como una forma alternativa de estimulación bilateral (EBA); dio como resultado una progresión rápida y sin bloqueos del procesamiento de la información traumática; en los niveles perceptuales, sensoriales y cognitivos en ambos grupos.

Mejoramiento de los Síntomas.

Línea de base: Las medidas tomadas en el Tiempo 1, fueron usadas para crear los dos grupos de tratamiento. Los participantes con los puntajes más severos fueron elegidos para el grupo de atención inmediata (GDI) y aquellos con puntajes moderados para el grupo de atención demorada (GAD).

Una prueba de comparación de medias demostró que había diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de la línea de base. Los puntajes más altos correspondieron al grupo de atención inmediata en ambas escalas IES, $t(30) = -15.47, p < .001$; y SPRINT, $t(30) = -5.77, p < .001$ (Ver tablas de medias y desviaciones estándar).

Efectos del tratamiento en el grupo de Atención Inmediata.

Los resultados de este estudio provinieron de un riguroso análisis estadístico empleando el Análisis de Variancia (ANOVA), para determinar las diferencias entre los puntajes de la IES y el SPRINT, durante los tres periodos de medición (medidas de base, pre-tratamiento y post-tratamiento); para el grupo de atención inmediata.

Los resultados indicaron que hubo un efecto significativo debido al tratamiento, pues los puntajes de la IES fueron significativamente diferentes durante las tres mediciones, $F(2, 51) = 200.00, p < .0001$; al igual que los puntajes del SPRINT, $F(2, 51) = 68.02, p < .0001$. La comparación Turkey post-hoc durante los tres periodos de medición, indicó que todas las medias difirieron significativamente una de otra al nivel $p < .05$ para ambas escalas. Los promedios y desviaciones estándar se presentan en la Tabla 1.

En el periodo de aproximadamente tres semanas entre la medida de base (Tiempo 1) y la medida realizada inmediatamente antes de iniciar el tratamiento (Tiempo 2), el grupo de atención inmediata mostró un significativo aumento en los puntajes de la IES y el SPRINT; indicando un empeoramiento de los síntomas. Esto sugiere que el sólo paso del tiempo no fue suficiente para el mejoramiento de los síntomas.

Después del tratamiento con el EMDR-PRECI, se observó una importante mejoría en los síntomas postraumáticos con los puntajes post-tratamiento (Tiempo 3), significativamente menores que los del pre-tratamiento (Tiempo 2); tanto para la IES como para el SPRINT (Ver figuras 1 y 2).

Efectos del tratamiento en el Grupo de Atención Demorada.

Se utilizó un análisis de varianza (ANOVA), para determinar si había diferencias en los puntajes de la IES y el SPRINT durante los tres periodos de medición (línea de base, pre- tratamiento y post-tratamiento); para el grupo de atención demorada.

Los resultados mostraron un efecto significativo del tratamiento en los puntajes de la IES, pues fueron significativamente diferentes durante las tres mediciones, $F(2, 39) = 75.25, p < .0001$.

La comparación Turkey post-hoc durante los tres periodos de medición, indicó que todas las medias difirieron significativamente una de otra al nivel $p < .05$ para ambas escalas.

Los resultados del SPRINT mostraron un efecto significativo atribuido al tratamiento, $F(2, 39) = 13.53, p < .0001$. La comparación Turkey post-hoc durante los tres periodos de medición, indicó que no hubo un cambio significativo entre los puntajes de la medida de base y el pre-tratamiento. Sin embargo, los puntajes obtenidos en el post-tratamiento fueron significativamente más bajos que los obtenidos en las medidas anteriores al nivel $p < .05$. Los promedios y las desviaciones estándar se presentan en la tabla 1.

TABLA 1. Medias y desviaciones estándar de puntuaciones de Estrés Postraumático

	<i>N</i>	Línea base	Pre-tratamiento	Post-tratamiento
Escala de Impacto del Evento (IES)				
Tratamiento Inmediato	18	59.22 (5.41)	65.17 (5.90)	32.17 (4.41)
Tratamiento Demorado	14	31.29 (4.58)	38.21 (3.49)	21.71 (2.27)
SPRINT				
Tratamiento Inmediato	18	23.83 (3.73)	26.39 (3.45)	14.83 (1.86)
Tratamiento Demorado	14	16.07 (3.83)	19.71 (6.58)	10.07 (3.95)

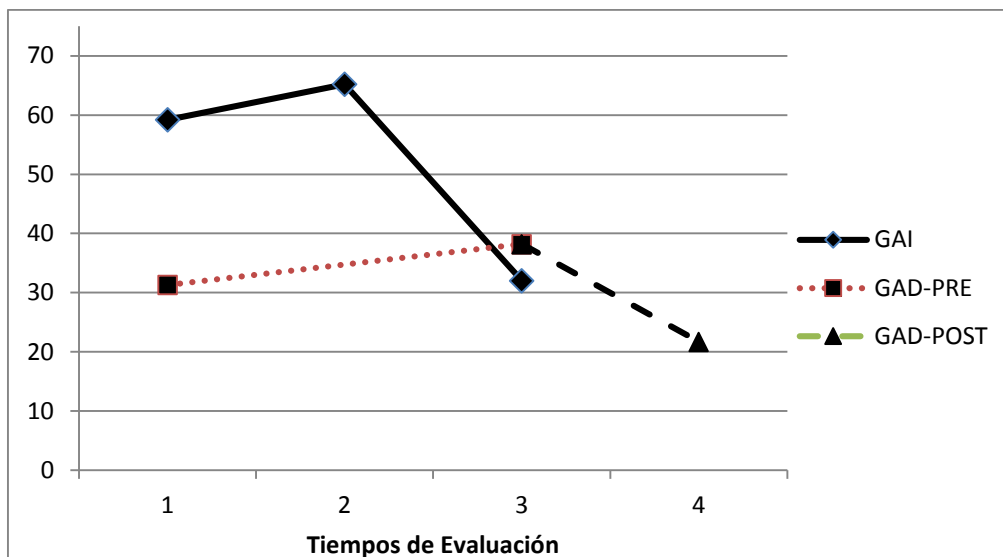


Figura 1. Puntuaciones promedio de la IES.

Nota: Tiempo 1= Medida de base; Tiempo 2= pre-tratamiento grupo de atención inmediata (GAI); Tiempo 3= pre-tratamiento grupo de atención demorada (GAD); post-tratamiento grupo de atención inmediata (GAI); Tiempo 4= post-tratamiento grupo de atención demorada (GAD).

La aplicación del Protocolo EMDR-PRECI al grupo de GAD, demostró efectos similares a los obtenidos en el GAI. El GAD también presentó un incremento en los puntajes entre la medida de base (Tiempo 1) y el pre-tratamiento (Tiempo 3), 6 semanas después. Esto sugiere que el tiempo no fue suficiente para aminorar los síntomas de estrés post-traumático y que los síntomas empeoraron con el tiempo. Ver Figuras 1 y 2.

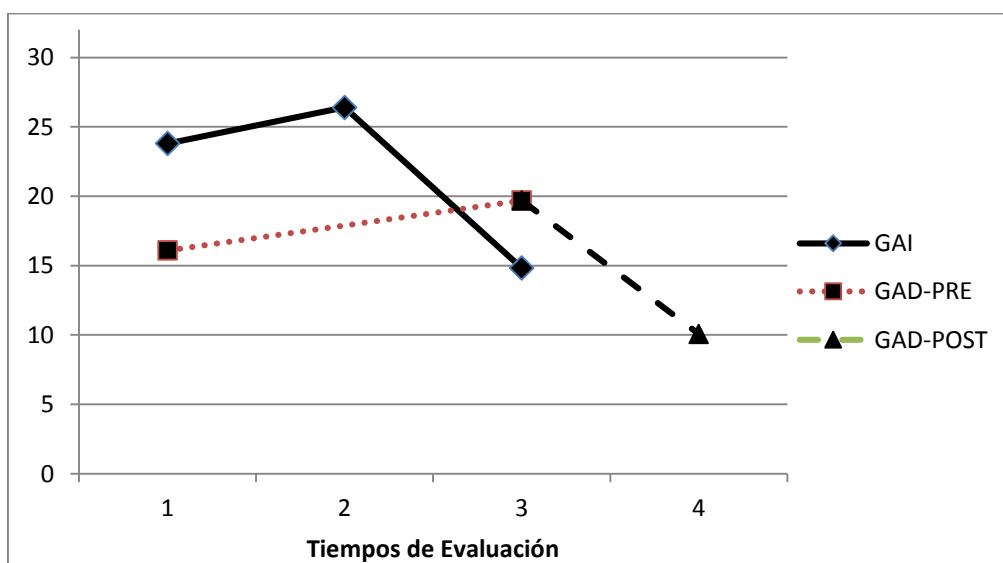


Figura 2: Puntuaciones promedio SPRINT.

Nota: Tiempo 1= Medidas de base; Tiempo 2= pre-tratamiento grupo de atención inmediata; Tiempo 3= pre-tratamiento grupo de atención demorada, post-tratamiento grupo de atención inmediata; Tiempo 4= post-tratamiento grupo de atención demorada.

Comparación entre el GAI y el GAD: Se realizó una comparación de medias para muestras independientes de los dos grupos en el tiempo 3, con el objeto de comparar los puntajes del post-tratamiento del GAI, con los puntajes de pre-tratamiento del GAD.

Los resultados demostraron un puntaje significativamente menor en el GAI en comparación con los del GAD en la IES, $t(30) = 4.20, p < .001$; y SPRINT, $t(30) = 3.01, p < .01$. Este hallazgo es más relevante, si consideramos que en la medida de base los puntajes del GAD eran menos severos que los del GAI. Los resultados de esta comparación sugieren que la reducción de síntomas en el GAI se debió a la sesión única de tratamiento con el Protocolo EMDR-PRECI (Ver Tabla 2 y Figuras 1 y 2).

TABLA 2. Comparaciones estadísticas entre los grupos de tratamiento: GAI vs GAD

	Tiempo	Promedios	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Escala de Impacto del Evento					
GAI post-tratamiento vs	Tiempo 3	32.17 (4.41)			
GAD pre- tratamiento	Tiempo 3	38.21 (3.49)	4.20	30	<.001
GAI post-tratamiento vs	Tiempo 3	32.17 (4.41)			
GAD post-tratamiento	Tiempo 4	21.71 (2.26)	8.68	26	<.001
SPRINT					
GAI post-tratamiento vs	Tiempo 3	14.83 (1.86)			
GAD pre-tratamiento	Tiempo 3	19.71 (6.58)	2.69	15	<.001
GAI post-tratamiento vs	Tiempo 3	14.83 (1.85)			
GAD post-tratamiento	Tiempo 4	10.07 (3.95)	4.16	17	<.001

Discusión:

Este estudio examinó adultos traumatizados trabajando bajo circunstancias extremadamente estresantes. El tratamiento fue aplicado *in situ*. Estas personas fueron tratadas con la terapia EMDR utilizando el Protocolo para Incidentes Críticos Recientes (EMDR-PRECI) en dos grupos: Grupo de atención inmediata (GAI) y Grupo de atención demorada (GAD).

Los resultados indicaron que los puntajes de la IES y el SPRINT aumentaron en ambos grupos entre la medida de base y la medida tomada antes del tratamiento; mostrando además un empeoramiento de los síntomas durante ese periodo de tiempo.

Aunque algunas investigaciones han sugerido que los síntomas de estrés agudo remiten naturalmente con el tiempo (Norris et al., 2008); dicho efecto no fue encontrado en este estudio. Esto pudo haber sido provocado por el continuo de eventos estresantes y las amenazas constantes a las que los participantes de este estudio se encontraban sometidos.

Los puntajes post-tratamiento del GAI fueron comparados con los del GAD para evaluar los efectos del tratamiento. Los resultados demostraron que el grupo tratado tenía puntajes significativamente más bajos que el GAD. Estos resultados se dieron aun cuando los puntajes de la medida de base del GAD fueron menos severos que los del GAI.

Los resultados también mostraron una mejoría significativa en los síntomas de estrés postraumático y síntomas de TEPT para ambos grupos; proporcionando evidencia preliminar de la efectividad del Protocolo EMDR -PRECI con una sola sesión.

Es importante notar que las mediciones post-tratamiento no fueron tomadas inmediatamente después de la intervención. Las mediciones fueron hechas 3 semanas posteriores al tratamiento. Durante ese periodo de tres semanas, los participantes continuaron trabajando cotidianamente en ese terrible ambiente de trabajo y bajo amenazas constantes.

Estos resultados parecen proporcionar soporte a la hipótesis del modelo de Sistema de Procesamiento de Información (SPIA) propuesto por Shapiro (2001); quien postula que un procesamiento completo de las memorias traumáticas, cambia la forma en que la experiencia es almacenada en la memoria, de ahí que eventos similares no provoquen perturbación.

Los resultados indicaron que aun cuando los participantes continuaron trabajando en el mismo ambiente traumático de trabajo, los síntomas perturbadores no reaparecieron después del tratamiento con la terapia EMDR. Aunque estos resultados sugieren el desarrollo de posible resiliencia, estos efectos así como la prevención de TEPT crónico, serán investigados en el seguimiento a realizarse en septiembre y noviembre del 2011.

Los participantes recibieron una sola sesión. Lo peligroso del ambiente fue una restricción importante para la duración del tratamiento, pues la estancia de los clínicos *in situ* fue limitada por cuestiones de seguridad. Aun cuando en este caso las amenazas eran de naturaleza humana y no un desastre natural; los ambientes peligrosos son consideraciones importantes para los clínicos trabajando en situaciones de desastre (por ejemplo: terremotos). Por lo tanto, los tratamientos efectivos en casos de trauma agudo deben ser breves y transportables.

La posibilidad de utilizar el Protocolo EMDR- PRECI, como un componente de un amplio sistema de intervención post-desastre, tiene importantes implicaciones globales (Shapiro, 2009). Algunos de los beneficios incluyen la transportabilidad y la facilidad para ser aplicado por clínicos experimentados y clínicos novatos en terapia EMDR. Tal como el Protocolo estándar de EMDR para TEPT (Maxfield, 2009), el EMDR-PRECI parece ser igualmente efectivo en cualquier cultura, la terapia se puede proporcionar en días consecutivos y no hay necesidad de tarea en casa entre sesiones.

A diferencia de otros protocolos para eventos recientes como el protocolo para episodio reciente de Shapiro y Laub (2008), el EMDR-PRECI no restringe las asociaciones en la fase de desensibilización, sino que emplea todo el poder del libre procesamiento asociativo del protocolo estándar de la terapia EMDR.

Este protocolo es también efectivo en relación al tiempo, considerando que una sola sesión fue suficiente para la remisión de los síntomas postraumáticos. Esto es especialmente importante dada la gran cantidad de sobrevivientes y su movilización en algunas situaciones de desastre (Silver, Rogers, Knipe y Colelli, 2005).

Gracias a la reducción de síntomas de estrés postraumático y de TEPT; este estudio respalda la posibilidad de que el EMDR-PRECI pueda ser utilizado con efectividad en adultos, como una intervención temprana en la fase aguda de un incidente crítico, donde no existan las condiciones para que se cree una ventana de consolidación post-seguridad.

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 guidelines for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Arlington, VA.

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

Connor, K. M. & Davidson, J. R. (2001). SPRINT: A brief global assessment of posttraumatic stress disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 16(5), 279–284.

Fernández, I. (2008). Treatment of a tsunami survivor with acute posttraumatic stress disorder. *Journal of EMDR Practice & Research*, 2(2), 156–159.

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

Grainger, R. D., Levin, C., Allen-Byrd, L., Doctor, R. M. & Lee, H. (1997). An empirical evaluation of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) with survivors of a natural disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 10(4), 665–671.

Green Cross Academy of Traumatology. (2008). *Green Cross Academy standards of self care*. Camden, ME: Author. Retrieved August 15, 2011, from http://www.greencross.org/index.php?option=com_content&view=article&id=184&Itemid=124

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

Human Rights Watch. (2011). Retrieved July 20, 2011, from <http://www.hrw.org/en/home>

Ichii, M. (1997). Application of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) to survivors of the great Hanshin-Awaji earthquake: Treatment with less stress for stress disorder. *Japanese Journal of Biofeedback Research*, 24, 38–44.

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

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

Jarero, I., Artigas, L. & Hartung, J. (2006). EMDR integrative group treatment protocol: A post-disaster trauma intervention for children and adults. *Traumatology*, 12(2), 121–129.

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

Los Angeles Times. *Mexico under siege: The drug war at our doorstep*. Retrieved July 20, 2011, from <http://projects.latimes.com/mexico-drug-war/#/its-a-war>

Massacre. (July 20, 2011). In *Merriam-Webster's online dictionary* Retrieved from <http://www.merriamwebster.com/dictionary/massacre?show=0&t=1311087135>

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

Maxfield, L. (2009). Twenty years of EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(4) 211–216.

MSN News. (2011). *Mexico mass graves of 219 signal major cartel rift*. Retrieved May 22, 2011, from <http://news.ca.msn.com/world/mexico-mass-graves-of-219-signalmajor-cartel-rift>

Norris, F., Hamblen, J., Btown, L. & Schinka, B. (2008). Validation of the Short Posttraumatic Stress Disorder Rating Interview (expanded version, Sprint-E) as a measure of postdisaster distress and treatment need. *American Journal of Disaster Medicine*, 3(4), 201–212.

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

Shapiro, F. (2009, December). *Treating victims of trauma worldwide*. Presentation given at the Evolution of Psychotherapy Conference, Anaheim, CA.

Shapiro, E. & Laub, B. (2008). Early EMDR Intervention (EEI): A summary, a theoretical model, and the Recent Traumatic Episode Protocol (R-TEP). *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(2), 79–96.

Silver, S. M., Rogers, S., Knipe, J. & Colelli, G. (2005). EMDR therapy following the 9/11 terrorist attacks: A community-based intervention project in New York City. *International Journal of Stress Management*, 12(1), 29–42.

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

Time World. (2011). *Durango's killing fields: The grave in the garden*. May 21, 2011. <http://www.time.com/time/world/article/0,8599,2072887,00.html>

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.

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

Wikipedia. (2011). *List of events named massacres*. Retrieved July 20, 2011, from http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_events_named_massacres

Zaghrou-Hodali, M., Alissa, F. & Dodgson, P. W. (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.

Agradecimientos. Los autores agradecen a José Antonio Fernández, a Alaide Miranda y a Martha Givaudan; su trabajo en este proyecto de ayuda humanitaria.

Correspondencia referente a este artículo debe ser enviada a: Ignacio Jarero; Boulevard de la Luz 771, Jardines del Pedregal; Álvaro Obregón, México D.F., 01900. E-mail: nacho@amamecrisis.com.mx