

# ¿QUÉ ES EL EMDR GRUPAL Y CÓMO PUEDE AYUDAR A MEJORAR LA SALUD MENTAL DE NUESTROS SANITARIOS?

**Autores:** Sandra Sanz Alcázar<sup>1</sup>, Carmen Valiente Ots<sup>1</sup>, Vanesa Peinado Tena<sup>1</sup>, Almudena Trucharte Martínez<sup>1</sup> y Regina Espinosa López<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidad Complutense de Madrid

<sup>2</sup> Universidad Camilo José Cela

## ¿QUÉ ES EL EMDR GRUPAL?

El EMDR “Eyes Movement desensitization and Reprocessing” es una de las intervenciones con mayor apoyo empírico entre las terapias centradas en el trauma de las últimas décadas (Bisson y Olf, 2021). Esta intervención está avalada y recomendada como tratamiento para el trastorno de estrés postraumático (TEPT) por varias guías clínicas en todo el mundo (por ejemplo, ISTSS, 2019; NICE, 2018; WHO, 2013). Estudios recientes han mostrado su eficiencia con relación al coste-beneficio en comparación con otros enfoques centrados en el trauma, como, por ejemplo, la terapia cognitivo-conductual (Mavranouzouli et al., 2020). Además, el protocolo de EMDR se ha adaptado con éxito para tratar el procesamiento del trauma en personas con otros problemas de salud mental distintos al TEPT, como por ejemplo la psicosis (Varese et al., 2021).

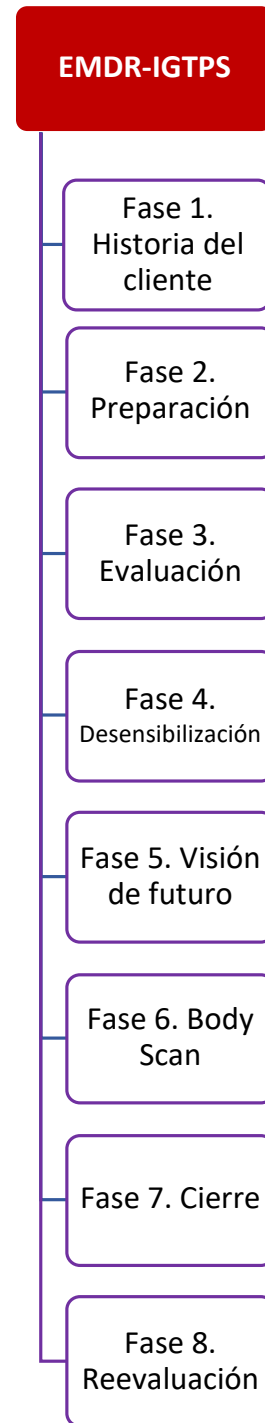
A finales de la década de 1980, la Dra. Francine Shapiro desarrolló la terapia EMDR para el tratamiento psicológico del TEPT. Inicialmente esta terapia estaba diseñada para su aplicación en formato individual, aunque actualmente, contamos con protocolos que permiten la aplicación grupal de EMDR. Este formato, aunque muy nuevo, cuenta con un interés creciente, siendo posible encontrar en la actualidad estudios empíricos que avalan su efectividad (Kaptan et al., 2021). En ciertas situaciones en las que gran cantidad de personas necesitan ayuda, como tras una guerra o un desastre natural, el EMDR grupal puede representar una gran ventaja, ya que permite intervenir simultáneamente en un alto número de personas, empleando menos tiempo y recursos. Fue justamente en el contexto de un desastre natural cuando surgió el primer

protocolo grupal de EMDR, de la mano del Dr. Ignacio Jarero y del equipo de AMAMECRISIS, al tener que enfrentarse al reto de asistir a numerosas personas después de que el Huracán Paulina devastara la costa oeste de México en 1997 (Jarero y Artigas, 2009) (Véase

<https://www.youtube.com/watch?v=KkBJQRzfAF0>).

Como resultado de esta experiencia surgió el protocolo de Tratamiento Integrativo Grupal EMDR (EMDR-IGTP) para intervención temprana, que adapta las ocho fases estándar del protocolo de tratamiento EMDR, en una o dos sesiones de una duración aproximada de una hora (Véase Figura 1). Este protocolo combina la modalidad grupal con arte-terapia (puesto que se utiliza el dibujo durante la fase 4 del protocolo EMDR - Desensibilización) y el abrazo de la mariposa como forma de estimulación bilateral autoadministrada (Jarero et al., 2008). El protocolo fue diseñado originalmente para trabajar con niños y posteriormente, se modificó para su uso con adultos, en grupos de entre 3 y hasta 150 participantes. Actualmente se ha adaptado para aplicarse a distintas problemáticas y circunstancias, por ejemplo, para adultos con cáncer (Jarero et al., 2016), niños y adolescentes víctimas de violencia interpersonal (Jarero et al., 2014), adultos durante crisis geopolíticas en curso (Jarero y Artigas, 2010) o mujeres supervivientes de explotación y trata (Allon, 2015).

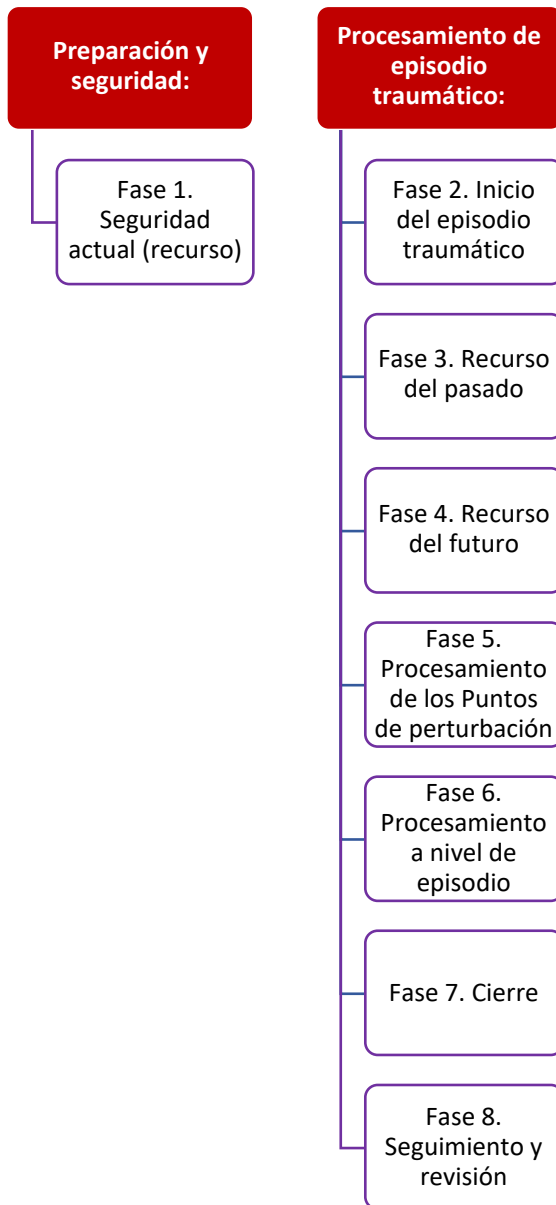
Posteriormente, de la mano del mismo equipo, surgió el Protocolo de Tratamiento Grupal Integrativo EMDR, adaptado para el Estrés Traumático Continuo (EMDR IGTP- OTS) (Jarero y Artigas, 2017). En este caso, el protocolo se desarrolla ante



**Figura 1.** Elementos del EMDR-IGTP (Jarero y Artigas, 2009)

la necesidad de intervenir sobre aquellas poblaciones expuestas a sucesos estresantes/adversos mantenidos en el tiempo. Se considera que este tipo de experiencias requiere de un protocolo específico, puesto que en estos casos existe un mayor riesgo de TEPT y otras patologías comórbidas en comparación con aquellos en los que se da un único evento traumático delimitado en el tiempo. Por lo tanto, este protocolo se centra en poblaciones que viven experiencias adversas prolongadas y continuadas en el tiempo, ya sean recientes, presentes o pasadas. Tanto el EMDR-IGTP como el EMDR-IGTP-OTS, incluyen las ocho fases de la figura 1, no obstante, cuentan con algunas diferencias. Mientras que el EMDR-IGTP tiene una duración más breve, el EMDR-IGTP-OTS está diseñado para su aplicación en un intervalo de unas 6 sesiones de una hora. En este último, hay algunos cambios dentro de la fase 3 (evaluación), puesto que se pide a los participantes que desarrollen una película mental de todo el evento traumático, desde el inicio hasta el día de hoy, incluso mirando al futuro, para elegir el momento más angustioso y poder trabajarlo. En comparación con el protocolo estándar, destaca que ambos protocolos no incluyen la identificación de las creencias negativas, ni la instalación de la cognición positiva puesto que cada participante puede tener un SUDS diferente, creencias bloqueantes personales y un tiempo de procesamiento distinto (Jarero y Artigas, 2009).

También surge de la mano de Elan Shapiro el Protocolo de Tratamiento Grupal EMDR (EMDR G-TEP) (Shapiro, 2019). Este protocolo es una adaptación simplificada del Protocolo de Episodios Traumáticos Recientes (R-TEP) (Shapiro y Laub, 2008) que se desarrolló ante el descubrimiento de que en los traumas recientes la memoria no dispone de tiempo suficiente para consolidarse en un todo integrado, requiriendo un enfoque diferente (Yurtsever, 2018). El protocolo EMDR G-TEP se caracteriza por ser una intervención temprana, por lo que puede utilizarse para experiencias traumáticas recientes, trabajando desde el inicio procedimientos y medidas de contención y seguridad. El EMDR G-TEP tiene dos componentes y 8 fases, que se desarrollan en un intervalo de 1 a 4 sesiones con una duración de hasta 90 minutos (véase **figura 2**). En contraposición al EMDR-IGTP el EMDR G-TEP está diseñado para incluir movimientos oculares y tapping, dejando el abrazo de la mariposa tan solo para instalar recursos, no como estimulación bilateral durante el procesamiento. En comparación con el protocolo



original y los protocolos EMDR-IGTP, destaca la omisión del escaneo corporal en la fase 6. Sin embargo, si que se incluye la instalación de la cognición positiva, que no se incluía en los anteriores protocolos grupales mencionados. En este caso, el protocolo está diseñado para trabajar con un máximo de unos 16 participantes adultos. Una ventaja del protocolo EMDR G-TEP es que puede utilizarse para distintas edades y poblaciones expuestas a eventos adversos con un impacto continuo, no necesariamente reciente (Shapiro, 2012).

**Figura 2.** Elementos del EMDR G-TEP (Shapiro, 2019)

## ¿POR QUÉ UNA TERAPIA CENTRADA EN EL TRAUMA PARA SANITARIOS TRAS LA CRISIS DE COVID-19?

De manera general e independientemente del servicio asistencial concreto, los trabajadores sanitarios se enfrentan habitualmente a situaciones laborales altamente estresantes. Por ejemplo, se encuentran en entornos laborales muy demandantes, con una alta sobrecarga de pacientes, con horarios amplios y turnos rotativos. Todo esto podría provocar una mayor probabilidad de que se desarrollen desajustes psicológicos

o incluso síntomas de estrés postraumático, aumentando el riesgo de desarrollar TEPT (Cieslak et al., 2014; Garbern et al., 2016).

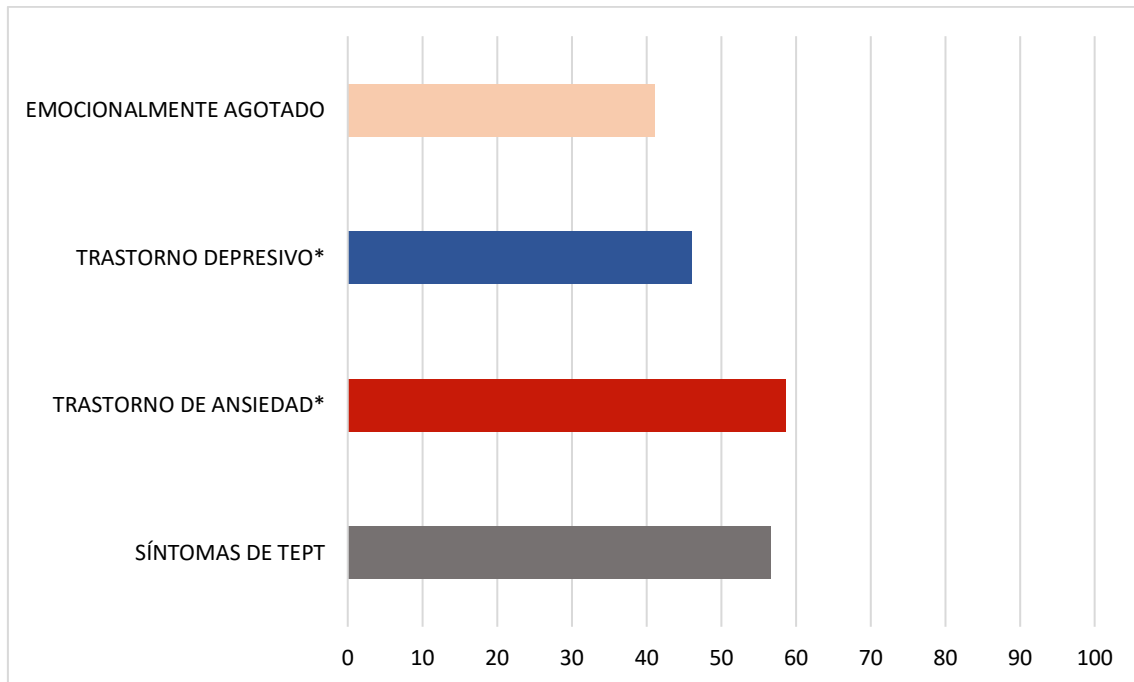
La situación habitual de los sanitarios se ha hecho más grave en los últimos dos años debido a la pandemia de COVID 19. Sin duda, la pandemia ha supuesto un escenario mundial de adversidades sin precedentes, que aumentan aún más el riesgo de sufrir problemas de salud mental entre los trabajadores sanitarios, debido a la experiencia de estrés (Bohlken et al., 2020). Por ejemplo, esta pandemia ha promovido cambios estructurales, organizativos y asistenciales en los distintos centros (ej. reubicación de enfermos y de personal, aumento de jornada, habilitación de espacios de emergencia no sanitarios...). Además, el elevado número de pacientes en estado crítico con una evolución a menudo difícil de predecir, las altas tasas de mortalidad y la falta de un tratamiento eficaz han supuesto una enorme sobrecarga al sistema de salud (Wang, 2020; Peeri et al., 2020). Un sistema, que, además ha tenido que implantar complejos protocolos de seguridad con continuas adaptaciones, que se han extendido hasta el momento actual.

Por otro lado, los trabajadores de primera línea han estado muy expuestos al virus con el correspondiente riesgo de infección para sí mismos y sus allegados, y con el agravante de la posible estigmatización social (Saavedra-Macías et al., 2020). Además, las sucesivas oleadas epidémicas de brote SARS-CoV-2 han dejado a los sanitarios en una situación de reexposición constante, sin un periodo de descanso suficiente. Es decir, un “periodo de seguridad post-trauma” que permitiría procesar la adversidad de forma saludable, poniendo en práctica estrategias de regulación que pudiesen fomentar su resiliencia. Según el modelo de procesamiento adaptativo de la información y las redes de memoria, la ausencia de un periodo de ventana de seguridad post-trauma tras la experiencia adversa, impide la consolidación de la memoria traumática (Shapiro, 2001). De esta manera cuando esos recuerdos son activados por situaciones similares en el presente, la persona reexperimenta las memorias traumáticas del pasado y puede sentirse abrumada emocionalmente. Esto dificulta una gestión adaptativa de la situación y favorece una sensibilización en esas mismas redes de memoria que aumenta el riesgo de una mayor vulnerabilidad ante situaciones estresantes en el futuro (Shapiro, 2012).

Anteriores crisis sanitarias, como la del virus SARS-CoV-1, la gripe H1N1, el MERS-CoV o el ébola, produjeron un fuerte impacto negativo en la salud mental y emocional de los sanitarios (Liao et al., 2014; Lung et al., 2009; Khalid et al., 2017; Shultz et al., 2016). Concretamente, un estudio realizado tras el brote de SARS-CoV-1 mostró altas tasas de prevalencia de TEPT en el personal sanitario taiwanés, un 33% de las enfermeras de las unidades de SARS-CoV-1 frente a un 19% en las unidades no SARS (Su-T-P et al., 2007). En esta misma epidemia, otro estudio en China halló que hasta un 46% del personal presentó niveles altos de síntomas de estrés postraumático (Wu et al., 2009).

En relación con la actual pandemia de COVID-19, los datos en distintos países son poco alentadores. En Italia, un 72% de sanitarios mostró síntomas de ansiedad en la zona con más prevalencia de COVID-19 (Giusti et al., 2020) y se encontró que hasta un 49,4% de profesionales manifestaron síntomas de estrés postraumático (Rossi et al., 2020). En el caso de Reino Unido, el 78% del personal sanitario sufrió alto nivel de estrés (Cipolotti et al., 2020). En Estados Unidos se han hallado tasas de un 54% de sintomatología de estrés postraumático, un 48% depresión y hasta un 30% de sanitarios con ansiedad durante el primer año de pandemia (Shechter et al., 2020). En nuestro país, los datos no son más optimistas. Según el estudio del proyecto Sanicovid-19 de la Universidad Complutense de Madrid, más de la mitad de los trabajadores sanitarios presentaba síntomas de estrés postraumático tras la primera ola. Como se puede ver en la **figura 3**, el 58,6 % presentaba un trastorno de ansiedad, el 46% de los trabajadores tenía un trastorno depresivo, un 56,6 % presentaba síntomas de estrés postraumático y el 41,1% se sentía emocionalmente hundido (Luceño-Moreno, et al., 2020). Otro macro estudio en nuestro país, MINDCOVID del Instituto San Carlos III, revela que, en los seguimientos, hasta un 4,2% de los profesionales presenta pensamientos y conductas suicidas, superando incluso la prevalencia de un 3,8% de la población general antes de la pandemia (Mortier et al., 2021).

**Figura 3.** Porcentaje de trabajadores sanitarios españoles con sintomatología tras la primera ola del COVID-19.



*Nota.* De "Symptoms of posttraumatic stress, anxiety, depression, levels of resilience and burnout in Spanish health personnel during the COVID-19 pandemic. International journal of environmental research and public health", por Luceño-Moreno et al., 2020, *International journal of environmental research and public health*, 17(15), 5514.

\*Medido con la escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD; Zigmond & Snaith, 1983).

Teniendo en cuenta que este escenario de estrés se ha mantenido durante los dos últimos años, la posibilidad de que los niveles de síntomas postraumáticos y de psicopatología general encontrados en nuestros sanitarios tras la primera ola se mantengan es muy elevada. Esto supondría un aumento importante en la prevalencia de problemas de salud mental en los sanitarios, mucho mayor que en los momentos prepandemia. En definitiva, nos encontramos ante un reto de vital importancia, por un lado, porque tenemos el deber de cuidar y proteger a nuestros sanitarios, que hacen una labor imprescindible. Por otro lado, porque el bienestar de los sanitarios es esencial para mantener un sistema de salud robusto y resiliente del que todos podamos beneficiarnos, procurando que sea lo más sostenible posible.

## ¿CÓMO PUEDE AYUDAR EN ESTE ESCENARIO LA TERAPIA GRUPAL EMDR?

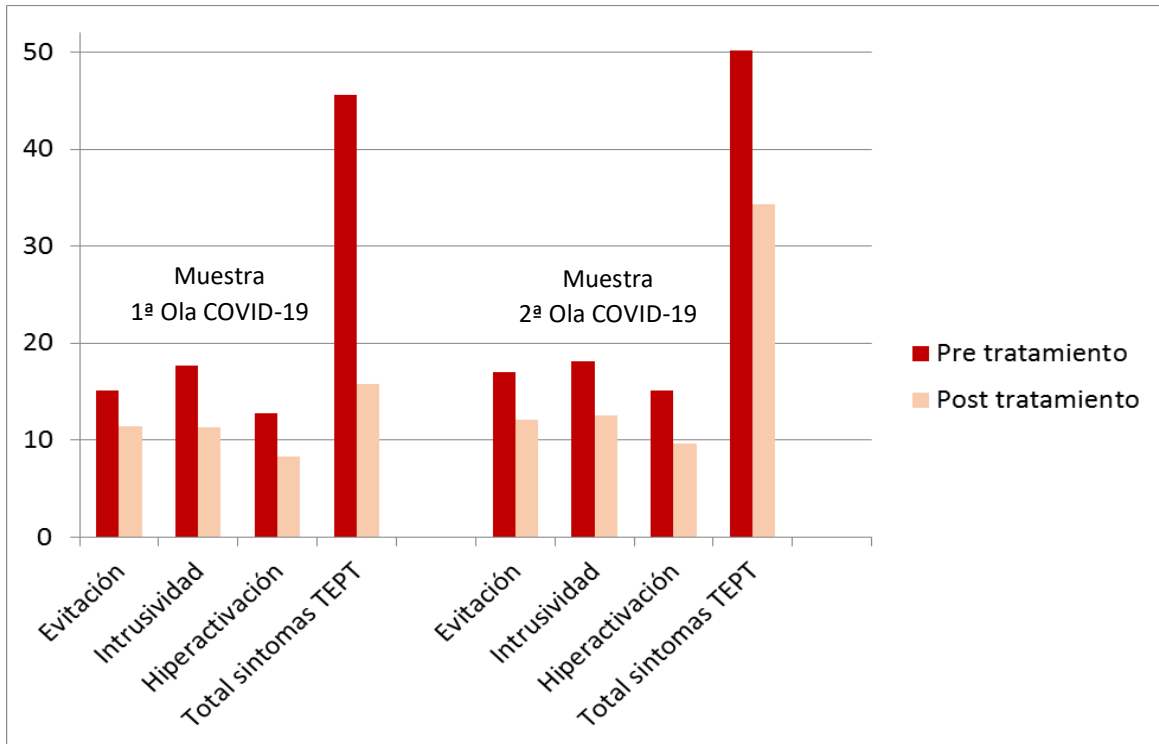
Los protocolos grupales de EMDR son intensivos, breves y se pueden administrar en días subsecuentes, dos o tres veces al día, permitiendo maximizar los resultados (Gutner et al., 2016). Sin duda, esto es muy valioso en contextos donde los recursos son limitados, como el contexto hospitalario en la sanidad pública o situaciones de crisis sanitaria, donde hay que actuar de manera preventiva, dando servicio a gran cantidad de personas, con un número de psicólogos limitado en muchas ocasiones.

La cantidad de evidencia sobre la eficacia del EMDR grupal está aumentando poco a poco. De hecho, una reciente revisión que incluye 22 estudios y más de 1739 participantes, muestra resultados muy prometedores de su aplicación en diversos contextos y poblaciones (Kaptan et al., 2021). En particular con población sanitaria, un reciente estudio realizado en Grecia, en la que se aplicó EMDR G-TPE, se observó una mejora significativa en algunos síntomas concretos, como los síntomas de evitación, intrusión e hiperactividad (Tsouvelas et al., 2019). También existen estudios durante la pandemia COVID-19. Fogliato et al. (2021) ha estudiado la implementación de una intervención grupal EMDR-IGTP adaptada para las circunstancias de la COVID-19 en hospitales del norte de Italia. La intervención consistía en 3 sesiones de 90 minutos, y se administró presencialmente en grupos pequeños de 2 a 4 participantes. Esta versión del EMDR-IGTP iba dirigida específicamente al personal sanitario que prestaba servicios en la primera y segunda ola de Sar-CoV-2 durante el 2020. Se reclutaron dos muestras con un total de 150 trabajadores con diferentes perfiles sanitarios que habían solicitado asistencia psicológica de manera voluntaria. En este estudio para evaluar la efectividad del tratamiento se midieron los niveles de estrés y de sintomatología postraumática, antes y después de la intervención. Los resultados mostraron que, tanto para la muestra de la primera ola como para la muestra de la segunda ola, el riesgo de tener TEPT según la escala de *Impact of event scale-revised* (IES-R; Weiss & Marmar, 1997) disminuyó drásticamente de un 80% al 40,91% y del 83,72% al 55,81%, respectivamente. Así pues, esta intervención grupal breve mostro la posibilidad de fortalecer la resiliencia de los trabajadores de la salud y mitigar su vulnerabilidad. Es más, tras la aplicación de la



intervención grupal, se encontró una disminución significativa de la sintomatología postraumática IES-R en el personal sanitario, tanto en la primera como en la segunda ola, en las distintas dimensiones del IES-R y en su puntuación total (Véase **Figura 4**).

**Figura 4.** Diferencias de medias de sintomatología TEPT según el IES-R antes y después de la intervención para los sanitarios italianos.



Nota. Figura adaptada de Fogliato et al. (2021). Promoting Mental Health in Healthcare Workers in Hospitals Through Psychological Group Support with Eye Movement Desensitization and Reprocessing During COVID-19 Pandemic: An Observational Study. *Frontiers in Psychology*, 12.

Esta investigación, aunque necesita ser replicada con distintas y mayores muestras, apunta que es viable trabajar con EMDR grupal en emergencias sanitarias como la actual, que puede promover una recuperación más rápida y también puede ofrecer protección ante la reexposición a otros eventos estresantes (Fogliato et al., 2021)

## AMPLIANDO LAS FRONTERAS DE LA TERAPIA EMDR A TRAVÉS DE LAS INTERVENCIONES ONLINE

En el momento actual, con el fin de dar respuesta a las circunstancias de la COVID-19, algunos protocolos grupales se han adaptado a modalidad online. Sin duda, nos encontramos en un punto en el que las terapias online basadas en la evidencia para

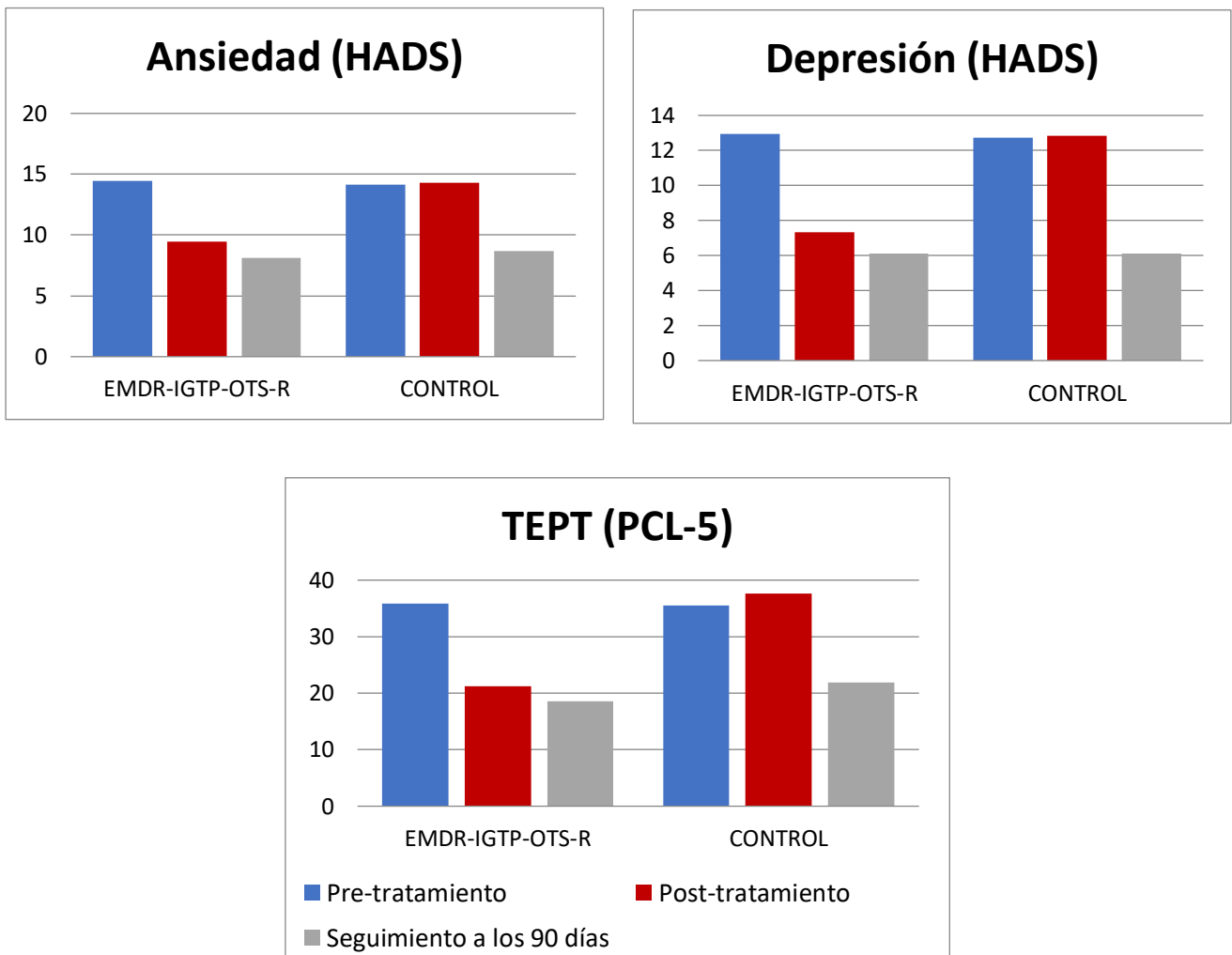
el TEPT son de vital importancia. Algunos estudios ya habían evaluado la efectividad de la terapia cognitivo-conductual en este formato, no obstante, pese a revelar resultados prometedores, los autores advertían de limitaciones y señalaban la importancia de seguir investigando y utilizar esta modalidad con cierta precaución (Lewis et al., 2019).

En cuanto a la terapia EMDR administrada de forma online para el TEPT, hay muy pocos estudios publicados. Tan solo contamos con un estudio no controlado de Spence et al. (2013) que combinaba TCC y EMDR online, administradas en formato individual. Este estudio, pese a sus resultados prometedores al reducir la sintomatología postraumática, cuenta con una limitación importante ya que se desconocen los efectos relativos de las dos intervenciones por separado. Centrándonos en la terapia con EMDR grupal en formato online, actualmente, solo contamos con una investigación en la que se haya aplicado, siendo el único estudio empírico de la aplicación de EMDR online hasta la fecha (Pérez et al., 2020). Dicha investigación llevada a cabo en México durante la primera ola de COVID-19, muestra evidencias de la efectividad de la intervención temprana aplicando el protocolo grupal de EMDR (EMDR-IGT-OTS-R) adaptado a formato online. Esta intervención consistía en la administración de cuatro sesiones grupales una vez al día durante días intercalados (es decir, lunes, miércoles, viernes y domingo). Los grupos de EMDR-IGTP-OTS-R fueron impartidos por 21 terapeutas con formación EMDR.

Pérez et al. (2020), al igual que en el estudio italiano (Fogliato et al., 2021), identifica como población diana el personal sanitario de primera línea asistencial. En este caso se incluyeron a 80 enfermeras y médicos de diez hospitales distintos que recibían pacientes con COVID-19 y se inició tan solo siete semanas después de las primeras muertes vinculadas al Sars-CoV-2. Este estudio es un ensayo randomizado y controlado (es decir, se asigna aleatoriamente a los participantes al grupo EMDR o a una lista de espera que funciona como un grupo control) donde se midieron síntomas de ansiedad y depresión a través del *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; Zigmond & Snaith, 1983), y estrés postraumático a través del *Post-traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5* (PCL-5; Weathers et al., 2013) antes y después de la intervención y tras 90 días de la intervención. Los resultados mostraron claramente un efecto positivo significativo, tanto en ansiedad y depresión como en síntomas de TEPT,

entre el pre-tratamiento la primera evaluación post-tratamiento, pudiendo atribuir estos efectos al tratamiento EMDR-IGTP-OTS-R, ya que esos cambios no se produjeron en los participantes en el grupo control en lista de espera (Véase **figura 5**). Como se aprecia en la figura 5, esta mejoría clínica se mantuvo a los 90 días. Este ensayo controlado aleatorizado proporciona pruebas de la efectividad, la eficacia, la viabilidad y la seguridad de la EMDR-IGTP-OTS-R para reducir los síntomas de estrés postraumático, ansiedad y depresión de los profesionales sanitarios en primera línea asistencial durante una pandemia (Pérez et al., 2020).

**Figura 5.** Diferencias de medias de sintomatología según el HADS y PCL-5 antes y después de la intervención para los sanitarios italianos.



Nota. Figura adaptada de Pérez et al. (2020). Multisite randomized controlled trial on the provision of the EMDR Integrative Group Treatment Protocol for Ongoing Traumatic Stress Remote to Healthcare Professionals Working in Hospital During de Covid.19 Pandemic. Psychol Behav Sci Int J. ;15 (4): 555920

## ¿QUÉ PODEMOS CONCLUIR?

Las adaptaciones de la intervención EMDR a las situaciones actuales en el mundo, como el protocolo grupal, el formato online y su aplicación a colectivos específicos, muestran la versatilidad y aplicabilidad de esta psicoterapia. Es necesario que haya más investigaciones para comprobar la generalización de los datos encontrados hasta el momento, ya que no son muchas las investigaciones existentes. Además, es importante aumentar el número de estudios para cada uno de los protocolos grupales existentes, en aras de aumentar la evidencia empírica y consolidarlos como terapia de referencia para el TEPT. En este sentido, las futuras investigaciones han de mejorar las limitaciones metodológicas que presentan los estudios previos con el fin de presentar fundamentos empíricos sólidos. Por ejemplo, es recomendable que se realicen investigaciones con muestras más amplias y, como en el estudio de Pérez et al. (2020) que se comparen un grupo control en lista de espera, o sin intervención, o con otras intervenciones psicológicas grupales que nos permitan discernir claramente su eficacia. Además, es importante incluir evaluaciones de seguimiento post-intervención para poder constatar la duración de sus efectos. Por último, sería recomendable el uso de instrumentos validados con buenas características psicométricas para una adecuada evaluación sobre el ajuste psicológico de los sanitarios, con diversidad de medidas de resultados tanto de salud mental negativas (ej. Ansiedad, depresión, ...), así como de medidas de salud mental positivas (ej. bienestar, resiliencia, satisfacción vital, ...).

En definitiva:

1. Los profesionales sanitarios han vivido una crisis en primera línea que les ha generado un importante impacto emocional, con posibles consecuencias a largo plazo aún por evaluar.
2. Pese a la clara necesidad de prestar atención psicológica a los sanitarios, en los servicios de salud no se ha priorizado la implementación de medidas específicas de apoyo que ayuden a paliar los efectos del estrés mantenido que sufren los sanitarios.

3. Es importante profundizar en las experiencias emocionales y necesidades presentes y futuras diseñando intervenciones eficaces de protección y cuidado, que ayuden a los sanitarios a procesar experiencias estresantes, como la vivida con la COVID-19.
4. La terapia EMDR está reconocida como una intervención eficaz y recomendada en emergencias para manejar los trastornos específicos relacionados con el estrés.
5. Cada vez hay mayor evidencia empírica sobre la efectividad de EMDR en la modalidad grupal para abordar crisis y situaciones de estrés crónico, siendo además una vía alternativa para reforzar nuestro sistema de salud y prevenir la probabilidad de posibles secuelas psicológicas.
6. Por último, es importante adaptarnos al momento y las necesidades de la sociedad dirigiendo esfuerzos por investigar la implementación y eficacia de terapias en línea basadas en el EMDR.

*Para conocer más en profundidad el protocolo de EMDR grupal integrativo puede visualizar la reciente entrevista realizada al Dr. Ignacio Jarero, donde se abordan cuestiones relacionadas con la investigación en torno a este protocolo.*



**Agradecimiento al Dr. Ignacio Jarero por su generosa colaboración y la realización de la entrevista.**

## REFERENCIAS

- Allon, M. (2015). EMDR group therapy with women who were sexually assaulted in the Congo. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9(1), 28-34.
- Bisson, J.I y Olf, M. (2021). Prevention and treatment of PTSD: the current evidence base. *European Journal of Psychotraumatology*, 12 (1).
- Bohlken, J., Schömig, F., Lemke, M. R., Pumberger, M., & Riedel-Heller, S. G. (2020). COVID-19 pandemic: stress experience of healthcare workers-a short current review. *Psychiatrische Praxis*, 47(4), 190-197.
- Cieslak, R., Shoji, K., Douglas, A., Melville, E., Luszczynska, A., & Benight, C. C. (2014). A meta-analysis of the relationship between job burnout and secondary traumatic stress among workers with indirect exposure to trauma. *Psychological services*, 11(1), 75
- Cipolotti, L., Chan, E., Murphy, P., van Harskamp, N., & Foley, J. A. (2021). Factors contributing to the distress, concerns, and needs of UK Neuroscience health care workers during the COVID-19 pandemic. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94, 536-543.
- Fogliato, E., Invernizzi, R., Maslovaric, G., Fernandez, I., Rigamonti, V., Lora, A., & Pagani, M. (2021). Promoting Mental Health in Healthcare Workers in Hospitals Through Psychological Group Support with Eye Movement Desensitization and Reprocessing During COVID-19 Pandemic: An Observational Study. *Frontiers in Psychology*, 12.
- Garbern, S. C., Ebbeling, L. G., & Bartels, S. A. (2016). A systematic review of health outcomes among disaster and humanitarian responders. *Prehospital and disaster medicine*, 31(6), 635-642.
- Giusti, E. M., Pedroli, E., D'Aniello, G. E., Stramba Badiale, C., Pietrabissa, G., Manna, C., y Molinari, E. (2020). The psychological impact of the COVID-19 outbreak on health professionals: a cross-sectional study. *Frontiers in Psychology*, 11, 1684.
- Gutner, C. A., Gallagher, M. W., Baker, A. S., Sloan, D. M., & Resick, P. A. (2016). Timecourse of treatment dropout in cognitive-behavioral therapies for posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(1), 115.
- Jarero, I., Artigas, L., Montero, M., & Lena, L. (2008). El protocolo de tratamiento grupal integrador EMDR: Aplicación con niños víctimas de un desastre masivo. *Revista de práctica e investigación de EMDR*, 2 (2), 97-105.
- Jarero, I., y Artigas, L. (2009). Protocolo de tratamiento grupal integrador de EMDR. *Journal of EMDR practice and research* 3 (4):287-288

- Jarero, I., y 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.
- Jarero, I., Roque-López, S., Gómez, J., y Givaudan, M. (2014). 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.
- Jarero, I., Artigas, L., Uribe, S., García, L, E. (2016). The EMDR Integrative Group Treatment Protocol for Patients with Cancer. *Journal of EMDR practice and research* 10 (3):199-207
- Jarero, I., y Artigas, L. (2017). EMDR Integrative Group Treatment Protocol Adapted for Ongoing Traumatic Stress (EMDR IGTP-OTS).
- Kaptan, SK, Dursun, BO, Knowles, M., Husain, N. y Varese, F. (2021). Group eye movement desensitization and reprocessing interventions in adults and children: A systematic review of randomized and non-randomized trials. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 28:784–806
- Lewis, C., Roberts, N. P., Simon, N., Bethell, A., & Bisson, J. I. (2019). Internet-delivered cognitive behavioural therapy for post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140(6), 508-521.
- Liao Q, Cowling BJ, Lam WW, Ng DM, Fielding R. Anxiety, worry and cognitive risk estimate in relation to protective behaviors during the 2009 influenza A/H1N1 pandemic in Hong Kong: ten cross-sectional surveys. *BMC Infect Dis*. 2014;14:169.
- Luceño-Moreno, L., Talavera-Velasco, B., García-Albuérne, Y., & Martín-García, J. (2020). Symptoms of posttraumatic stress, anxiety, depression, levels of resilience and burnout in Spanish health personnel during the COVID-19 pandemic. *International journal of environmental research and public health*, 17(15), 5514.
- Lung FW, Lu YC, Chang YY, Shu BC. Mental symptoms in different health professionals during the SARS attack: a Follow-up study. *Psychiatr Q*. 2009; 80:107–16
- Mavranezouli, I., Megnin-Viggars, O., Daly, C., Dias, S., Stockton, S., Meiser-Stedman, R., Trickey, D. y Pilling, S. (2020). Research Review: Psychological and psychosocial treatments for children and young people with posttraumatic stress disorder: a network meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61 (1), 18-29.
- Mortier, P., Vilagut, G., Ferrer, M., Serra, C., Molina, J. D., López-Fresneña, N., & MINDCOVID Working Group. (2021). Thirty-day suicidal thoughts and behaviors

- among hospital workers during the first wave of the Spain COVID-19 outbreak. *Depression and anxiety*, 38(5), 528-544.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). NICE guidelines CG178 - psychosis and schizophrenia in adults: Treatment and management. London: National Institute for Health and Care Excellence.
- Peeri, N. C., Shrestha, N., Rahman, M. S., Zaki, R., Tan, Z., Bibi, S., ... & Haque, U. (2020). The SARS, MERS and novel coronavirus (COVID-19) epidemics, the newest and biggest 26 global health threats: what lessons have we learned? *International journal of epidemiology*, 49(3), 717-726.
- Pérez, M. C., Estevez M E, Becker, Y., Osorio, A., Jarero, I., et al., (2020). Multisite randomized controlled trial on the provision of the EMDR Integrative Group Treatment Protocol for Ongoing Traumatic Stress Remote to Healthcare Professionals Working in Hospital During de Covid.19 Pandemic. *Psychology Behavioral Science. International Journal.* ;15 (4): 555920
- Rossi, R., Socci, V., Pacitti, F., Di Lorenzo, G., Di Marco, A., Siracusano, A., & Rossi, A. (2020). Mental health outcomes among frontline and second-line health care workers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Italy. *JAMA network open*, 3(5), e2010185-e2010185.
- Shechter A, Diaz F, Moise N, Anstey DE, Ye S, Agarwal S, et al. Shechter, A., Diaz, F., Moise, N., Anstey, D. E., Ye, S., Agarwal, S., ... & Abdalla, M. (2020). Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *General hospital psychiatry*, 66, 1-8.
- Saavedra Macías, FJ, Arias Sánchez, S., Rangel Alcudia, FJ, & Murvartian Carrascal, L. (2020). COVID-19 y estigma por asociación en profesionales sociosanitarios. *Apuntes de Psicología*, 38 (3), 139-147.
- Shapiro, E. (2012). EMDR e intervención psicológica temprana después del trauma. *Revista Europea de Psicología Aplicada*, 62 (4), 241-251
- Shapiro, E. (2019). EMDR Group-Traumatic Episode Protocol (EMDR G-Tep) Manual. (7th ed.), 0–23.
- Shapiro, E. y Laub, B. (2008). Intervención temprana con EMDR (EEI): resumen, modelo teórico y protocolo del episodio traumático reciente (R-Tep). *J. Práctica EMDR. Res.* 2, 79–96.
- Spence J., Titov, N., Johnston, L., Dear, BF, Wootton, B., Terides, M. y Zou, J. (2013). Internet-delivered eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): an open trial. *F1000 Research Investigación* , 2 .



- Su T-P, Lien T-C, Yang C-Y, Su YL, Wang J-H, Tsai S-L, et al. Prevalence of psychiatric morbidity and psychological adaptation of the nurses in a structured SARS caring unit during outbreak: a prospective and periodic assessment study in Taiwan. *J Psychiatr Res.* 2007;41(1-2):119-30,
- Tsouvelas, G., Chondrokouki, M., Nikolaidis, G., & Shapiro, E. (2019). A vicarious trauma preventive approach. The Group Traumatic Episode Protocol EMDR and workplace affect in professionals who work with child abuse and neglect. *Dialogues in Clinical Neuroscience & Mental Health*, 2(3), 130-138.
- Varese, F., Sellwood, W., Aseem, S., Awenat, Y., Bird, L., Bhutani, G., ... & Bentall, R. (2021). Eye movement desensitization and reprocessing therapy for psychosis (EMDRp): Protocol of a feasibility randomized controlled trial with early intervention service users. *Early Intervention in Psychiatry*, 15(5), 1224-1233.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, R. S., ... & Ho, C. (2020). A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 40-48.
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale—Revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). The Guilford Press.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). The PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5). *Scale available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov*, 10(4).
- World Health Organization. (2013). Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. Geneva: WHO. *Switzerland: WHO*.
- Wu, P., Fang, Y., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z., Hoven, CW (2009). The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *La Revue canadienne de psychiatrie*. 54 (5), 302-311.
- Yurtsever, A., Konuk, E., Akyüz, T., Zat, Z., Tükel, F., Çetinkaya, M., ... & Shapiro, E. (2018). An eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) group intervention for Syrian refugees with post-traumatic stress symptoms: Results of a randomized controlled trial. *Frontiers in psychology*, 493. Zigmund, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.