

Intervención psicológica grupal, basada en Terapia EMDR, con pacientes con Trauma Complejo

Judit Casado López

Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y el Deporte

Máster Universitario de Psicología General Sanitaria

Tutora: Inés Aramburu Alegret

17 de Enero de 2024

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport

c. Císter, 34
08022 Barcelona

www.blanquerna.edu

Resumen

El estudio se centra en la evaluación de una terapia grupal que pretende mejorar el autocuidado de pacientes con diagnóstico principal de Trauma Complejo. El enfoque del grupo es psicoeducativo experiencial, integrativo de la teoría EMDR y la teoría polivagal. La intervención consta de 8 sesiones en las que se trabaja la regulación emocional y el autocuidado, a través de técnicas de EMDR. El marco conceptual se fundamenta en la comprensión del Trastorno por Estrés Postraumático Complejo (TEPTC). La psicoterapia EMDR se presenta como un enfoque efectivo para abordar memorias traumáticas, basándose en el Modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información. El presente trabajo describe la estructura y las técnicas utilizadas en cada sesión. El diseño del estudio incluye la evaluación pre-post utilizando el CORE-OM y la Escala de Autocuidado, con el objetivo de evaluar las mejoras del progreso terapéutico y el autocuidado. Los resultados confirman que el grupo ha sido útil para el progreso terapéutico y mejorar el autocuidado en pacientes con Trauma Complejo.

Palabras clave: EMDR, Trauma Complejo, Regulación Emocional, Autocuidado, Terapia grupal

Abstract

The study focuses on the evaluation of a group therapy aiming to enhance self-care in patients with a primary diagnosis of Complex Trauma. The group's approach is experiential psychoeducational, integrating EMDR theory and polyvagal theory. The intervention consists of 8 sessions that address emotional regulation and self-care through Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) techniques. The conceptual framework is grounded in the understanding of Complex Post-Traumatic Stress Disorder (C-PTSD). EMDR psychotherapy is presented as an effective approach to addressing traumatic memories, based on the Adaptive Information Processing Model. This work describes the structure and techniques used in each session. The study design includes pre-post assessment using CORE-OM and the Self-Care Scale, with the objective of evaluating therapeutic progress and self-care improvements. The results confirm that the group has been beneficial for therapeutic progress and enhancing self-care in patients with Complex Trauma.

Keywords: EMDR, Complex Trauma, Emotional Regulation, Self-Care, Group Therapy

Introducción

Según Ignacio Jarero (2007) y Judith Herman (1992) el concepto de Trastorno por Estrés Postraumático Complejo (TEPTC) proporciona un diagnóstico específico para personas que han estado expuestas a un trauma de forma repetida y prolongada. Aun así, se tiene como referencia el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático que recoge el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014). Cuando se habla de Trauma Complejo siempre implica una multitraumatización de la persona (Nieto y López, 2016), lo que no quiere decir que todas las personas que hayan sufrido múltiples traumas vayan a desarrollar un TEPTC. Nieto y López (2016) destacan dos formas de desarrollar un TEPTC. La primera es exponerse a un contexto traumatizante durante un largo periodo de tiempo, haciendo que el daño y la sintomatología se cronifiquen. Y, la segunda, sufrir múltiples experiencias traumáticas en momentos vitales, surgiendo así la acumulación del daño.

Para tratar el trauma, a menudo una de las dificultades es la falta de conciencia de la persona de la respuesta que ha tenido ante el evento traumático. Para ello, Porges (2012) explica que el nervio craneal vago es un nervio sensorial que ayuda en la regulación dinámica del cerebro mediante las fibras motoras que lo constituyen (20%). También, el nervio vago, es capaz de desacelerar o acelerar el ritmo cardíaco y, por ello, ha sido promovido como un mecanismo “anti-estrés”. El vago se sitúa en el sistema nervioso parasimpático, el cuál clínicamente se utiliza para referirse al equilibrio, la tranquilidad. La teoría polivagal (Porges, 2012) descubrió que hay dos sistemas vagales, el de mediación de la bradicardia y la apnea, y el de mediación de la arritmia sinusal respiratoria. Estudiando la evolución, se afirmó que existe un sistema de defensa muy primitivo en el sistema nervioso mamífero, la inmovilización. Porges (2012) afirma que los mamíferos tienen dos circuitos vagales, uno no mielinizado (conductas de inmovilización) y otro mielinizado (respuestas rápidas y organizadas); esta afirmación derivó a conceptualizar que el sistema nervioso autónomo era

un sistema jerárquico donde los circuitos nuevos inhiben a los antiguos. Sin embargo, cuando se pierde la regulación del sistema vagal nuevo, se utilizan respuestas defensivas más antiguas o primitivas como la pelea o la huida. Esto se explica como reacciones biológicas adaptativas o desadaptativas, donde el sistema nervioso actúa mediante diversas formas de defensa. La estrategia de defensa puede ser de movilización o inmovilización.

El TEPTC tiene consecuencias en la psicobiología, la subjetividad, las relaciones y la sociabilidad. Por ello, el cuerpo, la memoria, las emociones y la conciencia son aspectos imprescindibles para entender el proceso (Nieto y López, 2016). El cuerpo humano ante una situación de peligro produce cambios fisiológicos que activan los mecanismos de defensa, estando así en un estado de alerta. Las personas que han sufrido experiencias traumáticas prolongadas en el tiempo, acaban adaptándose a la situación traumática mediante la no desactivación del estado de alerta. Por tanto, desarrollan una sintomatología somática que desregula la fisiología (Nieto y López, 2016). Por otro lado, la memoria almacena todas aquellas experiencias vitales. Una de sus partes, la memoria implícita, que suele ser inconsciente, almacena comportamientos, sensaciones somáticas, emociones... (LeDoux, 2015) Por ello, la memoria implícita y motora están relacionadas con el TEPTC, ya que las personas que han sufrido hechos traumáticos tienen comportamientos, conscientes o inconscientes, que les resultan extraños; y tienen emociones y sensaciones físicas negativas relativas al hecho traumático (Aneiros et al., 2012). Estos comportamientos se producen cuando algunos estímulos o situaciones se producen, activando o desactivando emocionalmente a la persona (Nieto y López, 2016). Howe (2005, p.14; Nieto y López, 2016) conceptualiza que *“Por regulación emocional entenderemos la capacidad para reconocer, modular o controlar la intensidad y la expresión de sentimientos e impulsos, especialmente los más intensos, de una manera adaptativa.”* La regulación emocional se ve muy afectada en el trauma complejo debido al estrés, el cual se manifiesta mediante una hiperactivación o una

hipoactivación. Ambas tienen que ver con conductas evitativas pero, la hiperactivación con comportamientos de lucha o huida y, la hipoactivación, con conductas de sometimiento (Nieto y López, 2016; Ogden, Kenuki y Pain, 2009). Para poder tener la capacidad de autoregulación, es imprescindible tener conciencia de la percepción subjetiva que tenemos de nosotros mismos (Nieto y López, 2016). Le Doux (2015) afirma que la conciencia es subjetiva y, la experimentamos psicobiológicamente e interpretamos a través de nuestras memorias. Por ello, estar en un estado mental de conciencia aporta información sobre aquello que se está produciendo en nuestro cuerpo y mente. Una experiencia traumática siempre genera emociones que provocan un cambio psicobiológico (Nieto y López, 2016). Posteriormente a los hechos, según la significación que la persona le dé, se convierten en traumáticos y, entonces, es cuando la persona no comprende las emociones que se están generando (Nieto y López, 2016). Cuando la persona toma conciencia de los daños que la traumatización le produjo y, los conecta con la memoria, el cuerpo y las emociones, es cuando se puede trabajar el trauma (Nieto y López, 2016).

Una de las psicoterapias más utilizadas para tratar el TEPT y el TEPTC es el EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares). El EMDR es una psicoterapia desarrollada por Francine Shapiro que consta de 8 fases y tiene el objetivo de integrar memorias traumáticas estresantes de forma adaptativa (Aneiros et al., 2012; Shapiro, 2001). Esta psicoterapia se basa en que la mayor parte de la psicopatología que presenta la persona es debido a los hechos traumáticos y, en el deterioro del procesamiento y la integración en el SNC. El EMDR aborda el trauma desde las experiencias de vida tempranas, las experiencias estresantes del presente y los pensamientos y comportamientos deseados en el futuro (Aneiros et al., 2012).

Francine Shapiro desarrolló un modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información (PAI). Este modelo indica que *“los recuerdos perturbadores que se almacenan*

de forma disfuncional son la causa de algunos trastornos mentales como el TEPT, la ansiedad, algunos tipos de depresión y otros trastornos con base traumática” (Aneiros, et al., 2012, p. 5). Al producirse el trauma hay una disrupción del procesamiento de la información, por tanto, todo aquello que se asocia al trauma (imágenes, pensamientos, etc.) se reexperimenta (Aneiros et al., 2012; Shapiro, 2001). Por ello, para poder remitir la sintomatología del trastorno, deben procesarse las memorias almacenadas disfuncionalmente (Aneiros et al., 2012).

Las personas con traumas tempranos, entornos abusivos o negligencia parental no internalizan un patrón de autocuidado (Chu, 1998; González y Mosquera, 2017; Ryle, 2002). Trabajar el autocuidado permite reorganizar el sistema de apego y, a su vez, da acceso a recuerdos relacionados con disrupciones de apego que habrá que procesar (González y Mosquera, 2017). González y Mosquera (2017) trabajaron los patrones de autocuidado durante la terapia EMDR y propusieron un protocolo. El procedimiento del autocuidado se inspira en el procedimiento “loving eyes” de Knipe (2008). El protocolo relaciona la historia de apego y trauma con el autocuidado, tratando que la persona pueda entender dónde aprendió sus patrones de autocuidado disfuncionales. El objetivo principal es preparar a la persona para procesar sus recuerdos traumáticos, pero no procesarlos. Algunas de las técnicas utilizadas durante el protocolo son la Estimulación Bilateral (EBL), el Abrazo de la Mariposa y el protocolo del “Lugar Tranquilo/Seguro”.

La Estimulación Bilateral se intercambia en algunos procedimientos por el Movimiento Ocular para poder ser autoadministrada. Esta consiste en estimularse de forma táctil mediante unos pequeños toques (tapping) para desensibilizar las emociones negativas provocadas por el recuerdo diana que se esté trabajando (González et al., 2018). El Abrazo de la Mariposa es un método de EBL autoadministrada. La autoadministración crea una sensación de empoderamiento y seguridad en la persona mientras se reprocesan las memorias

(Jarero y Artigas, 2021). En este caso, la persona cruza los brazos encima del pecho y se da toques en los hombros de forma alterna pausadamente. Este procedimiento puede usarse en terapia individual (presencial u online), terapia grupal, entre sesiones de terapia... También para fortalecer el Lugar Tranquilo/Seguro, para instalar recursos, durante la exposición in vivo y como método de autocuidado (Jarero y Artigas, 2021). El protocolo del Lugar Tranquilo/Seguro ayuda a lidiar con situaciones desencadenantes que son predecibles en la vida diaria, recuerdos perturbadores, creencias y discusiones entre personas (Van der Hart et al., 2013). Este protocolo trata de imaginarse un lugar real o imaginario dónde la persona se sienta tranquila, segura, etc. y, desde la mente, calmar al cuerpo.

Por otro lado, Ignacio Jarero (1998) propone un protocolo de Tratamiento Grupal Integrativo con EMDR (EMDR-IGTP), es decir, una combinación de las ocho fases estándares del EMDR con un modelo de terapia grupal (Jarero et al., 2008). Este procedimiento tiene una duración de una hora y un ratio de 8-10 pacientes por experto. Las fases del protocolo son (Jarero et al., 2008):

- *Fase 1: Historia del cliente.* El experto debe ser consciente de las necesidades de los pacientes en su contexto social.
- *Fase 2: Preparación.* Se explicarán los objetivos de la intervención, se establecerá un clima de confianza que favorezca la expresión emocional y se hará el ejercicio del lugar tranquilo.
- *Fase 3: Evaluación.* Se comunica a los pacientes que analicen sus sentimientos en torno al evento traumático y dibujen una imagen en un papel. Posteriormente, se les pide que evalúen de 0-10 su nivel de perturbación.
- *Fase 4: Desensibilización.* Se le pide a los pacientes que miren su dibujo y se autoadministren estimulación bilateral con el abrazo de la mariposa. Después, se les pide que dibujen otra cosa relacionada con el evento traumático y lo puntúen según su

nivel de distrés, después vuelven a autoadministrarse la estimulación bilateral. Esto se repite hasta tener cuatro dibujos.

- *Fase 5: Visión Futura (Reemplazar la Instalación)*. Esta fase puede requerir de grupos pequeños de pacientes e incluso terapia individual. El paciente debe dibujar una representación de ellos mismos en el futuro y poner una palabra/frase que lo describa. Después, proceden a hacer el abrazo de la mariposa.
- *Fase 6: Examen Corporal*. Los pacientes examinan cómo está su cuerpo y hacen el abrazo de la mariposa.
- *Fase 7: Clausura*. Se pide a los pacientes que vuelvan a su lugar tranquilo/seguro.
- *Fase 8: Reevaluación*. Inmediatamente después de la intervención grupal, se evalúa quiénes requieren de un tratamiento individual.

Este procedimiento se ha aplicado a diversos grupos de víctimas de desastres de masas (Jarero et al., 2008) y a mujeres con cáncer (Jarero et al., 2014). Esto indica que, para aplicarlo en grandes grupos, los pacientes deberían tener hechos traumáticos en común.

Por todo lo anterior, se considera necesario evaluar un programa de intervención basado en la terapia EMDR en pacientes con TEPTC realizado en el contexto de la sanidad pública. Evaluar su utilidad en la mejora del autocuidado de los pacientes, permitiría revisar y mejorar la intervención propuesta.

Método

Participantes

El presente trabajo evaluará el cambio de seis grupos formados por un total de 41 pacientes (9 hombres y 32 mujeres). Los criterios de inclusión para la participación en los grupos fueron: pacientes atendidos en Unidad de Salud Mental - Collblanc con un

diagnóstico de trauma simple o complejo, que presentaban una clínica heterogénea y equilibrada, capacidad de conectar con el origen traumático de la sintomatología actual y de conexión emocional y cierta conciencia de su conflicto interno. Fueron excluidos aquellos pacientes que presentaban un diagnóstico de trastorno mental grave comórbido al TEPTC, precariedad socioeconómica extrema, consumo activo de tóxicos e/o ideación autolítica activa.

La edad de los pacientes del grupo comprende entre los 22 y los 61 años, obteniendo una media de edad de 42 años ($M = 42,46$). La mayoría de los pacientes tienen un estatus económico bajo. Los sucesos traumáticos expuestos por los pacientes son: Muerte de un familiar (17,1%); Sucesos aislados (31,7%); Agresión sexual (26,8%); Mobbing/Bullying (17,1%); Maltrato psicológico (17,1%); Maltrato físico (9,8%) y Enfermedad de un familiar (4,9%).

Instrumentos

Para la evaluación del programa se administran los tests CORE-OM (Feixas i Vilaplana et al., 2012) y la Escala de Autocuidado (González et al., 2017) antes y después de la intervención con la finalidad de evaluar los cambios en el progreso terapéutico y el autocuidado.

El CORE-OM (Feixas i Vilaplana et al., 2012) es un cuestionario de autoinforme que contiene 34 ítems y evalúa, en forma de escala de puntuación Likert entre 0-4, el progreso terapéutico de pacientes con diversas patologías. El cuestionario se divide en cuatro dimensiones: Bienestar subjetivo (W), Problemas/Síntomas (P), Funcionamiento general (F) y Riesgo (R). La fiabilidad interna del cuestionario fue identificada mediante el coeficiente alfa (Cronbach, 1951; Feixas et al., 2012); todas las dimensiones mostraron tener una fiabilidad interna apropiada con un alfa entre 0,75 y 0,90.

La Escala de Autocuidado (González et al., 2017) evalúa el autocuidado mediante seis subescalas: Conducta autodestructiva (AD), Falta de tolerancia al afecto positivo (TA), Problemas para dejarse ayudar (PA), Resentimiento por no reciprocidad (R), No actividades positivas (NP) y No atender las propias necesidades (NN). Hay un total de 31 ítems que se puntúan mediante una escala Likert de 1-7. Todas las subescalas tienen una fiabilidad de entre 0,67 y 0,86 (González-Vázquez et al., 2018).

Procedimiento

El programa de intervención se inicia en julio de 2022 como experiencia piloto del abordaje grupal del trauma en la sanidad pública. El grupo es dirigido por una psicóloga de la Unidad de Salud Mental - Collblanc con formación EMDR y psicoanalítica y observado por una psicóloga que, en ocasiones puntuales, actúa como coterapeuta. Los objetivos del grupo son la psicoeducación, la fomentación de la regulación emocional y la mejora en el autocuidado a través de técnicas de EMDR.

El enfoque del grupo es psicoeducativo experiencial, integrativo de la teoría EMDR y la teoría polivagal. Es un grupo estructurado y directivo donde el despliegue del trabajo grupal tiene un efecto potenciador, tanto a nivel individual como grupal.

El procedimiento se inicia con la selección previa en una entrevista diagnóstica o en seguimiento, se incluye al paciente en la lista de espera y se contacta telefónicamente para la confirmación de la participación. Posteriormente, se envía un correo electrónico con información previa que incluye la preevaluación. A continuación, se realiza la experiencia grupal y, en la última sesión, se hace la postevaluación. Por último, se realiza una sesión individual de evaluación de la experiencia.

Todos los pacientes seleccionados para el estudio fueron debidamente informados del anonimato y el uso de los datos extraídos a través de los cuestionarios.

Descripción del programa de tratamiento grupal

La terapia grupal consiste en 8 sesiones de hora y media distribuidas semanalmente, por tanto, el grupo tiene una duración de dos meses. El grupo fue desarrollado por la psicóloga referente de la Unidad de Salud Mental, basándose en estudios de grupos de terapia EMDR en pacientes con Trauma dirigidos por Anabel González o Ignacio Jarero. El grupo fomenta el aprendizaje individual del autocuidado y la regulación emocional. A continuación se presenta la estructura básica del programa:

- *Sesión 0:* mediante llamada telefónica, se contacta con los pacientes de la lista de espera para proponerles su incorporación al grupo. Aquellos que finalmente aceptan la propuesta, reciben un correo electrónico dónde se les detalla mediante un PowerPoint los objetivos del grupo, se les adjunta los tests y escalas psicométricas que deben rellenar y el vídeo que se visualizará en la primera sesión.
- *Sesión 1:* Se convoca con media hora de antelación a las personas que no traigan rellenos los tests y escalas psicométricas. Posteriormente, con el grupo al completo, se les explica el por qué de las pruebas psicométricas. Se inicia con las presentaciones de los participantes y las terapeutas; después se comentan los objetivos y las normas del grupo. Se les invita a reflexionar sobre el título del grupo y el porqué. Se les presenta el resto de materiales que se usarán en futuras sesiones y, por último, se visualiza el vídeo de “la bicicleta del revés” (enviado por correo electrónico) y se comentan las diversas impresiones, remarcando la dificultad para el realismo versus la frustración y el abandono.
- *Sesión 2:* Se explica a los pacientes la importancia de la regulación emocional. Se practican dos técnicas: la respiración diafragmática y el protocolo del lugar tranquilo. De esta forma tienen una técnica para calmar la mente desde el cuerpo y, otra, para calmar el cuerpo desde la mente. Después de experimentar con cada técnica, se habla

de las dificultades que hayan tenido, de aquello de lo que se hayan dado cuenta, etc.

Por último, se introduce el “experimento para la semana” (A. González, 2018).

- *Sesión 3:* Se inicia la sesión comentando los resultados de los “experimentos”, cómo se han sentido... Teniendo en cuenta los objetivos del grupo: observación, comprensión y aceptación. Se introduce el concepto de autocuidado, qué entienden ellos. Para ello, se visualiza el vídeo de Anabel González “Aprendiendo autocuidado”, y se comentan aspectos de autoobservación y se enseñan las tarjetas de autocuidado que se trabajarán en las siguientes sesiones. Por último, se introduce la idea del origen de los sistemas de afrontamiento adquiridos. Antes de irse, se les recuerda que escojan un experimento para la semana.
- *Sesión 4:* Se comenta cómo ha ido el experimento de la semana, si se ha podido llevar a cabo o no, etc. Después, se explica de qué formas puede influirnos el componente emocional. A continuación, se comienza el trabajo con las tarjetas de autocuidado. En esta sesión sólo se trabajarán las tarjetas de “recursos”. Los pacientes deben escoger qué recursos de autocuidado creen que les ayudarían cuando tienen pensamientos perturbadores o sienten ansiedad. Una vez escogen varias tarjetas, se les pide que se centren en una. Una vez han escogido la tarjeta con la que quieren trabajar, se hace el protocolo del lugar tranquilo con estimulación bilateral, mediante el abrazo de la mariposa, para instalar el recurso. Por último, el experimento de la semana irá ligado a la tarjeta que hayan escogido, deberán experimentar con la tarjeta.
- *Sesiones 5 y 6:* Se inician las sesiones comentando cómo ha ido el experimento de la semana. Durante ambas sesiones, se trabajará con las tarjetas de “sistemas de protección”, “estados emocionales” y “recursos”. En primer lugar, el paciente debe escoger qué sistemas de protección cree que hace. Posteriormente, escoge los estados emocionales que le llevan a hacer esos sistemas de protección. Una cada sistema con

el estado emocional (pueden ser varios). Por último, añade un recurso que opina que le iría bien ante esos sistemas de protección y estados emocionales. Durante este proceso, se les va guiando sobre los conjuntos, se les pide que piensen en el origen de cada uno y se hace comprender al paciente lo que se está trabajando. A continuación, se escoge un conjunto de tarjetas, el que quieran trabajar, y se hace la instalación del recurso mediante el protocolo del lugar tranquilo, con estimulación bilateral en forma de abrazo de mariposa. Por último, se les pide que experimenten con ese conjunto de tarjetas durante la semana.

- *Sesión 7:* Se comenta el experimento de la semana. Y, a continuación, se introduce el procesamiento situacional, el cuál se trabajará siguiendo el protocolo de Ignacio Jarero. Se les proporciona una hoja en blanco que deberán dividir doblándose en 4 partes. Se les pide que traigan a su mente un recuerdo un poco perturbador. En la parte superior del recuadro deben anotar del 1-10 la ansiedad que les produce. Después, hacen un pequeño dibujo rápidamente. A continuación, hacen el protocolo del lugar tranquilo con la estimulación bilateral en forma de abrazo de mariposa, para instalar el recurso. Por último, anotan su nivel de ansiedad del 1-10, en la esquina inferior del recuadro. Este proceso se repite con el mismo recuerdo, durante las 4 veces que se ha doblado la hoja. Por último, se hace una puesta en común de la experiencia. Si el tiempo de la sesión lo permite, se hace otra vez con el mismo u otro recuerdo, según el nivel de ansiedad final al que hayan conseguido llegar.
- *Sesión 8:* Se inicia la sesión media hora antes para administrarles dos de los tests psicométricos y poder analizar los datos pre y post grupo. Se les da los mismos dos tests que hicieron al inicio del grupo y ellos mismos comparan sus niveles de sintomatología (CORE-OM) y su escala de autocuidado. Se pone en común la comparación. Después, se trabaja el procesamiento situacional con el protocolo de

Ignacio Jarero y, al acabar, se pone en común la experiencia. Por último, se pone en común la experiencia individual durante las sesiones realizadas y evalúan que les ha ayudado más.

Una vez finalizadas las sesiones, se comunica a los pacientes la opción de repetir el grupo y se les programa una visita individual para evaluar la experiencia. Por otro lado, la psicóloga referente del grupo, propone a algunos participantes, aquellos que lo requieran, seguir individualmente con sesiones de terapia EMDR, a parte de su seguimiento individual habitual con sus respectivos psicólogos de la unidad. De esta forma, el grupo sirve tanto para comprender la sintomatología individual, como para preparar a los pacientes para iniciar las sesiones de terapia EMDR. Por otro lado, se fomenta el aprendizaje individual del autocuidado y la regulación emocional.

Análisis de datos

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS v. 26. Se han realizado análisis descriptivos, medias (M) y desviaciones típicas (DT) de la edad de los participantes y de las escalas de los cuestionarios CORE-OM y Escala de Autocuidado. Para la comparación de las medias de los participantes en las fase pre-tratamiento y post-tratamiento, se ha aplicado la prueba T de Student para muestras emparejadas.

Resultados

Tomando en cuenta las medias obtenidas en las escalas del cuestionario CORE-OM, un 79,4% y un 70,6% de los participantes ha obtenido mejores puntuaciones en la escala de Bienestar subjetivo (W) y Funcionamiento General (F) respectivamente al final del tratamiento. Del mismo modo, un 76,5% ha obtenido puntuaciones menores en la escala de Problemas/Síntomas (P). Por otro lado, la escala de Riesgo (R), también muestra una mejoría

del 55,9% de los participantes en los indicadores clínicos de riesgo de suicidio, autolesión o agresión a terceros (véase en Tabla 1).

En la Escala de Autocuidado, las puntuaciones medias obtenidas en las escalas de Conducta Autodestructiva (AD), Falta de Tolerancia al afecto positivo (TA), Problemas para dejarse ayudar (PA), Resentimiento por no reciprocidad (R), No actividades positivas (NP) y No atender las propias necesidades (NN); revelan que los participantes del estudio presentan dificultades en el autocuidado al iniciar el tratamiento. Por otro lado, cabe destacar que todas las medias logran una mejora en la puntuación después del grupo (véase en Tabla 2). Así bien, todas las escalas muestran que entre el 83,3% y el 77,8% de los pacientes mejoran sus puntuaciones respecto al inicio del grupo.

Tabla 1

Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones escalas del CORE-OM pre-post grupo

Comparación de M y DT de escalas	W		P		F		R	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
CORE-OM pre	2,93	0,68	2,77	0,77	1,95	0,63	0,93	0,83
CORE-OM post	1,89	0,91	1,73	0,90	1,28	0,76	0,42	0,71

Tabla 2

Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones de escalas de la Escala de Autocuidado pre-post grupo

Comparación de M y DT de escalas	AD		TA		PA		R		NP		NN	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
EAC pre	5,06	1,14	5,25	1,03	5,03	1,21	4,51	1,35	4,79	1,33	4,77	1,21
EAC post	3,51	1,47	3,95	1,41	3,25	1,31	3,42	1,55	3,22	1,53	3,29	1,39

Los análisis realizados confirman que las diferencias entre las puntuaciones en las escalas CORE-OM y en la Escala de Autocuidado del pre y post tratamiento son estadísticamente significativas ($p < 0.05$) (véase Tabla 3). Por tanto, se puede afirmar una mejora del progreso terapéutico y de los patrones de autocuidado de los pacientes.

Tabla 3

Resultados del pre-post de los participantes de la terapia grupal

Comparación de medias	p-value	t-value	dt
CORE-OM pre-post	0,001	6,823	2,041
Escala de Autocuidado pre-post	0,021	4,112	1,097

Nota. $p < 0.05$ indica diferencia estadísticamente significativa

Discusión

El propósito del presente estudio piloto fue evaluar la mejoría de los pacientes participantes en una intervención grupal basada en la terapia EMDR, ya que es una de las psicoterapias más utilizadas para tratar el trauma (Aneiros et al., 2012). El beneficio de la terapia se ha evaluado a través de las diferencias observadas en las puntuaciones de las escalas del CORE OM y la escala de autocuidado. El conjunto de datos obtenidos muestra que el grupo ha disminuido el malestar de su sintomatología, sus relaciones interpersonales y su funcionamiento cotidiano. También, ha permitido una mejora en el autocuidado.

La observación del grupo durante el aprendizaje de técnicas EMDR para controlar la ansiedad, en concreto de las técnicas de la respiración diafragmática y el lugar tranquilo con estimulación bilateral, permitió registrar cómo los participantes verbalizaban sentimientos de mayor seguridad, tal y como observaron Jarero y Artigas (2021), quienes también encontraron que la autoadministración de la estimulación bilateral creaba una sensación empoderamiento. Es posible que debido a esto, y a la psicoeducación recibida para comprender aquello que les pasa internamente, se haya creado en el paciente un estado de comprensión hacia sí mismos que conlleva a la mejora terapéutica en aspectos como la regulación emocional y el autocuidado. Por otro lado, como Nieto y López (2016) indican una de las dificultades para tratar el trauma es la falta de conciencia que la persona tiene de su respuesta ante el evento traumático. González y Mosquera (2017) trabajaron los patrones de autocuidado durante la terapia EMDR. Con el uso de las tarjetas de autocuidado (González, 2018), se ha observado que éstas ayudan mucho al paciente a comprender los patrones de conducta automáticos que hay tras un sentimiento o emoción, y de qué manera podía tratarse la misma situación de una forma más cuidadosa hacia ellos mismos. Este ejercicio parece facilitar la expresión y comprensión de sentimientos y conductas, ya que ver plasmado un mapa en el que se conectan sentimientos y emociones, conductas y recursos, les proporciona

una visión completamente nueva acerca de las situaciones que han vivido. Por tanto, tanto los resultados obtenidos del análisis estadístico y como el registro de impresiones subjetivas que verbalizan los pacientes, se puede concluir que el grupo terapéutico cumple con los objetivos planteados inicialmente.

A pesar de que los datos obtenidos en el presente estudio apuntan a que el programa posibilita la mejora de los pacientes con TEPTC por lo que a sintomatología y autocuidado se refiere, será importante seguir confirmando estos resultados mediante investigaciones más robustas. Una de las principales limitaciones del estudio es el tamaño de la muestra. Además el hecho de no contar con un grupo control no permite atribuir el cambio observado a la participación de los usuarios en el grupo. En futuras investigaciones sería importante evaluar variables relativas a los participantes y a la intervención que pueden influir en la eficacia del programa.

Cómo Ignacio Jarero (1998), es importante continuar investigando acerca de las aplicaciones del EMDR en grupo, ya que los resultados obtenidos apuntan que hay una mejora en los pacientes. La intervención grupal para la mejora sintomática y el autocuidado de pacientes con diagnóstico de TEPTC puede ser un abordaje útil en el ámbito de la sanidad pública. Teniendo en cuenta el volumen de pacientes diagnosticados de TEPTC en los centros de salud mental, mejorar la eficacia de las intervenciones grupales supondría un ahorro de recursos. Para ello, es imprescindible que los psicólogos se formen en terapia EMDR.

En futuras ediciones del grupo, habrá que mejorar el sistema de evaluaciones en base a las hipótesis que se quieran confirmar y evaluar otras variables que se consideren oportunas.

Referencias

- Aneiros Loureiro, I., González Vázquez, A., Laredo Cordonié, M., Mosquera Barral, D., Taboada, M.J. y Varela Sánchez-Caballero, M.J. (2012). EMDR en el tratamiento de la depresión. Recuperado de: <https://hdl.handle.net/10401/5515>
- Boukezzi, S., Silva, C., Nazarian, B., Rousseau, P. F., Guedj, E., Valenzuela-Moguillansky, C. & Khalfa, S. (2017). Bilateral Alternating Auditory Stimulations Facilitate Fear Extinction and Retrieval. *Front. Psychol.* 8:990. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.00990
- Burback, L., Brémault-Phillips, S., Nijdam, M. J., McFarlane, A. & Vermetten, E. (2023). Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A State-of-the-art Review. *Current Neuropharmacology*. DOI: 10.2174/1570159X21666230428091433
- Butler, C., Dorahy, M. J. & Middleton, W., (2019); adaptado por Perona-Garcelán, S., Rodenas-Perea, G., Velasco-Barbancho, E., Senín-Calderón, C., Rodríguez-Testal, J. F., Moreno-Buzón, R., Ruiz - Veguilla, M. y Crespo-Facorro, B. (2021). Inventario de Distanciamiento y Compartimentación (DCI).
- Canal Anabel González Oficial. (15 de abril de 2018). Aprendiendo autocuidado: ¿Qué me digo a mí mismo? [Archivo de Vídeo] Youtube. <https://youtu.be/PXwAkKbcmgk>
- Canal Lain Garcia Calvo. (30 de diciembre de 2015). La bicicleta del revés. [Archivo de Vídeo] Youtube. <https://youtu.be/7-vgu2Ej2E0>
- Castelnuovo, G., Fernández, I. & Amann, B. L. (2019). Editorial: Present and Future of EMDR in Clinical Psychology and Psychotherapy. *Front. Psychol.* 10:2185. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.02185
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L.A., Botella, L., Corbella, S., González, E., Bados, A., Garcia-Grau, E. y López-González, M. A. (2012). La versión

española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 109-135.

Fernández-Fillol, C., Hidalgo-Ruzzante, N., Pérez-García, M. & Daugherty, J. C. (2020). Appendix IV. Final ITQ Spanish version. DOI: 10.31234/osf.io/gps7k

González, A. Tarjetas autocuidado [Archivo PDF].

<https://anabelgonzalez.es/wp-content/uploads/2021/02/Tarjetas-autocuidado-web-1.pdf>

González, A. Tarjetas estados emocionales [Archivo PDF].

<https://anabelgonzalez.es/wp-content/uploads/2021/02/Tarjetas-estados-emocionales-web.pdf>

González, A. Tarjetas recursos [Archivo PDF].

<https://anabelgonzalez.es/wp-content/uploads/2021/02/Tarjetas-recursos-web.pdf>

González, A. Tarjetas sistemas de protección [Archivo PDF].

<https://anabelgonzalez.es/wp-content/uploads/2021/02/Tarjetas-sistemas-de-proteccion-web.pdf>

González, A. y Mosquera, D. (2007). Trabajo con patrones de autocuidado: un procedimiento estructurado para la terapia EMDR. *Revista Iberoamericana y Disociación*. Vol. 4. Num. 2. ISSN: 2007- 8544.

González-Vazquez, A. I., Mosquera-Barral, D., Knipe, J., Leeds, A. M., & Santed- German, M. A. (2018). Construction and Initial Validation of a Scale to Evaluate Self- Care Patterns: The Self-Care Scale. *Clinical Neuropsychiatry*, 15(6), 373–378.

González, A., Mosquera, D., Knipe, J., Leeds, A. y Santed, M. A. (2017).

Escala de Autocuidado. Recuperado de:

<https://anabelgonzalez.es/wp-content/uploads/2020/08/Escala-de-autocuidado-para-web.pdf>

González, A., del Río-Casanova, L. & Justo-Alonso, A. (2016). Integrating neurobiology of emotion regulation and trauma therapy: reflections on EMDR therapy. *De Gruyter, Reviews in the Neurosciences*. DOI 10.1515/revneuro-2016-0070

Hyland, P., Shevlin, M., Brewin, C.R., Cloitre, M., Downes, A.J., Jumbe, S., Karatzias, T., Bisson, J.I. & Roberts, N.P.. (2017). Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. DOI: 10.1111/acps.12771

Jarero, I. (2014). Comentarios sobre el Trastorno por Estrés Postraumático Complejo: Perspectivas del DSM-5 y del CIE-11. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*. Vol. 6. Num. 1. ISSN: 2007- 8544.

Jarero, I. y Artigas, L. (2021). El abrazo de la mariposa. Método de terapia EMDR para la autoadministración de estimulación bilateral. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*. Vol. 11, Núm 1, 2021.

Jarero, I., Artigas, L. & Montero y López Lena, M. (2008). El protocolo de Tratamiento Grupal Integrativo EMDR: Aplicación con Niños Víctimas de un Desastre de Masas. *Asociación EMDR España*. Recuperado de:

<https://emdr-es.org/Content/Documentacion/ART%3%8DCULOS%20SOBRE%20EMDR/2009/El%20protocolo%20de%20Tratamiento%20Grupal%20Integrativo%20EMDR%20Aplicaci%3%B3n%20Con%20Ni%3%B1os%20V%3%ADetimas%20de%20un%20Desastre%20de%20Masas.pdf>

Jarero, I., Artigas, L., Uribe, S., García, L. E., Cavazos, M. A. y Givaudán, M. (2014). Estudio Piloto sobre la Aplicación del Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR en Mujeres con Cáncer. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*. Vol. 6, Núm 3, 2014.

Nieto Martínez, I., y López Casares, M. C. (2016). Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. *Clínica contemporánea*, 7(2), 87-104. DOI: <https://doi.org/10.5093/cc2016a7>

del Río-Casanova, L., González, A., Páramo, M., Van Dijke, A. & Brenlla, J. (2016). Emotion regulation strategies in trauma-related disorders: pathways linking neurobiology and clinical manifestations. *De Gruyter Reviews in the Neurosciences*, Volume 27, Number 4. DOI 10.1515/revneuro-2015-0045

Solomon, R. M. y Shapiro, F. (2014). EMDR y el Modelo del Procesamiento Adaptativo de la Información. *Asociación EMDR España*. Recuperado de: <https://emdr-es.org/Content/Documentacion/ART%C3%8DCULOS%20SOBRE%20EMDR/2014/EMDR-y-el-Modelo-del-Procesamiento-Adaptativo-de-la-Informaci%C3%B3n.pdf>

Van der Hart, O., Groenendijk, M., González, A., Mosquera, D. & Solomon, R. (2013). Dissociation of the Personality and EMDR Therapy in Complex Trauma-Related Disorders: Applications in the Stabilization Phase. *Journal of EMDR Practice and Research*, Volume 7, Number 2, 2013.

Van der Hart, O., González, A., Mosquera, D. & Solomon, R. (2014). Dissociation of the Personality and EMDR Therapy in Complex Trauma-Related Disorders: Applications in Phases 2 and 3 Treatment. *Journal of EMDR Practice and Research*, Volume 8, Number 1, 2014.