



Universidad de Panamá
Vicerrectoría de Investigación y Postgrado
Facultad de Psicología
Maestría en Psicología Clínica

“Efectos de la Terapia EMDR para reducir la ansiedad y síntomas post-traumáticos en jóvenes entre 15 y 24 años de edad, de sexo masculino con experiencias de trauma, privados de libertad en los Centros de Custodia/Cumplimiento de Pacora y Arco Iris.”

Elaborado por:

Lic. Isabel Lucía Chen Vinda

8-853-770

Código del Proyecto: CE-PT-327-14-06-17-153

Proyecto de Tesis para optar por el título de Magister en Psicología Clínica

Panamá, República de Panamá

2018

Dedicatoria

A Alberto.

Por los ejemplos de perseverancia y constancia.

Agradecimiento

A Dios.

A mis padres y familiares por el apoyo incondicional y la motivación que me brindan, siempre en busca de la superación.

A mis profesores, colegas y amistades por sus fieles consejos y por compartir desinteresadamente sus conocimientos.

A la Dra. Graciela Mabel Alvarez y a la Dra. Anilena Mejía por confiar en el proyecto y asesorarlo.

A la Lic. Gina de la Guardia y a su equipo de psicólogos por la confianza y la apertura a la realización del proyecto.

A Julieta Lau por su constante apoyo y directrices en la Terapia EMDR.

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo disminuir síntomas de ansiedad y síntomas de estrés post-traumático en jóvenes privados de libertad que han reportado experiencias de trauma, mediante el Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR creado por Lucina Artigas (1998). La investigación se llevó a cabo de manera cuantitativa experimental, longitudinal. Dicha investigación fue realizada con 33 privados de libertad en el Centro de Cumplimiento de Pacora, Panamá. Los 33 privados de libertad fueron aleatorizados y divididos en un grupo experimental y un grupo de lista de espera mediante secuencias ocultas. El grupo experimental recibió 8 sesiones terapéuticas con el Protocolo Grupal e Integrativo dirigido por la Lic. Isabel L. Chen. Se realizaron pruebas pre-intervención y post intervención a ambos grupos (experimental y de lista de espera). En la sesión de pre-intervención se recolectaron datos generales, se aplicó el Test de Ansiedad de Beck (BAI) y el Post-Traumatic Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). De igual forma se aplicó la Escala de Experiencias Disociativas como screening del grupo, tomando en cuenta la población vulnerable y los altos niveles de trauma reportados. En la sesión post-intervención se aplicó el BAI y el PCL-5. El grupo de lista de espera no recibió ningún tipo de intervención entre el pre y el post-test. Para el análisis estadístico en la investigación se utilizó SPSS v21. Se establecieron las diferencias entre los grupos experimental y lista de espera al momento del pre-test, a través de un análisis de *t* de student. Los grupos se encontraban equiparables en términos de edad [$t(31) = -.443, p=.613$] y meses detenidos [$t(31) = -.424, p=.615$] al momento de la evaluación pre-intervención. Luego, se realizaron análisis de covarianza (ANCOVA), en donde se estableció que si existían diferencias significativas en los niveles de ansiedad y síntomas post-traumáticos pre-y post intervención en el grupo intervención en comparación con el grupo control. Los puntajes pre-intervención en las variables dependientes fueron controlados e introducidos como covariantes en la fórmula. Los análisis de ANCOVA revelaron que el grupo experimental redujo sus puntajes en el BAI y en el PCL-5 a lo largo del tiempo, mientras que grupo de lista de espera aumentó los mismos. En el BAI se reveló una diferencia significativa entre el grupo de lista de espera y experimental a lo largo del tiempo [$F(1)=7.581, p<0.01$]. En el PCL-5 se produjo una diferencia significativa entre el grupo de lista de espera y experimental a lo largo del tiempo [$F(1)=13.803, p<0.001$]. Tomando esto en cuenta, podemos corroborar la efectividad del Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR para reducir síntomas de ansiedad y síntomas post-traumáticos en adolescentes privados de libertad.

Abstract

The aim of this study was to reduce symptoms of anxiety and post-traumatic symptoms in incarcerated youth who reported traumatic experiences using an EMDR Group and Integrative Protocol created by Lucina Artigas (1998). The research was carried out in a quantitative, experimental, longitudinal manner. This study was conducted with a sample of 33 incarcerated youth at the Compliance Center in Pacora in Panama. The 33 incarcerated youth were randomized into an experimental group and a waiting list group. The assignment of the experimental and waiting list groups was made using allocation concealment. The experimental group received 8 therapeutic sessions of EMDR with the Group and Integrative Protocol led by the psychologist Isabel L. Chen. Pre-intervention and post-intervention tests were performed in both groups (experimental and waiting list). In the pre-intervention session, general data were collected, including the Beck Anxiety Test (BAI) and the Post-Traumatic Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). The Scale of Dissociative Experiences was applied as group screening, taking into account the population and the high levels of trauma previously reported. In the post-intervention session the BAI and the PCL-5 were applied. The waiting list group did not receive any type of intervention between pre and post-test. All statistical analyses were conducted in SPSS v21. The differences between the experimental group and the waiting list were established at pre-test through student's *t*-test. The groups showed no significant differences in age [$t(31) = -.443, p = .613$] or in months in detention [$t(31) = -.424, p = .615$]. It should be noted that all participants were Panamanians and males. Then, an analysis of covariance (ANCOVA) was performed and it was established if there were significant differences in the levels of anxiety and post-traumatic symptoms before and after intervention in the experimental group compared to the waiting list group. The pre-intervention scores on the dependent variables were controlled and introduced as co-variants. The ANCOVA analyses revealed that the experimental group reduced their scores in the BAI and in the PCL-5 over time, while the waiting list group increased their scores. In the BAI, a significant difference was found between the waiting list and the experimental group over time [$F(1) = 7.581, p < 0.01$]. In the PCL-5 there was a significant difference between the waiting list and the experimental group over time [$F(1) = 13.803, p < 0.001$]. Taking this into account, we can corroborate the efficacy of the EMDR Group and Integrative Protocol to reduce symptoms of anxiety and post-traumatic symptoms in incarcerated youth.

Índice General

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Resumen	iv
Abstract.....	v
Lista de Tablas y Figuras.....	x
Introducción.....	2
Capítulo I: Planteamiento del Problema.....	4
1.1 Planteamiento del problema.....	5
1. 2 Justificación	7
1.3 Objetivos	9
1.3.1 Objetivo General	9
1.3. 2 Objetivos Específicos	9
1.4 Pregunta de Investigación.....	10
1.5 Hipótesis	10
1.6 Limitaciones y delimitaciones	11
Capítulo II: Marco Teórico.....	12
2.1 Jóvenes Privados de Libertad.....	13
2.2 Centros de Cumplimiento en Panamá	14
2.3 Estrés Postraumático	15
2.4 Ansiedad	19
2.5 Salud Mental en Privados de Libertad.....	20
2.6 Terapia EMDR.....	23

2.6.1 Protocolo Grupal e Integrativo de la Terapia EMDR	24
2.6.1.1 Aplicación del Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR.....	26
2.6.2 Terapia EMDR para síntomas de estrés postraumático	28
2.6.3 Terapia EMDR para los síntomas ansiosos	29
Capítulo III: Metodología.....	31
3.1 Tipo de Investigación	32
3.2 Diseño.....	32
3.2.1 Diseño de Investigación.....	32
3.2.2 Diseño de Análisis Estadístico	33
3.3 Participantes.....	33
3.3.1 Criterios de Inclusión y Exclusión.....	33
3.3.2 Descripción Sociodemográfica de la Muestra.....	34
3.4 Universo y Selección de la Muestra	37
3.5 Variables.....	37
3.5.1 Variable Independiente	38
3.5.2 Variables Dependientes	38
3.5.2.1 Ansiedad.....	38
3.5.2.2 Síntomas Postraumáticos.....	39
3.6 Instrumentos de Medición	39
3.7 Descripción de la Terapia	42
3.8 Reflexiones por Sesión	44
3.8.1 Sesiones Pre-test y consentimiento.....	45
3.8.2 Sesión terapéutica N. 1	46

3.8.3 Sesión terapéutica N. 2	48
3.8.4 Sesión terapéutica N. 3	52
3.8.5 Sesión terapéutica N. 4	56
3.8.6 Sesión terapéutica N. 5	58
3.8.7 Supervisión.....	60
3.8.8 Sesión terapéutica N. 6	61
3.8.9 Sesión terapéutica N. 7	62
3.8.10 Sesión terapéutica N. 8	64
3.8.11 Sesión post-test.....	65
3.9 Procedimiento	65
3.10 Consideraciones Éticas	66
Capítulo IV: Resultados y Análisis.....	67
4.1 Análisis Preliminares.....	68
4.1.1 Diferencias entre los Grupos en la Pre-Intervención.....	68
4.2 Resultados Post – Intervención.....	69
4.3 Eficacia de la Terapia EMDR para la Ansiedad	70
4.4 Eficacia de la Terapia EMDR para Síntomas de Estrés Postraumático	72
Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones	75
5.1 Conclusión de los Resultados	76
5.2 Recomendaciones.....	78
5.2.1 Recomendaciones a Terapeutas.....	78
5.2.2 Recomendaciones a Instituciones Gubernamentales	79
5.2.3 Recomendaciones para Futuras Investigaciones	79

Bibliografía.....	81
Anexos.....	85

Lista de Tablas y Figuras

Tabla 1 Edad.....	34
Tabla 2 Nacionalidad	35
Tabla 3 Estado Civil.....	35
Tabla 4 Hogar de Proveniencia.....	35
Tabla 5 Nivel Educativo.....	36
Tabla 6 Tiempo Cumplido en Detención	36
Tabla 7 Comparación Sociodemográfica de Grupos	68
Tabla 8 Test de Ansiedad de Beck, Pre-test	68
Tabla 9 PCL-5, Pre-test.....	69
Tabla 10 Test de Ansiedad de Beck, Post-test.....	69
Tabla 11 PCL-5, Post-test.....	69
Figura 1 Test de Ansiedad de Beck, Pre y Post-test	70
Figura 2 Grupo Experimental, Test de Ansiedad de Beck, Pre y Post-test	71
Figura 3 Grupo de Lista de Espera, Test de Ansiedad de Beck, Pre y Post-test	71
Figura 4 PCL-5, Pre y Post-test	72
Figura 5 Grupo Experimental, PCL-5, Pre y Post-test	73
Figura 6 Grupo de Lista de Espera, PCL-5, Pre y Post-test	74

Introducción

La agresión y violencia son generalmente causados por múltiples factores. Existen factores predisponentes como lo son la genética, el ambiente, complicaciones a la hora de nacer, factores biológicos, e incluso trastornos psicológicos tales como el abuso de sustancias, depresión y trastornos de la personalidad (Ródriguez, 2016).

(Brown et. Al; 1999) concluyeron mediante un estudio meta-analítico que la exposición y/o vivencia de eventos traumáticos incrementan los riesgos de cometer actos violentos. La alta incidencia de exposición a eventos traumáticos en adolescentes privados de libertad y los conocidos efectos negativos del trauma, corroboran que el estrés post traumático es una causa directa de los problemas emocionales, sociales y comportamentales de los adolescentes privados de libertad. Estudios afirman que la mayoría de los jóvenes privados de libertad han experimentado eventos traumáticos, incluyendo abuso físico y sexual, violencia doméstica y/o violencia en las calles.

El ingresar a un centro penitenciario constituye, habitualmente, una experiencia traumática la cual se añade a todas las anteriores por las cuales ha pasado el individuo. El ingreso a una prisión requiere de un proceso adaptativo, el cual si no es llevado de la manera adecuada puede tener repercusiones graves en los individuos. Entre las repercusiones podemos enumerar trastornos adaptivos, malestar psicológico y físico (Observatorio Venezolana de Prisiones, abril 2015). Las prisiones causan perjuicios tanto para los privados de libertad como para sus familiares. Aún cuando los reclusos recuperan su libertad, el estigma social que los acompaña, puede tener

repercusiones en el proceso de reinserción social y/o laboral. Añaños-Bedriñana, Llorente y Torres en el 2016 afirmaron que el ‘perfil’ del que delinque, en su mayoría, es el correspondiente a hombres que han tenido y/o tienen una trayectoria de vida y situaciones de riesgo y/o conflictos que aumentan la probabilidad de cometer delitos.

Para situar a la población del Centro de Cumplimiento de Pacora debemos distanciarnos del término “menor de edad” que, según la Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 1, parte 1, define un menor de edad como, “...todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad”, y en caso de los procesos judiciales y penales tienen su propia legislación, normativa y procedimientos. En Panamá los menores de edad son llevados a centros de custodia, en la mayoría de los casos, mientras se investigan los delitos cometidos. De ser probados los delitos, los jóvenes ingresan a los centros de cumplimiento (cárceles) a partir de los 15 años.

La presente investigación busca reducir síntomas ansiosos y post-traumáticos en jóvenes privados de libertad mediante el Protocolo Grupal con Terapia EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por los Movimientos Oculares, por sus siglas en inglés), dicho protocolo será dirigido por la Lic. Isabel Chen. El presente estudio ha sido financiado por el International Society for the Study of Behavioral Development.

CAPITULO I: Planteamiento del Problema

1.1 Planteamiento del Problema

En junio de 2016, 463 menores estaban reclusos a nivel nacional en los seis centros de cumplimiento. Según estadísticas del año 2014 (Periódico Nacional: La Estrella de Panamá; publicado el 28 de agosto de 2014), el 60% de los menores infractores se encontraban privados de libertad por robo y hurto, seguidos por un 22% recluso por delitos contra la vida (homicidio). La pena máxima para menores de edad es de 12 años en Panamá, y se da por delitos contra la vida en su mayoría.

Estadísticas judiciales del Ministerio de Gobierno de Panamá, de la población general, muestran que en enero del año corriente (2018) la Fiscalía Superior Especializada Anticorrupción contaba con un rezago de 700 individuos y 97 entradas al sistema penal acusatorio de los cuales cuatro individuos tienen una condición de reingreso. En enero de 2018, se contabilizaron 1417 denuncias contra el orden jurídico familiar. Sin embargo, no se encuentran estadísticas de reincidentes. Las estadísticas muestran 34 víctimas de homicidio, una víctima de femicidio, 483 delitos contra la libertad e integridad sexual, y 31 causas de delitos contra el ambiente. Todos estos casos o delitos resultan en un total de 669 condenas en el mes de enero de 2018.

El Ministerio de Gobierno de Panamá y la Procuraduría General de la Nación en la Fiscalía Superior de Adolescentes recalcan que 374 expedientes de adolescentes se ingresaron en el mes de enero de 2018 y 312 expedientes salieron de la Procuraduría. Sin embargo, no se especifica la causa de estos últimos.

Los centros de cumplimiento de menores de edad en Panamá, en ocasiones llegan a sobre poblarse, reduciendo así la atención necesaria para cada recluso. En ocasiones, los privados de libertad no reciben educación, atención psicológica o tiempo de esparcimiento dentro de lo reglamentado. Al terminar las penas se espera que tanto jóvenes como adultos sean capaces de reintegrarse a la sociedad, con miras a que no vuelvan a cometer delitos. La resocialización es un proceso complejo que requiere de apoyo y sostenimiento psicológico. En ocasiones los privados de libertad son expuestos a maltrato y a experiencias negativas que sólo se suman a sus experiencias de trauma sin ser productivas para su desarrollo. Los procesos de resocialización se crean para que los privados de libertad, una vez terminada su pena de privación sean capaces de reintegrarse sin ser un peligro para la sociedad. Se espera que los jóvenes al reinsertarse a la sociedad sean productivos, capaces, e incluso prósperos en sus áreas de labor. Sin embargo, sobre los distintos programas ofertados en el sistema penitenciario tenemos escasa información rigurosa. Menos aún de los procesos y de los resultados a medio y largo plazo. Si bien es cierto, Organizaciones como el Club Rotarios y el INADEH crean programas de resocialización para privados de libertad. Sin embargo, éstos se dirigen en su mayoría a los mayores de edad y no son obligatorios para todos los reclusos.

Tomando ésto en cuenta y la alta incidencia de reportes de trauma dentro de los privados de libertad, son necesarias las intervenciones psicológicas para reducir síntomas ansiosos y de estrés post traumático, para así asistir a los reclusos en el proceso de resocialización. Por lo tanto, es imperante conocer si es posible reducir síntomas de ansiedad y síntomas de estrés post-traumático significativamente en privados de libertad mediante el Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR.

De aquí surge la interrogante : ¿Es posible reducir síntomas de ansiedad y síntomas de estrés post-traumático significativamente en privados de libertad mediante el Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR?

1.2 Justificación

La presente investigación busca ayudar a jóvenes privados de libertad que han reportado experiencias de trauma para así disminuir síntomas de estrés postraumático y de ansiedad.

Los jóvenes privados de libertad requieren de una rehabilitación efectiva para lograr una reinserción positiva dentro de la sociedad luego de haber cumplido su condena. Dicha necesidad está ampliamente reconocida y exigida por la sociedad. Por un lado, las sanciones producen antecedentes judiciales y estigmatizan, en este caso a los adolescentes, lo cual puede incurrir en dificultades para conseguir trabajo. Hoy en día se considera que la experiencia carcelaria produce efectos negativos y obstaculiza los procesos de recuperación y reinserción a la sociedad, deteriorando competencias y habilidades sociales. Programas de rehabilitación como el llevado a cabo en Gendarmería de Chile (enero-julio 2012) incluyen componentes psicosociales como intervenciones psicoterapéuticas, capacitación laboral, actividades recreativas, entre otras.

Lastimosamente, nuestro país no cuenta con estadísticas públicas de la cantidad de privados de libertad reincidentes. Tomando en cuenta la definición de ‘reincidente’ según la Real Academia Española, se refiere a la ‘reiteración de una misma culpa o defecto’. Fábrega (2013) realizó un estudio en Chile con 17 mil privados de libertad que salieron libres en el año 2007. A dichos

privados de libertad se les realizó un seguimiento por tres años de sus conductas delictuales dando como resultado que los delitos son recurrentes en su conducta y recalando que alrededor del 65% de los reincidentes tenían un comportamiento delictivo crónico y persistente. Según las cifras de dicho estudio, de los 8500 reincidentes un total de 5500, volvieron a la cárcel por los mismos delitos. Dicho estudio afirma que no existe un proceso de reinserción positivo dentro de dicha sociedad.

La regla número 32, en las Reglas de las Naciones Unidas para la Protección de Menores de Edad Privados de Libertad (1990) establece que:

“El diseño de los centros de detención para menores de edad y el medio físico deberán responder a su finalidad, es decir, la rehabilitación de los menores de edad en tratamiento de internado, teniéndose debidamente en cuenta la necesidad del menor de edad de intimidad, de estímulos sensoriales, de posibilidades de asociación con sus compañeros y de participación en actividades de esparcimiento.” (UNICEF, nota de prensa, sección D. Medio Físico y Alojamiento)

Tomando en cuenta lo anterior y la importancia de la intervención psicoterapéutica en procesos de rehabilitación y reinserción, en el presente estudio se evaluará la eficacia de una intervención con Terapia EMDR. Estudios (Gelinas, 2003; Gavriel et. Al. 2002; Manfield y Shapiro, 2003; McCullough, 2002; Perkins y Rouanzoin, 2002) afirman que la Terapia EMDR es efectiva a la hora de reducir niveles de ansiedad y síntomas de estrés postraumático inclusive después de tres sesiones. La Terapia EMDR trabaja en su octava fase con un Patrón a Futuro, lo cual permite a los adolescentes tener una visión a futuro y valorar la misma siendo esta necesaria para una reinserción

positiva a la sociedad.

El presente estudio busca ayudar a adolescentes privados de libertad a disminuir niveles de ansiedad y síntomas postraumáticos, lo cual tiene un impacto directo en los mecanismos de afrontamiento preexistentes y puede facilitar el proceso de reinserción a la sociedad.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Determinar si el Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR es efectivo en reducir ansiedad y síntomas de estrés postraumático en adolescentes privados de libertad que auto-reportan experiencias de trauma.

1.4.2 Objetivos Específicos:

- Medir si hay cambios significativos en ansiedad en jóvenes privados de libertad que reciben intervención terapéutica con el Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR en comparación con un grupo de lista de espera.
- Identificar si hay cambios significativos en los síntomas de estrés post-traumático en jóvenes privados de libertad que reciben intervención terapéutica con el Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR en comparación con un grupo de lista de espera.

1.5 Pregunta de Investigación

¿Es posible reducir síntomas de ansiedad y síntomas de estrés post-traumático significativamente en privados de libertad mediante el Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR?

Tomando en cuenta la teoría establecida, ¿Cuentan los privados de libertad con Trauma complejo?

¿Cuáles son los niveles de síntomas disociativos en privados de libertad?

1.6 Hipótesis

H0 No habrá disminución de síntomas de ansiedad y síntomas de estrés post-traumático significativos en los privados de libertad que recibieron intervención terapéutica con el Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR, en comparación con el grupo de lista de espera.

H1 Si disminuirán los síntomas de ansiedad y síntomas de estrés post-traumático significativamente en los privados de libertad que reciben intervención terapéutica con el Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR, en comparación con el grupo de lista de espera.

1.7 Limitaciones y Delimitaciones

Entre las limitaciones del proyecto se encuentra la disponibilidad de los privados de libertad debido a que cuentan con un horario ajustado entre visitas, horas de comer, tiempo de esparcimiento y/o talleres. Esto llevo a que varios participantes no asistieran a diversas sesiones terapéuticas o llegaran retrasados a las mismas. La segunda limitación es que todas las medidas fueron auto-reportadas por los adolescentes. No tuvimos oportunidad de obtener medidas de terceros (i.e., equipo técnico del centro, familiares) u observacionales.

Entre las delimitaciones, nuestro propósito era realizar el estudio en los centros de Pacora y Arco Iris. Sin embargo, al momento de comenzar la recolección de datos, los participantes de Arco-Iris habían sido trasladados a Pacora. Arco Iris es un centro de custodia y una vez se asigna la condena, los adolescentes son trasladados al centro de cumplimiento, en este caso Pacora.

CAPITULO II: Marco Teórico

2.1 Jóvenes Privados de Libertad

La Privación de Libertad es un estatus en donde la persona se encuentra detenida. Las autoridades competentes tienen conferidas facultades legales para detener a una persona y por tanto producir la privación de libertad en diferentes supuestos.

Las Naciones Unidas y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) cuentan con reglas para la protección de menores de edad privados de libertad. Dichas reglas fueron adoptadas por la Asamblea General en su resolución 45/113, de 14 de diciembre de 1990. Entre éstas podemos mencionar que la reclusión de un menor de edad en un establecimiento debe ser siempre una medida de último recurso y por el mínimo período necesario. Se reconoce que los menores de edad privados de libertad requieren especial atención y protección y que deberán garantizarse sus derechos y bienestar durante el período en que estén privados de libertad y con posterioridad a él.

América Latina afronta una crisis carcelaria en donde en las últimas dos décadas se duplicaron las tasas de encierro. Las tasas de población alcanzaron promedios de hasta 244 por cada 100.000 habitantes (Marmolejo et. Al. 2016). Desde el 2006, Panamá ha ido construyendo un Modelo Integral de Atención a Jóvenes en Conflicto con la Ley Penal. Tomando en cuenta la Ley 40 de 1990, del Régimen Especial de Responsabilidad Penal para Adolescentes las autoridades han aceptado el desafío de crear una efectiva rehabilitación de adolescentes privados de libertad en los centros de cumplimiento de penas para menores de edad que han infringido la Ley, en donde la pena máxima es de 12 años.

Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano de Panamá (2014), elaborado por Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, en el 2010 sólo el 56% de los adolescentes internos en los centros de Cumplimiento y Custodia en Panamá participó en programas escolares. Del mismo modo, en 2011 apenas el 40% asistía a la escuela y el 31.5% recibía capacitación técnica o laboral. Los centros tienen un papel clave para la política pública en contextos difíciles, o donde es importante la resocialización de los jóvenes en conflicto con la ley.

Según estadísticas del Instituto de Estudios Interdisciplinarios del Ministerio de Gobierno en el 2014, los centros de cumplimiento de menores de edad entre los 15 y 18 años en Panamá contaban con 493 privados de libertad. De éstos, 270 estaban en custodia y 233 cumplían condenas. Los menores de edad entre los 11 y 14 años se encuentran a órdenes de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNIAF).

En el año 2014 el porcentaje de delitos de menores de edad era el siguiente:

- 60% cumplían condena por robo y hurto
- 22% por delitos contra la vida
- 9% por delitos contra la libertad e integridad sexual
- 5% por delitos contra la seguridad colectiva
- 4% por delitos relacionados con droga

2.2 Centros de Cumplimiento en Panamá

En Panamá existen siete centros para recluir a la población de menores de edad en conflicto

con la ley penal, siendo Arco Iris, ubicado en Tocúmen el único con hacinamiento en el 2014. Los centros de cumplimiento en Panamá son: Residencia Femenina, ubicado en Tocúmen; Pacora, ubicado en Pacora; Basilio Lakas, ubicado en Colón; Centro de Cumplimiento para Menores Infractores en Herrera; y Aurelio Granados, ubicado en Chiriquí.

En septiembre de 2017, el Ministerio de Gobierno presentó un presupuesto de inversión de B./ 25.5 millones para la Dirección General del Sistema Penitenciario y B./ 5.4 millones para el Instituto de Estudios Interdisciplinarios (encargado de los centros de custodia y cumplimiento de menores de edad). De igual forma anunciaron que invertirían en la construcción del nuevo Centro Femenino de Rehabilitación en Pacora, la construcción del nuevo Complejo Penitenciario de Colón y la ampliación de la Academia de Formación Penitenciaria (AFP), ubicada en Aguadulce, provincia de Coclé.

Actualmente, al lado del Centro de Cumplimiento de Pacora se están construyendo las instalaciones para separar a los mayores de edad de los menores de edad que se encuentran reclusos en dicho centro. De igual forma se están construyendo las instalaciones para mudar el Centro de Custodia de Arco Iris a ‘Las Garzas’ de Pacora. Actualmente podemos encontrar La Joya, La Joyita, y la Mega Joya (centros penitenciarios para adultos) en ‘Las Garzas’ de Pacora.

2.3 Estrés Postraumático

Los síntomas de estrés postraumático son aquellos que surgen u ocurren luego de un evento perturbador, traumático, conocimiento de un suceso traumático ocurrido a alguna persona cercana,

exposición repetida a eventos perturbadores o conocimiento de algún evento o suceso que pueda ser una amenaza a la vida (DSM-IV).

Tomando en cuenta los criterios diagnósticos del DSM V (2013), podemos mencionar que los síntomas de estrés postraumático son los siguientes:

- Síntomas de intrusión asociados al suceso perturbador o traumático como recuerdos angustiosos, sueños recurrentes, reacciones disociativas, malestar psicológico o fisiológico.
- Evitación persistente de estímulos asociados al suceso como evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos asociados al suceso.
- Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo como incapacidad para recordar un aspecto importante del suceso, creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas, percepción distorsionada persistente de la causa o consecuencia del suceso, miedo, terror, disminución importante del interés por actividades significativas, sentimiento de desapego de los demás o incapacidad persistente de experimentar emociones positivas.
- Alteración en el estado de alerta y reactividad asociada al suceso como comportamiento irritable y arrebatos de furia, comportamientos imprudentes o autodestructivos, hipervigilancia, respuesta de sobresalto, problemas de concentración o alteración del sueño.

Para cumplir los criterios del Trastorno de Estrés Post-traumático se deben presentar los síntomas durante un mes o más y presentar tensión o discapacidad (disfunción laboral, educativa,

social o personal). Dicho trastorno tiene la codificación F43.1: Trastorno de estrés post-traumático en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10 – 1992).

Una experiencia traumática está caracterizada por la amenaza a muerte, a ser lastimado o a violencia sexual mediante la exposición directa, ser testigo o haber escuchado sobre este evento que en la mayoría de las ocasiones involucre a un ser querido. Aunado a esto, la exposición puede ocurrir una vez o repetidas veces teniendo esto un impacto directo en la persona.

En las últimas tres décadas estudios afirman que el sistema nervioso y la serotonina juegan un papel importante en el rol de la impulsividad y agresión (Brown y Goodwin, 1979; Coccaro y Siever, 1995). Cabe destacar a Windom (1989) quien en un estudio mencionó que 908 menores abusados o que sufrieron maltrato reportaron comportamientos criminales violentos más adelante, en comparación a 667 menores de su grupo control. Widmon (1998) reportó que dos tercios de los menores de edad habían reportado abuso físico y/o sexual mientras que Dutton y Hart (1992) en un estudio en Canadá establecieron que 415 de 601 delincuentes reportaron experiencias de trauma durante la niñez.

Los adolescentes son una población expuesta a muchos eventos traumáticos. Un estudio publicado en Nueva York en 2017 afirma que la Oficina de Justicia Juvenil y Prevención de la Delincuencia estima que 60% de la población entre 1 mes y 17 años de edad han experimentado una experiencia de trauma y al menos 36% de estas víctimas son adolescentes entre los 12 y 17 años de edad. Los adolescentes que reciben ayuda por trauma usualmente muestran diversos síntomas de estrés postraumático y agresión o violencia.

Greenwald R (2002) en su libro “El Rol del Trauma en Desordenes de Conducta” afirma que el trauma desencadena altos niveles de alerta e incrementa la sensibilidad al peligro lo cual conlleva a la agresión. También, los individuos que han sido maltratados o expuestos a violencia durante la niñez son más propensos a ser arrestados durante la adolescencia o la adultez (Cernkovich et.A., 2008; Maxfield y Widom, 1996; Thornberry et. Al, 2001). Estas experiencias traumáticas en la niñez están asociadas al comportamiento antisocial más adelante en la vida.

En la presente investigación se ha administrado una escala para medir niveles disociativos, siendo éstos, posibles síntomas en pacientes con síntomas post-traumáticos. Tomando en cuenta que el protocolo de intervención a aplicar es de manera grupal, se ha administrado la Escala de Experiencias Disociativas de Bernstein y Putnam para así identificar a los participantes con patología disociativa. El Instituto Valenciano de Psicología Sanitaria afirma que, al enfrentarse a una experiencia altamente estresante, el organismo reacciona emitiendo una respuesta electroquímica seguido por mecanismos de defensa que emergen como consecuencia directa de la experiencia traumática. El objetivo principal de los mecanismos de defensa es evitar que el acontecimiento se integre al flujo normal de la conciencia, puesto que esto implicaría un riesgo para la integridad emocional. Las experiencias disociativas mantienen a las personas provisionalmente separadas de la realidad. Al trabajar de manera grupal, buscamos éticamente salvaguardar la integridad emocional de todo participante por lo que debemos prestar delicada atención a aquellos participantes que muestren altos niveles de disociación.

2.4 Ansiedad

La ansiedad es un estado mental que se caracteriza por gran inquietud, intensa excitación y extrema inseguridad o miedo (DSM-IV). La ansiedad es considerada un mecanismo de adaptación que puede ser positivo en ciertas situaciones. La ansiedad necesariamente positiva se vive cotidianamente y está directamente relacionada con la motivación que nos hace alcanzar metas. La ansiedad funcional no debe ni puede eliminarse ya que es un mecanismo adaptativo y saludable (Instituto Europeo de Psicología Positiva, 2016).

El exceso de ansiedad, también conocida como ansiedad neurótica es la que desencadena los Trastornos Ansiosos y está caracterizada por provocar respuestas de inhibición y evitación, con estados de alerta prolongados sin justificación alguna.

(Amaya et. Al. 2008) resaltan dentro de las causas de la ansiedad: un peligro real, estrés físico y emocional, drogas, abstinencia a drogas y dietas deficientes. Además, las causas pueden variar según la edad y género de la persona, así como también de acuerdo con las características específicas del síntoma tales como calidad, duración, factores agravantes y enfermedades asociadas. La ansiedad se presenta en los privados de libertad, no solo por su historia de vida con eventos traumáticos, sino también dado el cambio de vida, alejarse de sus allegados, y la espera de la libertad, entre otros factores.

2.5 Salud Mental en Privados de Libertad

En Honduras realizaron un estudio transversal cuyos objetivos fueron estimar la prevalencia de posibles trastornos mentales en privados de libertad (Irías-Ortiz, et. Al. 1999). En dicho estudio se evaluaron a 284 privados de libertad mediante un muestreo aleatorio simple y se utilizó el Self Reporting Questionnaire (SRQ) de la Organización Mundial de la Salud. Entre los resultados se encontraron tasas de prevalencia estimadas de 24.3% drogadicción, 20.1 % psicosis, 13.4% alcoholismo, 4.5 % epilepsia, 3.5% depresión y 1.8% ansiedad. Dicho estudio midió los antecedentes de encarcelamiento, los cuales estaban en 21.8% de la población.

En el 2004, se publicó en el artículo “Trastorno de Estrés Postraumático y Trauma en Adolescentes en Detención” (Abram et. Al., 2004) estadísticas alarmantes en Estados Unidos, en donde aproximadamente 2.4 millones de adolescentes eran arrestados anualmente, y 109,000 adolescentes eran detenidos diariamente. La literatura sugiere que los síntomas postraumáticos son más comunes en centros de cumplimiento que en adolescentes en libertad. En dicho artículo se publicó un estudio con 1829 jóvenes entre los 10 y 18 años de edad arrestados, de los cuales el 90% eran varones. Se recolectó información de 1148 detenidos, en donde se realizaron entrevistas que duraron entre dos y tres horas dependiendo de cuántos síntomas postraumáticos reportaban. Los resultados establecían que 92.5% de la muestra había experimentado una experiencia traumática al menos una vez en la vida, 84% había experimentado una experiencia traumática más de una vez y 56.8% de la muestra reportó haber estado expuesto a experiencias traumáticas más de seis veces. El 88.7% de la muestra reportó que su experiencia de trauma se había dado dos años antes de la entrevista. Más de 1 de cada 10 detenidos reportó síntomas de estrés postraumático

durante el año previo a la entrevista. El estudio concluye que el trauma y los síntomas de estrés postraumático son comunes entre los detenidos. Sin embargo, se debe determinar el riesgo entre síntomas de estrés postraumático y los tipos de trauma específicos (por ejemplo, ser testigos de asesinatos, ser agredido, perder a un ser querido y demás). De igual forma concluye que las herramientas de resiliencia y síntomas de estrés postraumático pueden incidir en el factor de riesgo de adolescentes y sus estrategias de prevención.

En el 2007 (Sarchiapone et. Al. , 2007) realizaron el estudio “Asociación entre el trauma durante la niñez y la agresión en varones privados de libertad”. En dicho estudio se examinaron a 540 varones privados de libertad quienes en una entrevista psiquiátrica completaron el Cuestionario de Trauma durante la Niñez (CTQ) y completaron la entrevista Brown-Goodwin Lifetime History of Agression (BGHA) en donde se encontraron correlaciones significativas. Entre los resultados del estudio se encontró que aquellos con mayores puntajes en el CTQ tenían puntuaciones más altas de agresión que el resto de la muestra.

En el estudio “Examinando la conexión entre los eventos traumáticos y la delincuencia entre jóvenes delincuentes: un estudio longitudinal” se encontró una asociación directa entre experiencias traumáticas en la niñez y trastornos mentales tales como el Trastorno Desafiante y Trastornos de la Conducta (Maas et. Al. 2008; Moffit y Caspi, 2001; Silverthorne y Frick, 1999). Se ha establecido que el tiempo, la duración y la cronicidad de eventos traumáticos tienen una influencia directa en el riesgo y trayectoria de la delincuencia, especialmente en aquellos jóvenes que fueron expuestos en la niñez. Dada la alta prevalencia de experiencias traumáticas en esta población, la aplicación de Terapia EMDR muestra alto potencial de impacto.

(Amaya et. Al. 2008) realizaron una investigación cuasi-experimental con 39 participantes de sexo masculino, con un rango de edad entre 18 y 65 años. En dicha investigación se aplicó una intervención breve para disminuir los niveles de ansiedad en los privados de libertad. Se utilizó el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI de Spielberger & Cols (1994). Los resultados del pre-test arrojaron que los privados de libertad contaban con una media de ansiedad de estado de 34.05 y 34.74, y una ansiedad de rasgo de 29.50 y 25.42.

En el 2015, la Universidad de Chile reportó las carencias en el sistema penitenciario, recalando que para ese entonces tenían una población de más de 45 mil privados de libertad. En dicho reporte se muestran estadísticas de un estudio realizado por el Ministerio de Salud en el 2010 en donde se contabilizó al 26.8% de la población con trastornos mentales, siendo los más prevalentes los trastornos adictivos en un 12.6%, trastornos de ansiedad en un 8.3% y trastornos afectivos en un 8.1%. El mismo estudio arrojó que los trastornos depresivos mayores eran significativamente más altos en hombres privados de libertad (6.1%) que en la población general (3.7%). En el 2012 y 2013, el Instituto de Derechos Humanos realizó un estudio en los centros penitenciarios de Chile en donde reportó altos niveles de hacinamiento y de violación de derechos.

Svenka Arensburg (2015), psicóloga Chilena, afirmó en un artículo publicado por la Universidad de Chile sobre las carencias del sistema penitenciario que:

“Los sistemas de reclusión enfrentan a los sujetos a abusos, a violencia, a arbitrariedades que no solo provienen de los compañeros de celda o sus pares sino también de la institucionalidad misma, configurando una socialización carcelaria, la cual se aleja de la socialización típica o

deseable, y bajo la que se vería afectada la salud mental integral de los individuos.” (pp. 1 – La cárcel al centro del problema)

2.6 Terapia EMDR

La Terapia EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por los Movimientos Oculares, por sus siglas en inglés) es un abordaje psicoterapéutico en el tratamiento de las dificultades emocionales causadas por experiencias difíciles en la vida del sujeto, desde fobias, ataques de pánico, muerte traumática y duelos o incidentes traumáticos en la infancia hasta accidentes y desastres naturales.

El 6 de agosto de 2013 en Ginebra, la Organización Mundial de la Salud publicó un nuevo protocolo y directrices clínicas destinados a los trabajadores sanitarios para el tratamiento de las repercusiones de los traumas y la pérdida de seres queridos en la salud mental. Entre los que mencionó:

“...ante los afectados por el trastorno de estrés postraumático, debe considerarse la posibilidad de derivarlos para que reciban tratamiento avanzado, como por ejemplo terapia cognitivo-conductual o una nueva técnica conocida como desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR). Estas técnicas ayudan a las personas a atenuar los recuerdos vívidos, reiterados y no deseados de eventos traumáticos. Se recomienda una mayor capacitación y supervisión para ampliar las posibilidades de acceso a esos métodos.” (pp.5)

(Soberman et. Al. 2008) realizaron un estudio titulado “Estudio Controlado con Terapia EMDR

en Varones con Problemas de Conducta” en donde se trataron a 29 varones de entre 10 y 16 años de edad. Entre los problemas de conducta de la muestra se encontraban comportamientos agresivos, disruptivos, criminales, oposicionales e incluso que no concordaban con las expectativas de la comunidad, escuela y/u hogar. Kazdin (1987) establece que comportamientos como los mencionados anteriormente se encuentran entre un tercio a la mitad de los jóvenes y adolescentes referidos a psicoterapia. En dicho estudio se trató a toda la muestra con psicoterapia, economía de fichas para modificar la conducta, se medicó a los que lo necesitaban y se trabajó psico-educación con los padres. A el grupo experimental se le agregaron tres sesiones de Terapia EMDR. Entre los resultados se encuentra que el grupo experimental que recibió las sesiones de Terapia EMDR redujo sus puntajes significativamente en el SUDS (Escala Subjetiva de Unidades de Estrés) en 6.1 puntos, en comparación con el grupo control que redujo su puntaje en el SUDS en 0.38 puntos. Dicho estudio establece que la Terapia EMDR es efectiva para reducir la reactividad a memorias traumáticas en adolescentes con problemas de conducta. Al tratar memorias traumáticas con Terapia EMDR se pueden reducir los síntomas de problemas de conducta. En otras palabras, los protocolos terapéuticos como los de la Terapia EMDR pueden ser efectivos para reprocesar las experiencias traumáticas y reducir la conducta antisocial en adolescentes. A continuación, discutimos la efectividad en general de la Terapia EMDR.

2.6.1 Protocolo Grupal e Integrativo de la Terapia EMDR

Como bien discutimos en la sección anterior, la efectividad del modelo psicoterapéutico con Terapia EMDR con sobrevivientes de eventos críticos ha sido ampliamente demostrada (Gelinas, 2003; Gavriel et. Al. 2002; Manfield y Shapiro, 2003; McCullough, 2002; Perkins y Rouanzoin,

2002). También se ha desarrollado un Protocolo Grupal e Integrativo. El mismo fue diseñado por los fundadores de la *Asociación Mexicana para Ayuda Mental en Crisis (AMAMECRISIS)*. Inicialmente fue diseñado para trabajar con niños. Sin embargo, ha demostrado ser apropiado para el trabajo grupal con adultos. Este protocolo ha sido empleado con sobrevivientes de desastres en múltiples situaciones alrededor del mundo o con adaptaciones hechas para adecuarse a la circunstancia. Este protocolo también es conocido como *El Protocolo Grupal del Abrazo de la Mariposa, El Protocolo Grupal con EMDR y El Protocolo Grupal para niños con EMDR*. Entre los objetivos del Protocolo podemos mencionar:

- Ser aplicado como parte de un continuo de servicios en salud mental para el tratamiento de trauma psicológico.
- Confrontar el material traumático.
- Facilitar la expresión de emociones dolorosas y/o comportamientos vergonzosos.
- Ofrecer al paciente apoyo y empatía apropiados.
- Tratar un mayor número de participantes que vivieron la misma experiencia.
- Normalizar las reacciones: Los participantes podrán ver que sus reacciones son normales, pues otros participantes están trabajando con sus memorias de la misma forma.

Entre las ventajas podemos encontrar:

- Se puede llevar a cabo prácticamente en cualquier sitio.
- Los participantes trabajando en grupo no necesitan verbalizar información acerca de la experiencia.
- El trabajo psicoterapéutico se puede hacer en días subsecuentes, sin necesidad de tarea en casa entre las sesiones.

- Ha demostrado ser efectivo en diferentes culturas.

Este protocolo utiliza la técnica del *Abrazo de la Mariposa* para realizar la estimulación bilateral. Es considerada una técnica de regulación emocional creada por Lucina Artigas. El *Abrazo de la Mariposa* fue originado y desarrollado por Lucina Artigas durante el trabajo realizado en Acapulco, Guerrero (México), con los sobrevivientes del huracán Paulina en 1997 (Artigas et al., 2000).

El *Abrazo de la Mariposa* es una Estimulación de Atención Dual (EAD) que consiste en cruzar los brazos sobre el pecho. La punta del dedo medio de cada mano debe de quedar bajo la clavícula y el resto de los dedos y la mano deben de cubrir el área que se encuentra debajo de la unión de la clavícula con el hombro y de la clavícula con el esternón. Para ello, mano y dedos deben de estar lo más verticalmente posible (los dedos dirigidos hacia el cuello y NO hacia los brazos). Una vez hecho esto, se pueden entrelazar los dedos pulgares (formando el cuerpo de la mariposa) y los otros dedos formarán sus alas.

2.6.1.1 Aplicación del Protocolo Grupal e Integrativo de la Terapia EMDR

El *Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR* ha sido aplicado en diversas ocasiones. La efectividad del EMDR en el tratamiento de sobrevivientes a eventos traumáticos ha sido ampliamente reconocida por el American Psychological Association (Chambless et Al., 1998), la American Psychiatric Association (2004), la International Society for Traumatic Stress Studies (Chemtob et. Al. 2000), el Israeli National Council for Mental Health (Bleich et. Al. 2002), el

Northern Ireland Department of Health (Clinical Resource Efficiency Support Team, 2003) y el US Department of Defense and Veterans Affairs (2004). La Terapia EMDR se ha utilizado luego de desastres naturales como en el huracán Hawaii, con adultos y niños afectados por terremotos en Turquía, con víctimas de ataques terroristas en Nueva York e incluso con víctimas de inundaciones en Argentina.

Jarero, Artigas y Hartung, terapeutas EMDR, aseguran que el Protocolo Grupal e Integrativo de Terapia EMDR surgió en México en 1997, luego de que el huracán Paulina devastó las costas de los estados mexicanos de Guerrero y Oaxaca y dichos terapeutas asistieron a las víctimas del huracán con el mismo. En dicho momento se ofreció apoyo psicológico durante las 72 horas posteriores al desastre. La Terapia EMDR se ha estructurado en un formato de terapia de juego y ha sido utilizada en población entre los 7 y 50 años de edad.

En Piedras Negras, 2004, una inundación cobró las vidas de 38 personas. El 6 de abril se aplicó el Protocolo Grupal e Integrativo de Terapia EMDR para el manejo de crisis para grandes grupos. Se hicieron mediciones antes del tratamiento con la Escala de Reacción del Niño ante Eventos Traumáticos (Jones, 1997) y una escala modificada de Unidades Subjetivas de Perturbación (SUDS) (Wolpe, 1991). Dichas escalas fueron utilizadas para medir la frecuencia de síntomas relacionados con el trauma. Cuatro semanas después, el 12 de junio de 2004, se dio seguimiento en donde las mediciones previas a la aplicación del protocolo demostraban un 32.77% de sintomatología en la escala de medición utilizada, y luego de la aplicación del protocolo los mismos 44 niños tenían un 8.27% de sintomatología. Se refleja entonces una reducción significativa de la sintomatología. En cuanto a la escala de SUDS (Escala de Unidades Subjetivas

de Perturbación) los niños empezaron con un aproximado de 9.24 puntos y finalizaron el proceso con 1.29 de perturbación.

En 1998 se realizó un tratamiento de EMDR con el Protocolo Grupal e Integrativo en Acapulco, Nicaragua, Venezuela y Colombia. Durante estos estudios se trabajó en refugios temporales. Los puntajes de SUDS antes de la aplicación del protocolo y después son de aproximadamente 8 puntos en cada caso (Jarero et. Al. 2005).

2.6.2 Terapia EMDR para los síntomas de estrés postraumático

La Terapia EMDR es un abordaje terapéutico completo con el que se interpretan los fenómenos clínicos y en base al que se establecen procedimientos adecuados a la práctica clínica, científica y rigurosamente comprobados. Recordemos que la Terapia EMDR está avalada por la Organización Mundial de la Salud.

Los elevados niveles de perturbación durante las experiencias traumáticas pueden causar el almacenamiento en la memoria de modo perturbador o erróneo, sin poder conectarse con otras memorias adaptativas. Estas experiencias contienen las cogniciones, las emociones y las sensaciones del momento de los eventos perturbadores. Los traumas y/o síntomas postraumáticos pueden detonar nuevas emociones y/o pensamientos. La estimulación bilateral utilizada en la Terapia EMDR permite al cliente o paciente re-procesar aquellas memorias atrapadas, de manera que se procesen a un estado adaptativo.

Un evento traumático es cualquier experiencia perturbadora que abruma nuestro sistema natural de elaborar y/o almacenar experiencias (memorias). El modelo de Terapia EMDR no es sólo para tratar traumas sino para todos aquellos trastornos que tengan como origen memorias traumáticas.

El protocolo de aplicación de la Terapia EMDR pone en funcionamiento el mecanismo mediante el cual la información referente a la experiencia traumática se reestructura o reprocessa favoreciendo la regulación emocional en el presente y facilitando el cambio a nivel de pensamiento. La aplicación del proceso incluye la estimulación bilateral alternada mediante el movimiento ocular, "tapping" o a nivel auditivo. Este procedimiento estimula los dos hemisferios cerebrales, favoreciendo la comunicación entre éstos y reprocessando las memorias. Así, todos los aspectos que habían quedado fragmentados por la situación traumática se vuelven a estructurar y se integran adecuadamente a nivel neuronal, pasando a ser parte de los recuerdos, es decir, dejan de ser perturbadoras y dejan de causarnos malestar.

Datta y Wallace (1996) utilizaron la Terapia EMDR para tratar con tres sesiones a 10 adolescentes privados de libertad por crímenes sexuales. Entre los resultados que obtuvieron se encuentran aumento en la empatía, y reducción de síntomas de estrés postraumático.

2.6.3 Terapia EMDR para los síntomas ansiosos

La ansiedad suele ser una respuesta repentina sin causa aparente de miedo o malestar intenso. Entre los síntomas está malestar en el pecho, aceleración del ritmo cardíaco, sudoración, desmayo, sofocos, sensación de hormigueo y más (DSM IV-TR. 1952).

La Asociación de EMDR España afirma que:

“La Terapia EMDR ofrece la oportunidad no sólo para reelaborar los traumas del pasado, sino también para mejorar las habilidades personales y recursos individuales, para afrontar los retos de la vida cotidiana con serenidad y seguridad, sin sentirse a la merced de los síntomas de la ansiedad. El trabajo psicoterapéutico implica la reelaboración de todas esas experiencias angustiosas relacionadas con la historia de la persona y que puede ser debido a los síntomas de ansiedad. Con EMDR no se trabaja sólo con el recuerdo de algunas experiencias que pueden haber contribuido a la aparición del trastorno de ansiedad, sino también con el recuerdo de las primeras veces que se ha experimentado la ansiedad y las peores veces, con el fin de desensibilizar y neutralizar estas reacciones. Esto facilitará a la persona el ser capaz de hacer frente de una manera más serena a las situaciones estresantes.” (Folleto – Ansiedad, ¿Cómo puede ayudar el EMDR? pp.2)

CAPITULO III: Metodología

3.1 Tipo de Investigación

Para la ejecución del presente trabajo, se realizó una investigación tipo experimental con aleatorización de los participantes a dos grupos: 1) experimental con Terapia EMDR de comienzo inmediato o 2) a lista de espera. Se realizaron evaluaciones pre-intervención y post-intervención en ambos grupos. La investigación cuantitativa posee características como medir fenómenos, utiliza estadísticas, emplea experimentación, tiene análisis de causa y efecto. Tiene un proceso secuencial, deductivo, probatorio y analiza la realidad objetiva. Por otro lado, tiene bondades como la generalización de resultados, control sobre los fenómenos, precisión, réplica y predicción.

3.2 Diseño

3.2.1 Diseño de Investigación

La investigación es de tipo experimental con aleatorización de participantes, pruebas pre y post-intervención y un grupo de lista de espera. La asignación de los grupos experimental y lista de espera mantenían secuencias ocultas. Esto quiere decir que los investigadores no sabían a qué grupo iban a ser asignados los participantes hasta después de que ellos completaron las evaluaciones pre-test. A ambos grupos se le aplicaron cuestionarios como pre-test. A los participantes aleatorizados al grupo experimental se le aplicó el Protocolo Grupal con Terapia EMDR. Luego ambos grupos fueron medidos con los cuestionarios como post-test. Los participantes aleatorizados a la lista de espera o grupo control recibieron la terapia al finalizar el estudio siguiendo lineamientos éticos de acceso equitativo a la intervención para ambos grupos.

3.2.2 Diseño de Análisis Estadístico

Para el análisis estadístico en la investigación se utilizó SPSS v21. Se establecieron las diferencias entre los grupos experimental y lista de espera al momento del pre-test a través de un análisis de *t* de student. Luego, se realizó el análisis de covarianza (ANCOVA) en donde se estableció si existían diferencias significativas en los niveles de ansiedad y síntomas post-traumáticos pre y post intervención en el grupo intervención en comparación con el grupo en lista de espera. Los puntajes pre-intervención en las variables dependientes fueron controlados e introducidos como co-variantes en la fórmula.

3.3 Participantes

La muestra para esta investigación es de 33 jóvenes privados de libertad entre los 15 y 24 años de edad reclutados del Centro de Cumplimiento de Pacora. La muestra de jóvenes fue obtenida por conveniencia.

3.3.1 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión fueron:

- 1) reportar experiencias de trauma en el cuestionario CTQ
- 2) saber leer y escribir para poder contestar los cuestionarios
- 3) ser vidente
- 4) tener entre 15 y 24 años de edad

5) estar en el centro de cumplimiento durante las 8 semanas posteriores al registro en el estudio

6) desear participar voluntariamente.

Los criterios de exclusión son:

1) padecer de retraso mental y/o deterioro cognitivo grave

2) no desear participar de la investigación.

3) presentar otro tipo de trastorno mental.

3.3.2 Descripción Sociodemográfica de la Muestra

Tabla 1

Edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
16	3	9.1	9.1
17	11	33.3	42.4
18	12	36.4	78.8
19	4	12.1	90.9
20	3	9.1	
Total	33	100	100

Fuente: Recolección de Datos Generales del presente estudio, enero 2018.

Los privados de libertad dentro del Centro de Cumplimiento de Pacora oscilan entre los 15 y 25 años de edad. Sin embargo, en la muestra aleatoria solamente encontramos participantes entre los 16 y 20 años de edad, siendo los 18 años la edad predominante.

Tabla 2*Nacionalidad*

Nacionalidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
Panameño	33	100	100

Fuente: Recolección de Datos Generales del presente estudio, enero 2018.

En el presente estudio, todos los participantes eran de nacionalidad panameña.

Tabla 3*Estado Civil*

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
Soltero	30	90.0	90.9
Unión Libre	2	6.1	97.0
Viudo	1	3.0	100.0
Total	33	100	

Fuente: Recolección de Datos Generales del presente estudio, enero 2018.

El 90% de la muestra se encontraba soltero al momento de recolectar los datos generales (enero, 2018).

Tabla 4*Hogar de Proveniencia*

Hogar de Proveniencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
Familia Original	9	27.3	27.3
Familia Adoptiva	4	12.1	39.4
Uniparental	14	42.4	81.8
Otro	6	18.2	100.0
Total	33	100	

Fuente: Recolección de Datos Generales del presente estudio, enero 2018.

La mayoría de la muestra reportó que provenía de un hogar uni-parental, ya sea donde el cuidador principal era el padre o la madre soltero/a. El 27.3% de la muestra provenía de un hogar con su familia original o biológica (ambos padres), seguido por un 18.2% de la población la cual reportó provenir de un hogar descrito como “otro”. Algunos participantes mencionaron ser criados por abuelos y/o familiares de segundo grado de consanguinidad o más.

Tabla 5*Nivel Educativo*

Nivel Educativo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
Escuela Primaria	10	30.3	30.3
Algo de Secundaria	21	63.6	93.9
Terminó Secundaria	2	6.1	100
Politécnico	0	0	
Licenciatura	0	0	
Total	33	100	

Fuente: Recolección de Datos Generales del presente estudio, enero 2018.

La mayoría de la muestra, un 63.6%, contaba con algunos niveles de secundaria. Un 30.3% de la muestra contaba con estudios de primaria y un 6.1% terminó la escuela secundaria. Cabe destacar que la Tabla 5 no especifica si los niveles educativos se completaron previamente a ingresar al centro o si fueron completados en el centro de cumplimiento.

Tabla 6*Tiempo Cumplido en Detención*

Meses en detención	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
5	1	3.0	3.0
6	1	3.0	6.1
7	1	3.0	9.1
8	2	6.1	15.2
9	3	9.1	24.2
10	6	18.2	42.4
11	1	3.0	45.5
12	5	15.2	60.6
13	2	6.1	66.7
14	1	3.0	69.7
18	2	6.1	75.8
24	3	9.1	84.8
26	1	3.0	87.9
27	1	3.0	90.9
32	1	3.0	93.9
35	1	3.0	97.0
36	1	3.0	100.0
Total	33	100	

Fuente: Recolección de Datos Generales del presente estudio, enero 2018.

Un 18% de la muestra tenía un total de 10 meses detenido al momento de la evaluación pre-test, sumando el tiempo en custodia y el tiempo en cumplimiento. El 24.2% de la muestra tenía menos de 10 meses detenido, mientras que el 57.5% de la muestra tenía más de 10 meses detenido al momento de recolectar los datos (enero, 2018).

3.4 Universo y Selección de la Muestra

La muestra de jóvenes privados de libertad que reportaron experiencias de trauma fue obtenida del estudio “Experiencias Traumáticas y Mentalización en Adolescentes Privados de Libertad” realizado por Montserrat Miranda (2017) y publicado en su tesis de Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica Santa María la Antigua. En dicho estudio se aplicó el Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ) y el Cuestionario de Funcionamiento Reflexivo a 200 jóvenes: 100 privados de libertad (en los centros de Colón, Pacora y Arcoiris) y 100 jóvenes en libertad. Se analizaron los resultados de aquellos privados de libertad en el Centro de Cumplimiento de Pacora para obtener una muestra de final de 33 participantes privados de libertad que reportaron experiencias de trauma para ser incluidos en el presente estudio.

3.5 Variables

3.5.1 Variable Independiente: Intervención Terapéutica con EMDR

Definición Conceptual: La Terapia EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por los Movimientos Oculares) es un abordaje psicoterapéutico en el tratamiento de las dificultades

emocionales causadas por experiencias difíciles en la vida del sujeto, desde fobias, ataques de pánico, muerte traumática y duelos o incidentes traumáticos en la infancia hasta accidentes y desastres naturales.

Definición Operacional: En el proceso con Terapia EMDR, el terapeuta trabajó con el paciente para identificar un problema específico que fue el foco del tratamiento. El proceso terapéutico implica ocho fases en las cuales se utilizó la estimulación bilateral. La terapeuta guió el proceso utilizando el Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR, en donde se brindó intervención grupal en grupos de 8 y 9 participantes, tomando decisiones clínicas sobre la dirección que debía seguir la intervención. La meta era que el paciente procesara la información sobre el incidente traumático, llevándolo a una "resolución adaptativa".

3.5.2 Variables Dependientes

3.5.2.1 Ansiedad

Definición Conceptual: “La preocupación excesiva y difícil de controlar en torno a una gran variedad de cuestiones – salud, problemas familiares, dinero, escuela, trabajo – da origen a malestares físicos y mentales: tensión muscular, inquietud, tendencia al cansancio y la irritabilidad, concentración deficiente y problemas de insomnio” (DSM-V, 2013).

Definición Operacional: Utilizando el Inventario de Ansiedad de Beck se calificaron 21 ítems entre 0 a 3. La suma de estos ítems dio como resultado un total de 0-21 puntos para ansiedad muy baja, 22-35 puntos para ansiedad moderada y más de 36 puntos para ansiedad severa.

3.5.2.2 Síntomas postraumáticos

Definición Conceptual: Los síntomas postraumáticos son reacciones de estrés luego de un evento perturbador o traumático. Los síntomas postraumáticos causan deterioro significativo en la vida diaria. Entre ellos podemos encontrar revivir el evento, evitar situaciones que recuerden el evento, ansiedad, estrés, tensión, nerviosismo y más.

Definición Operacional: Utilizando el PCL-5 en donde los puntajes varían de 0 a 80 y pueden ser obtenidos sumando los puntajes de las 20 preguntas. Si los síntomas disminuyeron 10 puntos o más, se pueden considerar cambios clínicamente significativos.

3.6 Instrumentos de Medición

- **Cuestionario de Trauma de la Infancia** (Davidson, Cols): El Cuestionario de Trauma de la Infancia es un inventario que cuenta con 28 ítems de auto-aplicación. El CTQ puede ser administrado de manera individual o grupal. Los 28 ítems se refieren a preguntas en una puntuación de 5 puntos en la escala de Likert siendo estas de ‘Nunca’ a ‘Muy Frecuente’. El CTQ cuenta con 5 sub-escalas (abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligencia emocional y negligencia física), cada una con 5 ítems y 3 ítems de Negación.

- **PTSD Checklist for DSM-V** (Blevins, Weathers, Davis, Witte, & Domino): Es un cuestionario de 20 preguntas que evalúa los 20 síntomas del Trastorno por Estrés Posttraumático del DSM-5. Está diseñado para su auto-aplicación y puede ser completado por los adolescentes en grupo. Entre los usos del PCL-5 se encuentran monitorear cambios de síntomas durante y después de un tratamiento, realizar un cribado de sujetos para detectar Estrés Post-traumático, y realizar un diagnóstico provisional de Estrés Post-traumático. Puntuaciones entre 5 y 10 puntos de diferencia representan un cambio en los síntomas, mientras que cambios entre 10 y 20 puntos representan cambios clínicamente significativos. En el presente estudio, la consistencia interna del instrumento fue de $\alpha = 0.93$.
- **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)**: Está basado en los cuestionarios Situational Anxiety Checklist (SAC), The Physician's Desk Reference Checklist (PDR) y The Anxiety Checklist (ACL). Es un inventario auto-aplicado, compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad. Se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad, estando sobre-representado este componente. Los elementos que lo forman están claramente relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a “en absoluto”, 1 a “levemente, no me molesta mucho”, 2 a “moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo” y la puntuación 3 a “severamente, casi no podía soportarlo”. La puntuación total es la suma de las de todos los ítems (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considerará sólo la de

mayor puntuación). Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual. En el presente estudio, la consistencia interna del instrumento fue de $\alpha = 0.90$.

- **Escala de Experiencias Disociativas (DES) (Bersntein y Putnam, 1986):** Es una escala de screening auto administrada de 28 ítems, la cual tiene como objetivo la identificación de pacientes con patología disociativa. Evalúa los distintos tipos de experiencias disociativas y la frecuencia con que se experimentan. También constituye una herramienta de investigación para la cuantificación de experiencias disociativas. Contiene 28 descripciones de experiencias que provienen de entrevistas profundas con pacientes afectados de disociación y expertos clínicos. Las escalas incluyen un amplio rango de experiencias como desajustes en la memoria, problemas de identidad, cognición y sensaciones de despersonalización, desrealización, absorción y experiencias imaginativas. La fiabilidad test-retest oscila entre 0,78-0,93 y la consistencia interna es de 0,93. Presenta una excelente validez de constructo (altas correlaciones ítem-test) y una elevada validez convergente con otras pruebas: 0,76 con la SCID-D; 0,63 con la Escala de Alteraciones Perceptuales (Sandres, 1986); 0,53 con la escala de Absorción de Tellegen (Tellegen y Atkinson, 1974); 0,80 con el Cuestionario de Experiencias de Disociación (Riley, 1988) y 0,68 con la DDIS. En el presente estudio, la consistencia interna del instrumento fue de $\alpha = 0.92$.

3.7 Descripción de la Terapia

Para dicho estudio, se agruparon aleatoriamente a 33 adolescentes en dos grupos (de 17 y 16 participantes cada grupo), siendo un grupo experimental y otro grupo de lista de espera. A ambos grupos se le realizaron las pruebas pre y post test y se compararon sus resultados para determinar si hubo cambios en los síntomas de ansiedad y síntomas de estrés post-traumático a raíz de la intervención terapéutica con el Protocolo Grupal e Integrativo EMDR. En el grupo experimental, se realizaron 10 sesiones en grupos de 9 y 8 participantes cada uno. Dichas sesiones se realizaron 2 veces a la semana (Martes y Jueves) por un periodo de 1 hora cada sesión. Se midieron los niveles de ansiedad y síntomas de estrés post-traumático pre y post intervención. A continuación, se detallan las 8 fases de la intervención terapéutica, establecidas en el Protocolo de Intervención Grupal con Terapia EMDR realizadas con los adolescentes.

Fase 1: Historia Clínica

- Se recopiló la información básica y de mayor importancia.
- La Historia Clínica fue recopilada por la investigadora principal.

Fase 2: Preparación

- Dicha fase inició con un Ejercicio de Integración. El objetivo de dicha fase es que los participantes se familiaricen con el espacio donde van a trabajar y establecer vínculos de confianza. En dicha fase se incluyeron Técnicas de Respiración.

- Se explicó el *Abrazo de la Mariposa* y se instaló un *Lugar Seguro*. El *Lugar Seguro* es un recurso en la Terapia EMDR que funciona a manera de contención. Dicho recurso fue instalado por la investigadora principal.
- En la fase 2 se normalizaron las reacciones en donde el objetivo era reconocer, validar y normalizar los signos y síntomas de estrés postraumático. Es común encontrar participantes y/o pacientes que en dicha fase verbalicen y compartan su experiencia.
- En esta fase se aplicó la escala de SUDS (escala subjetiva de unidades de estrés) del 0 a 10, donde 0 es ninguna perturbación o neutral y 10 es la máxima perturbación que se pueda sentir.
- Para finalizar esta fase se preparó la hoja de papel que se utilizó con los datos de cada paciente y se dividió en cuatro partes iguales.

Fase 3: Evaluación

- En dicha fase los participantes dibujaron en el primer cuadrante lo que ha surgido tras recordar el evento traumático.

Fase 4: Desensibilización

- En esta fase los participantes realizaron estimulación bilateral con el *Abrazo de la Mariposa* y dibujaron en cada cuadrante lo que ha surgido, seguido por el SUDS.
- Al finalizar los cuatro cuadrantes se buscó el dibujo con el SUDS más alto, y se dibujó al reverso de la hoja cómo se siente ahora respecto a ese dibujo y el nuevo SUD.

Fase 5: Visión a Futuro

- Se buscó identificar creencias adaptativas o creencias des-adaptativas. En esta fase si el participante tenía una creencia adaptativa, el *Abrazo de la Mariposa* ayudó a reforzarla. Si el participante tuvo una creencia des-adaptativa, el *Abrazo de la Mariposa* ayudó a reprocesarla a un estado adaptativo.

Fase 6: Chequeo Corporal

- Cada paciente chequeó si tenía alguna sensación agradable o desagradable en su cuerpo, en dónde la sentía, para luego realizar el *Abrazo de la Mariposa*.

Fase 7: Cierre

- Los participantes utilizaron el Lugar Seguro como forma de contención. También practicaron Técnicas de Respiración.

Fase 8: Re-evaluación y Seguimiento:

- Se continuó trabajando con Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR ya fuera con los mismos blancos o diferentes.

3.8 Reflexiones por Sesión

A continuación, se encuentran las sesiones de evaluación pre y post- test para ambos grupos (experimental y de lista de espera). De igual forma se encuentran datos cualitativos y cuantitativos

de las sesiones de intervención terapéutica del grupo experimental en el Centro de Custodia de Pacora por parte de la Lic. Isabel Lucía Chen. Protocolo EMDR utilizado: Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR por Lucina Artigas en 1998.

Las sesiones fueron guiadas por la Lic. Isabel Lucía Chen.

3.8.1 Sesiones de Pre-test para el grupo experimental y de lista de espera. Firma de los consentimientos informados:

Fecha: 23 y 25 de enero de 2018

Ubicación: Salón de Cómputo de Centro de Custodia de Pacora

Horario: 1:00 – 3:00 pm

Los 33 participantes fueron aleatorizados y asignados en 4 sub-grupos (2 sub-grupos para el grupo experimental y 2 sub-grupos para el grupo de lista de espera). Todos los participantes fueron evaluados con la Escala de Experiencias Disociativas, el Inventario de Ansiedad de Beck, y el PCL-5. De igual forma firmaron el consentimiento y se les informó de manera verbal sobre el estudio.

Se aclararon preguntas en el grupo y procuramos que cada participante completara las pruebas sin dejar espacios en blanco. Al completar las pruebas, algunos participantes tenían preguntas debido al lenguaje utilizado en las pruebas y aclaramos las dudas.

3.8.2 Sesión terapéutica N. 1:

Fecha: 30 de enero de 2018

Ubicación: Biblioteca de Centro de Custodia de Pacora

Participantes: Grupo 1: con 8 participantes –Lic. Isabel Chen

Grupo 2: con 9 participantes - Lic. Isabel Chen

Horario estipulado: Grupo 1: de 1:00 a 2:00 pm

Grupo 2: de 2:00 a 3:00 pm

Las intervenciones se retrasaron en un aproximado de 30 minutos cada una debido a que los privados de libertad llegaron tarde. La sesión fue dirigida por la Lic. Isabel L. Chen.

En este caso los participantes ya estaban familiarizados con el espacio. Cada participante contaba con una silla y compartíamos dos mesas rectangulares. Se explicó un poco más sobre el estudio, recordando el principio de confidencialidad. Para iniciar la sesión de EMDR, explicamos la existencia de la red de memorias adaptativas y se invitó a los participantes a que compartieran algunas memorias adaptativas. Algunos participantes se mostraron reacios a participar mientras otros compartieron experiencias pasadas como ‘visitas en el centro’, y recuerdos de la infancia. Partiendo de la premisa que todos tenemos memorias adaptativas y des-adaptativas, se abrió el compás para pensar en aquellas memorias adaptativas sin mencionarlas.

Introdujimos EMDR con la historia de Francine Shapiro y cómo inició la Terapia EMDR. Se abrió el compás para preguntas y al terminar se demostró el *Abrazo de la Mariposa* y se invitó a

los participantes a intentarlo. Algunos participantes preguntaron la relación entre los movimientos oculares y el *Abrazo de la Mariposa* y se explicó el hecho de la estimulación bilateral. Tras algunas respiraciones profundas, invitamos a los participantes a pensar en un lugar donde se sintieran seguros y observaran las sensaciones corporales.

Entregamos hojas blancas y crayolas para todos los participantes. Los mismos dibujaron por alrededor de 10 minutos su ‘lugar seguro’. Recordamos el hecho de que cada dibujo es personal y no debían preocuparse por ‘dibujar bien o mal’. Algunos participantes se mostraron más dispuestos a participar que otros. Luego de aproximadamente cinco minutos, todos los participantes se encontraban dibujando su lugar seguro. Tras haber finalizado, los participantes realizaron el *Abrazo de la Mariposa* mientras observaban su dibujo. Para aquellos participantes que terminaron ‘rápidamente’ se les invitó a realizar el *Abrazo de la Mariposa* nuevamente. El *Abrazo de la Mariposa* también tiene la función de instalar afectos, pensamientos y sensaciones físicas positivas, en este caso aquellas relacionadas al ‘lugar seguro’.

Entre los dibujos pudimos observar que algunos ‘lugares seguros’ eran pequeñas casas ubicadas en las montañas o en la playa mientras que otros eran casas ‘muy encerradas’ en donde los participantes incluían cercas de ciclón y alambres de púas. Algunos participantes mencionaron sentirse ‘relajados’ tras el ejercicio. Otros sonrieron y un sujeto mencionó que sentía “estar en su lugar seguro”.

Para normalizar las reacciones aclaramos que todos tenemos memorias adaptativas y desadaptativas, algunas que nos hacen felices o algunas que nos causan molestia, pesadillas y/o

sentimientos negativos. De esta manera reconocimos, validamos y normalizamos signos y síntomas de estrés postraumático.

Se les invitó a los participantes a guardar su dibujo del ‘lugar seguro’ y utilizarlo cuando lo sintieran necesario. Algunos participantes comentaron que los guardarían y/o pegarían en sus paredes e incluso un participante preguntó si podía practicar el *Abrazo de la Mariposa* cuando lo sintiera necesario, a lo que asentimos.

Para finalizar la sesión preguntamos cómo se sentían y si tenían preguntas. Notamos calma en los participantes y mucha más disposición que al inicio de la sesión.

Es importante aclarar que en esta primera sesión utilizamos un lenguaje sencillo y evitamos utilizar el término *Abrazo de la Mariposa* para evitar malentendidos o burlas tomando en cuenta la población. Partimos de la premisa que, a mayor entendimiento, mayor participación e interés de los participantes.

*Nota: Al finalizar todas las sesiones se les repartió una pequeña merienda a todos los participantes.

3.8.3 Sesión terapéutica No. 2

Fecha: 1 de febrero de 2018

Ubicación: Salón de Informática de Centro de Custodia de Pacora

Participantes: Grupo 1: con 8 participantes – Lic. Isabel Chen

Grupo 2: con 8 participantes - Lic. Isabel Chen

Horario estipulado: Grupo 1: de 1:00 a 2:00 pm

Grupo 2: de 2:00 a 3:00 pm

La sesión se inició con un retraso de alrededor de 20 minutos debido a que los privados de libertad llegaron tarde. En la sesión del grupo dos solo participaron 8 /9 integrantes del grupo debido a que el noveno mencionó que se sentía ‘mal de salud’ y no iba a participar.

Debido a los altos niveles de disociación en las sub-escalas del DES instalamos dos recursos en la sesión No. 2. Iniciamos la sesión dialogando sobre cómo se sentían y si alguno había utilizado el ‘lugar seguro’ instalado en la sesión anterior. Algunos comentaron que lo tienen pegado en la pared, en un cajón, debajo de su colchón o que los perdieron. Se les recordó que pueden hacer uso del mismo cuando lo sintieran necesario.

El primer recurso instalado en este caso fue el de ‘Lugar Seguro Interno’. Para algunos participantes era difícil concentrarse por lo que le pedimos a todos que cerraran sus ojos y trataran de imaginarse los escenarios en su beneficio. Para la instalación de este recurso se utilizó un guión adaptado a la población.

“Imagínense un lugar que puede ser en la tierra, pero no tiene que serlo. También puede ser fuera de la tierra...dejen que lleguen a su mente pensamientos, ideas o imágenes de un lugar donde se sientan completamente seguros. Elijan las fronteras que quieran

darle a ese lugar y sólo ustedes elijen quién debe o puede estar allí. Estas personas que los acompañan los ayudan a sentirse seguros...pero si prefieres estar allí solo, también está bien. Con tus sentidos, revisa y nota si te sientes bien allí. Primero, revisa si lo que ves con tus ojos es realmente agradable a la vista. Si hay algo que no te gusta, cámbialo. Ahora revisa si las cosas que puedes escuchar son agradables al oído. Si no, cambia las cosas para que todo lo que puedas escuchar sea agradable. ¿Es agradable la temperatura? Si no, puedes cambiarla ahora. ¿Puedes moverte? Si falta algo, cambia lo que necesites hasta que todo esté perfecto para ti. ¿Son agradables los olores que puedes oler? También puedes cambiarlos, hasta que te sientas realmente cómodo. Elijan una palabra que represente o signifique todo esto que acaban de imaginar, su lugar seguro.”

Algunas de las palabras que representaban estos ‘lugares seguros’ eran familia, hermano, y calle. Para concretizar el evento le pedimos a cada participante que dibujara algo que representara este ‘lugar seguro’. En el grupo No.1 notamos que ninguno dibujó casas o lugares encerrados a comparación de la instalación del primer lugar en la sesión No.1. En este caso todos (los 8) se notaban más en confianza, tranquilos, e hicieron dibujos con áreas abiertas y muchos colores. En el grupo No. 2, dos participantes dibujaron lugares encerrados: uno dibujó el Centro de Cumplimiento y otro dibujó su celda. Cabe resaltar que se observaron participantes con resistencias y con dificultad para concentrarse en un ‘lugar seguro’ o utilizar la imaginería.

Invitamos a los todos participantes a compartir qué ‘notaban’. A algunos se les dificultó. Sin embargo, tomando en cuenta las resistencias y que son un grupo vulnerable, no ahondamos mucho en aquellos que no deseaban participar.

Luego instalamos el recurso “Miedo al Miedo” o también conocido como la ‘Vasija’. En este caso le pedimos a los participantes que “Imaginen un recipiente o envase donde puedan meter todas sus memorias traumáticas, perturbadoras o las que les molesten.” Seguido de esto los participantes dibujaron su ‘envase o recipiente’. En este caso se les pidió a los participantes que la dibujaran para concretar y que aquellos que tenían dificultad con los pensamientos abstractos y la imaginación pudieran aterrizar sus pensamientos. Luego los invitamos a que: “Al pensar o ver su recipiente, ¿qué notan, qué ven, qué oyen, qué sienten en este momento?” Para algunos el término ‘notar’ era un poco abstracto por lo que les preguntábamos qué sentían o qué ‘se les venía a la mente’. Algunos participantes mencionaron molestias como rabia o tristeza por saber todo lo que hay adentro. Un participante mencionó un ‘vacío’ ya que todo lo negativo estaba adentro del recipiente. Otros mencionaron sentirse ‘tranquilos’ y/o ‘relajados’.

Le pedimos a los participantes que recordaran algún momento que les causara malestar y depositaran este momento, esta memoria, dentro de su recipiente. Para algunos participantes fue un recurso positivo en el cual pudieron depositar sus memorias mientras que otros mencionaron sentirse un poco molestos ya que recordaron algún incidente perturbador. Aquellos que tenían dificultad en depositar estas memorias se les invitó a depositar nuevamente esas memorias. Tras un par de respiraciones se le preguntó al grupo cómo se sentían en el momento y qué opinaban acerca de los recursos adquiridos.

Obtuvimos respuestas positivas. Los incentivamos a utilizar los recursos ya que en ocasiones necesitamos de dichos recursos para poder ‘relajarnos’, ‘calmarnos’ y/o ‘tranquilizarnos’. Es

pertinente un lenguaje fácil de entender para esta población. Le pedimos a los participantes que compartieran una memoria adaptativa, aquella que cuando uno recuerda se siente feliz, contento y/o bien. En esta ocasión todos los participantes compartieron una memoria. Los invitamos a ser lo más detallistas posibles para asegurar que se concentraran en el recuerdo.

La sesión para el grupo No.1 tuvo un cierre no muy marcado por lo que para el grupo No.2 se corrigió el encuadre. En el grupo No.2 mencionamos que aquellas memorias que nos perturban son las que vamos a trabajar poco a poco y que realizaríamos esta práctica en la sesión No.3. Se les invitó a los participantes a una merienda, tras haber terminado la sesión.

En el grupo No.2 un participante mencionó sentirse con rabia y molesto por lo que había recordado. Nos quedamos alrededor de 10 minutos más a solas con este participante luego de haber terminado la sesión. Utilizamos el *Abrazo de la Mariposa* para pasar la ‘película’ de la memoria perturbadora junto con respiraciones. El participante lo realizó 4 veces. El participante mencionaba sentir mejoras tras cada reprocesamiento. Luego de haberlo realizado 4 veces, se terminó de estabilizar al participante pidiéndole que buscara tres objetos en el salón y que mencionara por qué le gustaban. Dicho ejercicio funciona para ‘aterrizar’ al paciente y traerlo al presente. Tras estos ejercicios el participante se mostró con mejor ánimo y estable.

3.8.4 Sesión terapéutica No. 3

Fecha: 6 de febrero de 2018

Ubicación: Salón de Informática de Centro de Custodia de Pacora

Participantes: Grupo 1: con 7/8 participantes –Lic. Isabel Chen

Grupo 2: con 7/9 participantes - Lic. Isabel Chen

Horario estipulado: Grupo 1: de 1:00 a 2:00 pm

Grupo 2: de 2:00 a 3:00 pm

La sesión se inició con un retraso de alrededor de 45 minutos debido a que los privados de libertad llegaron tarde. En el grupo No.1 faltó un participante que tomó la decisión de no participar. En el grupo No. 2 faltaron dos participantes que se encontraban en la fase de ‘Máxima Seguridad’ debido a que los habían encontrado con celulares lo cual es prohibido dentro del centro.

En el grupo No. 1 iniciamos la sesión preguntando si tuvieron incidentes diferentes el fin de semana o el día lunes que quisieran compartir. Los privados de libertad nos mencionaron que los fines de semana son aburridos y tranquilos ya que sólo se quedan en sus celdas viendo televisión. Iniciamos con la Fase 2 de “Preparación” en donde le presentamos a los jóvenes una escala del 0 al 10 en donde 10 es la máxima perturbación. Luego de algunos ejemplos de cómo utilizar la escala junto con los jóvenes pasamos a repartir hojas blancas, crayolas y cada participante escribió la fecha y su nombre o iniciales en la parte de atrás. Dimos instrucciones de voltear la hoja de papel y dividir la página en cuatro cuadrantes mientras les modelamos el ejercicio. Escribimos las letras A, B, C y D en la esquina superior izquierda de cada cuadrante y les enseñamos el modelo para que fuera más fácil.

Debido a que todos trabajaron diferentes memorias, y esta era la primera sesión de reprocesamiento, les pedimos que eligieran algo que tuviera un nivel de perturbación entre 0 y 5,

siempre teniendo muy presente los niveles de disociación dentro de la población. Siguiendo el protocolo en la Fase 3 de “Evaluación”, dimos las instrucciones de: “Cierren los ojos y observen qué es lo que ahora les provoca más perturbación, molestia, incomodidad, estrés (siendo éstos los sinónimos de perturbación para la población). Lleven eso que surgió de su cabeza a su cuello, a su brazo, a su mano, a sus dedos y dibújenlo en el cuadrante A.”

Luego de cinco minutos que todos terminaron, mostramos la escala del 0 al 10 en donde se les invitó a elegir un número que correspondiera a su emoción y escribieran este número en la esquina inferior del cuadro A. Esta parte también se le señaló en la página de ejemplo.

Invitamos a los participantes a realizar el *Abrazo de la Mariposa* mientras observaban su dibujo. Al terminar les pedimos que observaran cómo se sentían y lo dibujaran en el cuadro B. Cabe resaltar que tenemos una población con diferentes grados de escolaridad y muchos eran concretos en sus dibujos. A muchos se les dificultó la instrucción de “observen cómo se sienten” por lo que tratamos de guiarlos en el proceso. En algunos dibujos observamos que escribieron “relajado” o dibujaban caras felices, lo cual no es muy común en este tipo de terapia.

Invitamos a los participantes a escribir en la esquina inferior de ese mismo cuadrante (B) un número de perturbación del 0 – 10 y continuamos. En el grupo No. 1, muchos participantes tenían SUDS de 10 aún en el cuadrante D y dibujos bastante perturbadores (a criterio personal) como homicidios, incendios y demás por lo que se tomó la decisión de repartir más páginas y hacer 4 cuadrantes más. De los participantes, solo uno realizó 6 cuadrantes ya que “sentía que había

terminado” y los demás si realizaron sus 8 cuadrantes. Los SUDS lograron bajar y los participantes se veían mucho más relajados.

De manera subjetiva la Dra. Mejía mencionó que este primer grupo trabajó más a profundidad que el segundo grupo. Luego de esto los participantes observaron sus 8 dibujos y buscaron aquél que les perturbara más y escribieron en el reverso de una hoja el SUDS para este mismo dibujo. Con el grupo No. 1 llegamos hasta la Fase 5 de “Visión a Futuro” en donde la consigna era “Dibujen cómo se ven a sí mismos en el futuro.” Para muchos participantes esto fue ambiguo ya que mencionaron que no pueden ver el futuro. Los invitamos a dibujar todo aquello que querían tener, ser y/o estar en el futuro. Luego de ésto los participantes realizaron una vez más el *Abrazo de la Mariposa*.

Con el grupo No. 2 solamente hicimos cuatro cuadrantes como lo estructurado en el Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR por Lucina Artigas. Con este grupo logramos llegar hasta la Fase 6 de “Chequeo Corporal” y a la Fase 7 de “Cierre”. En la Visión a Futuro y el Chequeo Corporal puede que igual los participantes tengan alguna sensación desagradable por lo que Artigas postula que si existen creencias adaptativas, el *Abrazo de la Mariposa* ayuda a reforzar la misma y si se tiene una creencia des-adaptativa, el *Abrazo de la Mariposa* ayuda a reprocesar a un estado adaptativo. El grupo No. 2 se mostró sereno y pudimos observar que sus dibujos y niveles de SUDS eran mucho menores que los del grupo No. 1. Una de las razones de esto puede ser que la indicación primera fue trabajar aquello que tuviera un SUDS de 0 a 5 y esas fueron las memorias que trabajaron el grupo No. 2.

Del grupo No. 1 nos quedamos 5 minutos más con un participante ya que compartió que se sentía ‘molesto’ y estaba un poco descompensado. Luego de unos ejercicios de Estimulación Bilateral y ejercicios de respiración el participante se sintió cómodo para regresar a su celda.

3.8.5 Sesión terapéutica No. 4

Fecha: 8 de febrero de 2018

Ubicación: Salón de Informática de Centro de Custodia de Pacora

Participantes: Grupo 1: con 8/8 participantes –Lic. Isabel Chen

Grupo 2: con 9/9 participantes - Lic. Isabel Chen

Horario estipulado: Grupo 1: de 1:00 a 2:00 pm

Grupo 2: de 2:00 a 3:00 pm

El grupo No. 1 inició su sesión con un retraso de 50 minutos debido a que los chicos no se encontraban listos. Sin embargo, la sesión duró los 60 minutos completos. El grupo No. 2 inicio con un retraso y sólo realizamos 45 minutos de sesión debido que a las 4:00 pm es mandatorio salir del centro.

En esta sesión se aclaró la razón de las terapias y cómo escogimos a los participantes nuevamente ya que estaban un poco confundidos sobre por qué y para qué el proceso terapéutico.

Para la sesión No.4 iniciamos preguntándole a los participantes cómo se encontraban. La mayoría reportó estar tranquilos y se observaban cómodos. Realizamos el ejercicio del ‘Espiral’

de respiración. Iniciamos explicando lo que es un espiral y cómo se mueven ya que muchos desconocían el término. El ejercicio se basa en recordar un evento perturbador leve, imaginar que el sentimiento es energía y visualizar en qué sentido o hacia qué dirección se mueve en espiral. Luego, los participantes deben mover con la mente el espiral hacia el lado contrario.

Algunos participantes mencionaron que sentían que “se les fue” lo que les perturbaba, se sentían más cómodos y/o relajados o se sentían “bien”. Otros participantes mencionaron que nada había pasado o que estaban igual en cuanto a la perturbación del recuerdo. Invitamos a utilizar el recurso del espiral cuando lo requirieran para aquellos que les funcionó. Puede ocurrir que el ejercicio no les funcionó a todos porque no realizaron el ejercicio a conciencia o inclusive puede ser por su tipo de pensamiento concreto.

Luego de esto realizamos ejercicios de respiración diafragmática. En el grupo No. 1 reprocesamos un evento con una perturbación entre 0 y 7. En este momento decidimos realizar los reprocesamientos de manera escalonada debido a los altos índices de disociación. Se debe trabajar con cautela y preparar a los participantes con altos índices de disociación debido a que se trata de una intervención grupal en donde se debe cuidar la integridad emocional de todos los participantes. Episodios disociativos indican descompensación emocional, lo cual puede ser, no solo perturbador para el participante si no también para los demás miembros del grupo que lo observen. Al trabajar eventos traumáticos complejos, sin tener los recursos psíquicos suficientes pueden llevar a un episodio disociativo por la alta intensidad de perturbación que dichos eventos puedan representar. Recordemos que la disociación es un mecanismo de defensa, buscando la adaptabilidad y salvaguardar la integridad emocional, la cual está claramente en riesgo al traer a la conciencia

eventos traumáticos. A los participantes de este grupo se les permitió realizar 8 dibujos de reprocesamiento. Sin embargo, un participante realizó cuatro y mencionó sentirse muy bien luego de esos cuatro dibujos. Otro participante realizó seis dibujos y mencionó haber terminado en el sexto y seis participantes si completaron sus ocho dibujos. Decidimos realizar ocho dibujos debido a que luego de cuatro, todavía habían tres participantes con SUDS arriba de 5. En el grupo No. 1, la terapeuta se quedó conversando al final de la sesión con un participante que tenía SUDS altos. El participante decidió contarle su experiencia traumática. Luego de esto se sintió más tranquilo y preguntó si consideraba necesario trabajar esta memoria, a lo que la terapeuta asintió. Realizaron ejercicios de respiración diafragmática y luego el participante se retiró.

Con el grupo No. 2 se realizaron seis dibujos de reprocesamiento debido a que tenían niveles altos de SUDS. Sin embargo, las terapeutas estaban cortas de tiempo. El grupo No. 2 se notaba un poco preocupado por el horario ya que a las 4:00 tenían actividades recreativas de las que querían participar. Con ambos grupos se logró realizar la Visión a Futuro y regresar a los ‘Lugares Seguros’ mientras se realizaba el *Abrazo de la Mariposa*. Se procuró que todos los participantes se fueran compensados y se invitó a quedarse 5 minutos a aquellos que quisieran hablar en privado. Ninguno del grupo No. 2 lo requirió.

3.8.6 Sesión terapéutica No. 5

Fecha: 15 de febrero de 2018

Ubicación: Salón de Informática de Centro de Custodia de Pacora

Participantes: Grupo 1: con 7/8 participantes –Lic. Isabel Chen

Grupo 2: con 8/9 participantes - Lic. Isabel Chen

Horario estipulado: Grupo 1: de 1:00 a 2:00 pm

Grupo 2: de 2:00 a 3:00 pm

Tuvimos una semana de descanso entre la sesión 4 y 5 debido a los días nacionales por carnavales. Las sesiones iniciaron con un retraso aproximado de 40 minutos debido a que los custodios demoran en reunir a todos los privados de libertad para iniciar.

Iniciamos la sesión preguntando cómo estaban y si tenían preguntas sobre el proceso. En el grupo No. 1 surgieron las inquietudes sobre “¿Quién nos mandó a realizar el proceso terapéutico?” y “¿Para qué tantos dibujos?” En el segundo grupo preguntaron si esto que hacíamos era ‘Psicología’ y para qué los dibujos.

Luego de contestar las preguntas y tener el asentimiento de todos los participantes preguntamos si alguno había tenido sueños o si habían recordado algo relacionado a los eventos que habían trabajado. Tres participantes de cada grupo mencionaron haber tenido sueños relacionados con los eventos trabajados, lo cual indica que los eventos siguieron reprocesándose debido a la activación del Sistema de Procesamiento a Estados Adaptativos (SPIA por sus siglas en inglés).

Conversamos sobre ganancias secundarias y la importancia de reconocer y evitar éstas. Ambos grupos se mostraron interesados en el tema y mencionaron que si llegaran a dejar de sentir la perturbación se sentirían en ‘paz’. Ejemplificamos las ‘ganancias secundarias’ en diversos casos

ya que puede llegar a ser un elemento muy abstracto. Recordemos que estamos trabajando con una población donde la mayoría tiene bajos niveles de escolaridad.

Luego seguimos el protocolo Grupal e Integrativo. Uno de los participantes mencionó que quería trabajar otro evento ya que sentía que el evento anterior no le perturbaba. Debemos recordar que al trabajar en un blanco o 'evento' es posible que otros blancos o 'eventos' bajen de SUDS debido a las memorias conectadas. Para algunos participantes los SUDS eran ecológicos y no 0 debido al lugar en donde se encuentran. Aquellos que han sido víctimas, sus agresores pueden aún estar libres y/o son personas cercanas a la familia. Luego de terminar los dibujos (algunos participantes realizaron cuatro, seis y otros ocho dibujos) realizamos el Patrón a Futuro, Chequeo Corporal y estabilizamos con el Lugar Seguro.

Luego de cada sesión y escuchar verbalmente que cada participante estaba 'bien' o compensado, abrimos el compás para aquellos que quisieran acercarse a dialogar en privado. En este caso, todos los participantes se retiraron juntos al terminar las sesiones.

3.8.7 Supervisión

Fecha: 16 de febrero de 2018

Se realizó una supervisión del proceso terapéutico con una Terapeuta Certificada en EMDR en el cual se aclararon dudas sobre el proceso. Debemos tomar en cuenta los múltiples factores que pueden estar afectando a la población, siendo uno de ellos la terapia de manera grupal. En

ocasiones puede que se les dificulte a los participantes trabajar frente a un grupo en vez de realizarlo de manera individual. La población cuenta con diferentes niveles de trauma y en diferentes áreas según el CTQ y el PCL-5, por lo que al trabajar una vasta diversidad de trauma hay que tomar en cuenta que todos pueden llevar procesos diferentes. Tras analizar las intervenciones realizadas y las medidas éticas tomadas, no surgieron alertas y/o preocupaciones sobre la investigación.

3.8.8 Sesión terapéutica No. 6

Fecha: 20 de febrero de 2018

Ubicación: Salón de Informática de Centro de Custodia de Pacora

Participantes: Grupo 1: con 5/8 participantes - Lic. Isabel Chen

Grupo 2: con 7/9 participantes - Lic. Isabel Chen

Horario estipulado: Grupo 1: de 1:00 a 2:00 pm

Grupo 2: de 2:00 a 3:00 pm

Las sesiones iniciaron con un retraso de 20 minutos debido a que los participantes llegaron tarde. Tres de los participantes del grupo No. 1 se retrasaron debido a que no podían abrir las celdas en donde estaban por problemas con las llaves. Un participante se encontraba en la clínica por lo que no pudo asistir.

En esta sesión trabajamos memorias perturbadoras y llegamos hasta Chequeo Corporal y regresar al Lugar Seguro. Compartimos que esta sería la última sesión en donde se trabajarían

memorias del pasado ya que el Protocolo permite trabajar miedos o preocupaciones a futuro, las cuales consideramos claves para un mejor proceso de resocialización tomando en cuenta a la población.

El grupo No. 1 mencionó sentirse cómodo y tranquilo, puede ser por el hecho de ser un grupo más pequeño. Nos aseguramos que todos llegaron a un SUDS de 0 o ecológico. Observamos que los participantes trabajaron a profundidad y mostraron sentirse satisfechos de su proceso. Dos participantes quisieron compartir sus experiencias y cómo había sido su proceso con estas memorias. También mencionaron sentirse ‘tranquilos’ y bien. Se mostraron contentos sobre sus propios avances. Luego de observar al grupo trabajar, podemos considerar que grupos pequeños para esta población pueden ser más factibles ya que los participantes mostraron sentirse cómodos.

El grupo No. 2 igual fue más pequeño en tamaño por visitas familiares de algunos de los participantes. El grupo No. 2 se mostró abierto a trabajar memorias perturbadoras, visiblemente más que en otras sesiones. En este caso todos los participantes realizaron 8 dibujos en donde luego aseguramos que todos tuvieran SUDS de 0 o ecológicos.

3.8.9 Sesión terapéutica N. 7:

Fecha: 22 de febrero de 2018

Ubicación: Salón de Informática de Centro de Custodia de Pacora

Participantes: Grupo 1: con 6/8 participantes - Lic. Isabel Chen

Grupo 2: con 8/9 participantes - Lic. Isabel Chen

Horario estipulado: Grupo 1: de 1:00 a 2:00 pm

Grupo 2: de 2:00 a 3:00 pm

Los grupos iniciaron con un retraso de 30 minutos debido a que los participantes llegaron tarde. Iniciamos la sesión preguntando cómo se encontraban los participantes. Seguidamente algunos participantes compartieron que habían tenido sueños y/o recuerdos de las memorias que habían trabajado. En ambos grupos faltaron participantes debido a las visitas familiares.

En esta sesión pretendíamos trabajar un Patrón a Futuro. Sin embargo, antes de iniciar la fase tres preguntamos si alguno quería trabajar una memoria perturbadora o deseaban trabajar un patrón a futuro. Un participante quiso trabajar una memoria perturbadora, la cual a pesar de haber llegado a un SUDS ecológico deseaba trabajarla nuevamente. Cinco de los participantes del grupo No. 1 trabajaron un Patrón a Futuro.

Los participantes del grupo No.1 mencionaron que uno de sus mayores ‘miedos’ es el ‘que lo maten’ una vez salgan, siendo este tema uno de los principales entre los trabajados por los participantes. Luego de haber trabajado el Patrón a Futuro muchos participantes compartieron que se sentían diferentes al trabajar memorias y temas del futuro ya que eran emociones diferentes y no sentían “dolor, si no esperanza, más allá de la preocupación e incertidumbre que el futuro podía traer.”

En grupo No. 1, el participante que decidió trabajar su memoria traumática pidió 5 minutos para conversar después de la sesión. El participante quería conversar sobre su memoria. Luego de

conversar y realizar ejercicios de respiración, el participante se mostró tranquilo y listo para regresar a su celda.

En el grupo No. 2 todos se mostraron muy abiertos a trabajar temas del futuro. En este grupo nadie mostró perturbación y/o ansiedad por la muerte. Sin embargo, se mostraron muy esperanzados en el futuro. Entre los participantes mencionaron que, luego del ejercicio, sentían que podían identificar lo que en realidad querían para su futuro y que el ejercicio los ayudaba a ‘cambiar’. Luego de finalizar la fase 3, realizamos las fases 4, 5 y 6 y 7.

3.8.10 Sesión terapéutica N. 8:

Fecha: 27 de febrero de 2018

Ubicación: Salón de Arte

Participantes: Grupo 1: con 6/8 participantes –Lic. Isabel Chen

Grupo 2: con 8/9 participantes –Lic. Isabel Chen

Horario estipulado: Grupo 1: de 1:00 a 2:00 pm

Grupo 2: de 2:00 a 3:00 pm

En dicha sesión ambos grupos trabajaron preocupaciones a futuro, siendo (para la mayoría) la segunda vez que trabajaban el ‘futuro’. Trabajar el Patrón a Futuro es parte esencial de la Terapia EMDR, ya que la misma trabaja en las tres esferas – pasado, presente y futuro. El trabajar el futuro puede reducir niveles de ansiedad. El futuro que trabajaron los participantes, fue en su mayoría el proceso de reinserción a la sociedad, ya fuera a trabajos, a mantener económicamente a su familia

y/o estudiar. Por primera vez uno de los participantes del grupo No.1 pudo cerrar los ojos. Dicho participante auto-reportó niveles altos de disociación en el DES, lo cual le impedía cerrar los ojos en sesiones anteriores. Cabe recalcar que dicho participante trabajó un mismo evento traumático en 7 sesiones.

3.8.11 Sesión post – test:

Fecha: 1 de marzo de 2018

Ubicación: Salón de Computo – Centro de Custodia de Pacora

Participantes: Grupo Experimental : con 17/17 participantes –Lic. Isabel Chen

Grupo de Lista de Espera : con 15/16 participantes - Lic. Isabel Chen

Horario estipulado: Grupo Experimental: de 1:00 a 2:00 pm

Grupo Control: de 2:00 a 3:00 pm

En dicha sesión se nos informó que un participante del grupo de lista de espera fue puesto en libertad por lo que no se pudo recopilar su post-test. Todos los participantes completaron el BAI y el PCL-5 a manera de post-test. Luego se repartió un pequeño brindis y un kit de limpieza para agradecer su participación.

3.9 Procedimiento

La investigación constó de seis fases. En donde la fase 1 fue de organización y se revisaron las

investigaciones anteriores, la teoría, se delimitó el problema, se estudiaron los antecedentes, y se revisaron materiales y recursos. En la fase dos se estructuró el marco muestral y se seleccionó la muestra, buscando que se cumplieran los criterios de inclusión antes mencionados. En la fase 3 se realizó toda la aplicación de pruebas e intervención, desde el pre-test hasta el post-test, y la intervención la cual constó de ocho sesiones de intervención grupales. Luego se procesaron los datos. En la fase 5 se analizaron e interpretaron los resultados mediante los procesos estadísticos, y finalmente en la fase 6 se entregó el informe final.

3.10 Consideraciones Éticas

Para participar de la siguiente investigación, todo participante firmó un formulario de consentimiento. Dicho formulario establecía explícitamente que toda la información personal era totalmente confidencial. Cada cuestionario fue identificado con un número que representaba a los participantes y sólo el investigador conocía el número de cada participante. El grupo de lista de espera recibió la intervención después de haber finalizado la investigación para asegurarnos de un acceso equitativo al servicio en ambos grupos.

CAPITULO IV: Resultados y Análisis

4.1 Análisis preliminares

Tabla 7

Comparación sociodemográfica de grupos

Variable	Grupo	Cantidad	Media
Edad	Experimental	17	17.7
	Lista de espera	16	17.9
Meses detenidos	Experimental	17	14.4
	Lista de espera	16	15.7

Fuente: Recolección de Datos Generales del presente estudio, enero 2018. Análisis estadístico mediante la *t* de student en mayo 2018.

Utilizando la formula de *t* de student se analizaron diferencias entre las medias de factores sociodemográficos como la edad y la cantidad de meses detenidos. Podemos observar que los grupos se encontraban equiparables en términos de edad [$t(31) = -.443, p = .613$] y meses detenidos [$t(31) = -.424, p = .615$]. Cabe destacar que todos los participantes son panameños y de sexo masculino.

4.1.1 Diferencias entre los Grupos en la Pre-Intervención

Tabla 8

Test de Ansiedad de Beck, Pre-test

Grupo	Cantidad	Media	Desviación Estándar
Experimental	17	17.35	12.11
Lista de espera	16	12.50	11.12

Fuente: Recolección de Datos Generales del presente estudio, enero 2018. Análisis estadístico mediante la *t* de student en mayo 2018.

Utilizando la formula de *t* de student se analizaron diferencias entre las medias de los resultados del Test de Ansiedad de Beck. Podemos observar que los grupos se encontraban equiparables en niveles de ansiedad a la pre-intervención [$t(31) = 1.19, p = 0.544$].

Tabla 9*PCL-5, Pre-test*

Grupo	Cantidad	Media	Desviación Estándar
Experimental	17	33.82	19.80
Lista de espera	16	34.75	17.94

Fuente: Resultados de PCL-5. Análisis estadístico mediante la *t* de student en febrero 2018.

No se encontraron diferencias significativas en los resultados del PCL-5, durante el pre-test entre los grupos experimental y el grupo en lista de espera [$t(31) = -.141$ $p = .871$].

4.2 Resultados Post-intervención

Tabla 10*Test de Ansiedad de Beck, Post-test*

Grupo	Cantidad	Media	Desviación Estándar
Experimental	17	12.06	8.14
Lista de espera	15	16.73	8.75

Fuente: Resultados de Test de Ansiedad de Beck. Análisis estadístico mediante la *t* de student en febrero 2018.

Ambos grupos cuentan con una media menor a 22 puntos, lo que representa ansiedad baja dentro del corte clínico del Test de Ansiedad de Beck.

Tabla 11*PCL-5, Post-test*

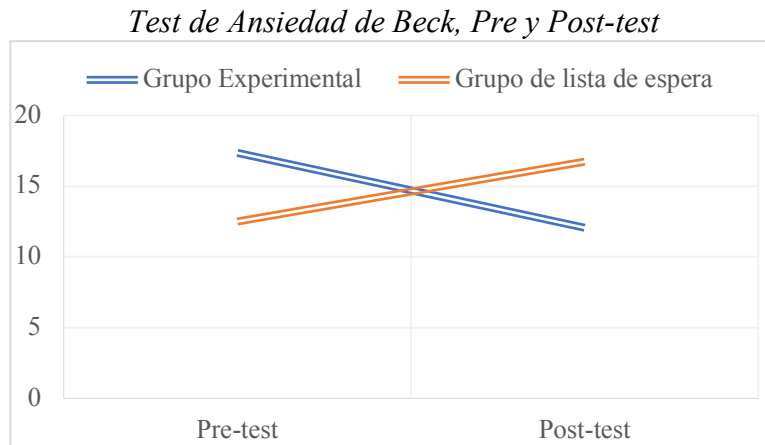
Grupo	Cantidad	Media	Desviación Estándar
Experimental	17	28.53	16.16
Lista de espera	15	38.00	19.65

Fuente: Resultados de PCL-5. Análisis estadístico mediante la *t* de student en mayo 2018.

El grupo en lista de espera cuenta con una media de 38 puntos en el PCL-5, lo que indica síntomas marcados de estrés post-traumático, siendo el corte de esta prueba, 33 puntos. El grupo experimental, se encuentra por debajo del corte de la prueba. Sin embargo, los participantes de igual forma puntúan con niveles de estrés post-traumático.

4.3 Eficacia de la Terapia EMDR para la Ansiedad

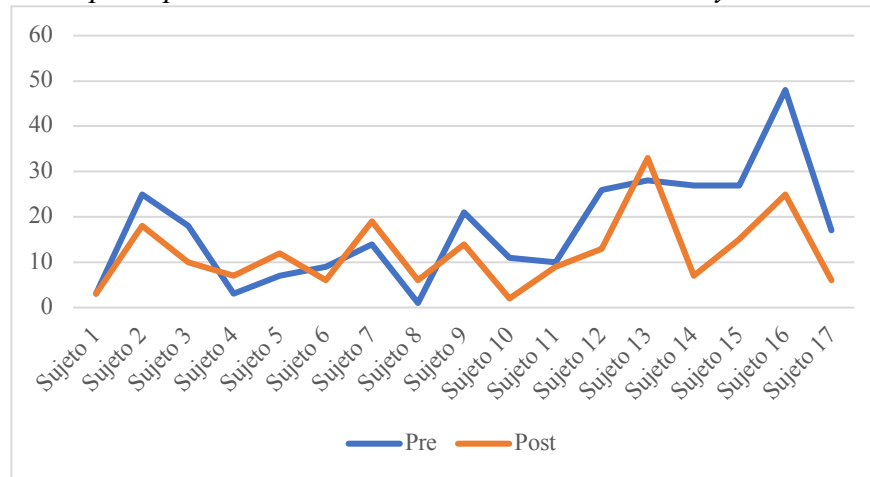
Figura 1



Fuente: Resultados de Test de Ansiedad de Beck (pre-test febrero 2018/ post-test mayo 2018) Análisis estadístico mediante ANCOVA.

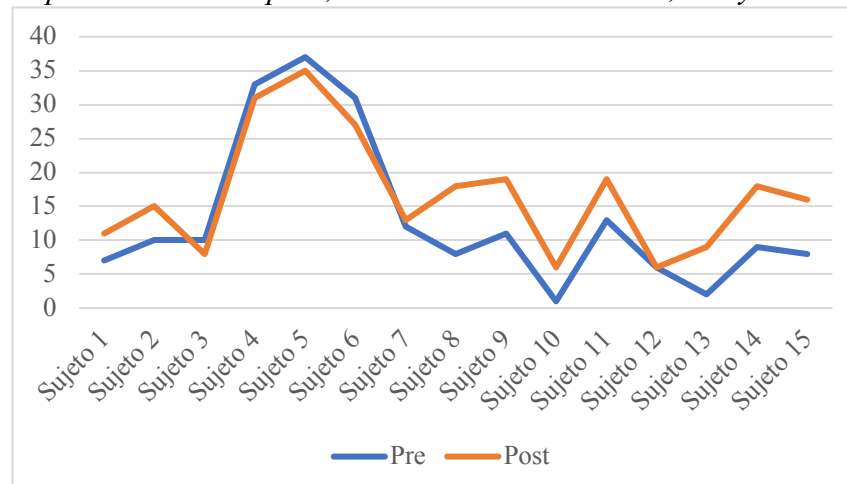
En la Figura 1 podemos observar que el grupo experimental bajó significativamente las puntuaciones en el Test de Ansiedad de Beck, mientras que el grupo de lista de espera subió sus puntuaciones. El Grupo experimental obtuvo una media de 17.35 en el pre-test y una media de 12.06 en el post-test, mientras que el Grupo de lista de espera obtuvo una media de 12.5 en el pre-test y una media de 16.73 en el post-test. Se acepta así la hipótesis alterna que establece reducción en los síntomas de ansiedad luego de recibir el Protocolo Grupal con Terapia EMDR.

Un análisis de ANCOVA revela que el grupo experimental redujo sus puntajes en el BAI a lo largo del tiempo, mientras que grupo de lista de espera aumentó los mismos. Hay una diferencia significativa entre el grupo de lista de espera y experimental a lo largo del tiempo [$F(1) = 13.803$, $p < 0.001$]. El tamaño del efecto usando la formula de Cohen d e insertando los puntajes del BAI pre y post intervención para el grupo experimental es de $d=0.51$, lo cual es un efecto mediano.

Figura 2*Grupo Experimental, Test de Ansiedad de Beck, Pre y Post-test*

Fuente: Resultados de Test de Ansiedad de Beck (pre-test febrero 2018/ post-test mayo 2018). Análisis estadístico mediante ANCOVA.

La Figura 2, muestra a los 17 participantes del grupo experimental y sus puntuaciones pre y post-test en el Test de Ansiedad de Beck. Cinco de 17 participantes puntuaron más alto en el post-test que en el pre-test, lo que indica que un 70.6% de los participantes del grupo experimental bajaron los niveles de ansiedad según el Test de Ansiedad de Beck.

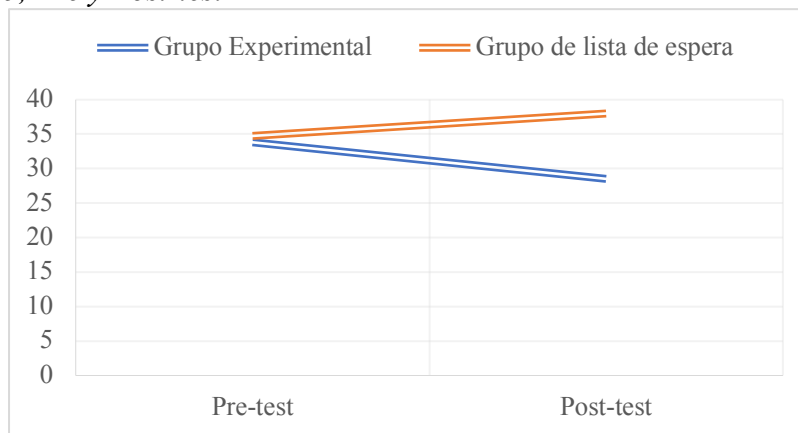
Figura 3*Grupo de Lista de Espera, Test de Ansiedad de Beck, Pre y Post-test*

Fuente: Resultados de Test de Ansiedad de Beck (pre-test febrero 2018/ post-test mayo 2018). Análisis estadístico mediante ANCOVA.

La figura anterior nos muestra los resultados del grupo de lista de espera. En dicho grupo, 10 participantes puntuaron más alto en el post-test (66%), mientras que solo el 26.7% reportó menores niveles de ansiedad en el post-test. Un participante de este grupo puntuó 6 puntos tanto en el pre-test como en el post-test.

4.4 Eficacia de la Terapia EMDR para Síntomas de Estrés Postraumático

Figura 4. *PCL-5, Pre y Post-test*

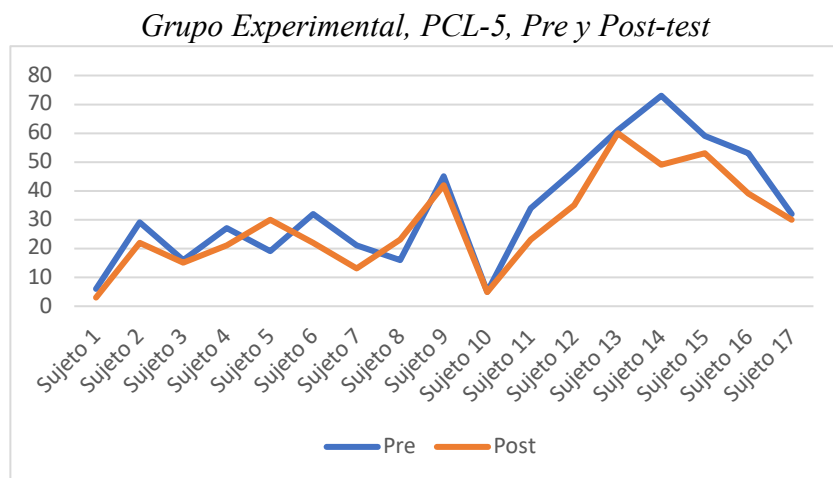


Fuente: Resultados de PCL-5 (pre-test febrero 2018/ post-test mayo 2018). Análisis estadístico mediante ANCOVA.

En la Figura 4 observamos como el Grupo experimental disminuyó sus puntuaciones en el PCL-5 al momento del post-test mientras que el Grupo de lista de espera aumentó sus puntuaciones. En el Grupo experimental se obtuvo una media de 33 puntos en el pre-test y una media de 28 puntos en el post-test, dando así una diferencia de 5 puntos, lo cual según el corte clínico del PCL-5, indica cambios en síntomas de estrés post-traumático. El Grupo de lista de espera obtuvo una media de 34 puntos en el pre-test y 38 puntos en el post-test. Se acepta así la hipótesis alterna que afirma reducción de síntomas de estrés post-traumáticos luego de recibir el Protocolo Grupal con Terapia EMDR.

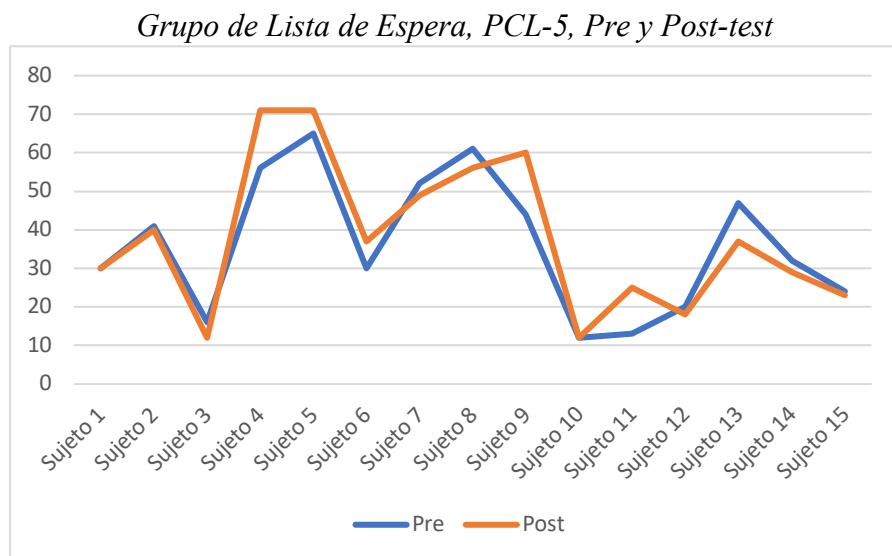
Un análisis de ANCOVA revela que el grupo experimental redujo sus puntajes en el PCL-5 a lo largo del tiempo, mientras que grupo de lista de espera aumentó los mismos. Hay una diferencia significativa entre el grupo de lista de espera y experimental a lo largo del tiempo [$F(1) = 7.581, p < 0.01$]. El tamaño de efecto usando la fórmula de Cohen d e insertando los puntajes del PCL-5 pre y post intervención para el grupo experimental es de $d=0.29$, lo cual es un efecto pequeño.

Figura 5



Fuente: Resultados de PCL-5 (pre-test febrero 2018/ post-test mayo 2018).

Un total de 14 sujetos del Grupo experimental puntuaron más bajo en el post-test del PCL-5 a comparación del pre-test, representando así un 82.35% de este grupo. Un sujeto puntuó de igual forma tanto en el pre-test como en el post-test (sujeto N.10, con 5 puntos). Un total de cinco sujetos redujeron sus puntuaciones entre 5 y 10 puntos lo que indica cambios en síntomas de estrés post-traumáticos (29%), mientras que cuatro sujetos redujeron sus puntuaciones por más de 10 puntos indicando cambios clínicamente significativos (23%). Cabe destacar que el sujeto N.5, siendo el único sujeto con un aumento clínicamente significativo, solamente asistió a cinco sesiones terapéuticas, de las cuales dos eran de reprocesamiento.

Figura 6

Fuente: Resultados de PCL-5 (pre-test febrero 2018/ post-test mayo 2018).

La figura 6 nos indica cambios en el Grupo de lista de espera, en cuanto a los resultados del PCL-5 pre y post-test. Un total de dos participantes del Grupo en lista de espera aumentaron sus puntuaciones de manera clínicamente significativa (cambios de más de 10 puntos) (13%), 3 sujetos aumentaron sus puntuaciones por menos de 10 puntos lo que indica cambios en síntomas (20%), 8 participantes, representando un 53.33% del grupo tuvo cambios menores a 5 puntos lo cual no es significativo, y dos participantes disminuyeron de manera clínica significativamente sus puntuaciones (13%).

CAPITULO V: Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

Los resultados del presente estudio concuerdan con Windom (1989), y Dutton y Hart (1992) quienes demostró en su estudios que más del 50% de los sujetos estudiados con comportamientos delictivos reportaron experiencias de trauma. La figura 6 (pág. 82) muestra altos niveles de trauma en el PCL-5 por parte de la muestra total.

Analizando la Tabla 8, pág. 76 y la Tabla 9 pág. 77 concluimos que no existían diferencias significativas entre los grupos al momento de la pre-intervención por lo que se llevó a cabo una aleatorización satisfactoria.

En cuanto a las tablas post- intervención, siendo estas las 10 y 11, podemos observar en la Tabla 10 (pág. 77) que ambos grupos cuentan con ansiedad baja (22 puntos) dentro del corte clínico de el Test de Ansiedad de Beck. Dicha tabla se relaciona con la Figura 1(pág. 78) en donde el grupo experimental bajó su media de pre-test a post-test 5 puntos y el grupo en lista de espera subió su media 4 puntos. Se acepta así la hipótesis alterna la cual sustenta que es posible reducir los síntomas de ansiedad utilizando el Protocolo Grupal con Terapia EMDR.

La Tabla 11 (pág. 77) muestra los resultados del PCL-5 post-test en donde ambos grupos presentan niveles altos de trauma. Relacionando dicha tabla con la Figura 4, podemos concluir que el Protocolo Grupal con Terapia EMDR si es efectivo para reducir los síntomas post-traumáticos. El Grupo experimental bajó su media en el post-test de 33 puntos a 28 puntos, mientras que el Grupo en lista de espera subió su media en el post-test de 34 puntos a 38 puntos, siendo 33 puntos

el corte clínico que indica Trauma Complejo. Podemos relacionar dichos resultados con los estudios de (Artigas et. Al 2000) en donde luego de sesiones EMDR con el Protocolo Grupal e Integrativo, los sujetos lograron sus niveles de perturbación.

Un total de 70.6% de los participantes del Grupo experimental redujeron los síntomas de ansiedad luego de haber recibido el Protocolo Grupal con Terapia EMDR, mientras que 73.3% del Grupo en lista de espera aumentó o se mantuvo igual en las puntuaciones de síntomas de ansiedad, luego de 2 meses y sin recibir atención psicológica. Por el otro lado, podemos concluir que 82.35% del Grupo experimental mostró mejoras cuantitativas en el PCL-5 luego de recibir tratamiento con el Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR, mientras que 53.33% del Grupo en lista de espera no mostró cambios relevantes sin recibir ninguna intervención psicológica. Un total de 20% del Grupo en lista de espera aumentó de manera clínicamente significativa sus puntuaciones en el PCL-5.

Concluimos que el Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR si es efectivo para una población de adolescentes privados de libertad. Sin embargo, debido a la complejidad de la muestra y a los múltiples factores que afectan a esta población, los cambios no fueron de alta significancia. Tomando en cuenta la Figura 5, en donde el participante N.5 del Grupo experimental aumentó de manera clínicamente significativa los niveles de perturbación, podemos concluir que se debió principalmente a que sólo asistió a 5 sesiones, de las cuales 2 eran de reprocesamiento. Al trabajar con la Terapia EMDR puede ocurrir que los pacientes/clientes aumenten sus niveles de perturbación al iniciar reprocesamiento. Sin embargo, luego de reprocesados los eventos, los niveles de perturbación disminuyen. Los procesos de reprocesamiento y cambios en perturbación

no son lineales por lo que es importante que los participantes/clientes terminen los procesos con Terapia EMDR para así asegurar niveles de perturbación adaptativos.

5.2 Recomendaciones

5.2.1 Recomendaciones a terapeutas que trabajen con jóvenes privados de libertad

- Asegurarse que todo participante esté compensado al final de cada sesión.
- Abrir el compás al final de cada sesión para aquellos que quieran dialogar en privado y/o contener a algún participante de ser necesario.
- Esclarecer las dudas de todos los participantes en todo momento.
- Utilizar un lenguaje sencillo y adecuado a cada población. La población en dicho estudio contaba con niveles educativos bajos por lo que se adecuaron diversos términos y se ejemplificaron.
- En el caso de realizar Terapia EMDR, instalar más de 3 recursos ya que en ocasiones los mismos pueden ser muy abstractos. La población en dicho estudio tenía pensamientos concretos en su mayoría.
- Aplicar escalas de disociación como screening para conocer a la población y estar preparados. El reprocesamiento de trauma puede llevar a una persona a disociarse, principalmente si tienen altos niveles disociativos.
- Observar y evaluar clínicamente el lenguaje no verbal de cada participante.
- No imponer ni utilizar la coerción para que los participantes completen el trabajo terapéutico.

5.2.2 Recomendaciones a instituciones gubernamentales

- Velar por el cumplimiento de los requisitos, deberes y obligaciones de los centros penitenciarios del país.
- Contar con estadísticas públicas y actualizadas de la cantidad de privados de libertad y reincidentes.
- Adecuar los centros de custodia y cumplimiento a las necesidades de los privados de libertad hasta donde la ley lo permita.
- Brindar terapia psicológica basada en evidencia científica tanto a los privados de libertad como a los funcionarios de los centros. Los funcionarios de los centros pueden llegar a padecer de Desgaste Profesional por Empatía.
- Entrenar a los miembros de los gabinetes psicológicos en terapias psicológicas basadas en evidencia y avaladas por la Organización Mundial de la Salud, como la Terapia EMDR.
- Invertir y poner en práctica proyectos de resocialización y reinserción.

5.2.3 Recomendaciones para futuras investigaciones

- Realizar intervenciones en grupos de no más de 4 participantes debido a la labilidad de la población. Dicha población está influenciada por un sin número de factores y/o detonantes que pueden reflejarse en las pruebas. Entre los factores podemos mencionar el recibir maltrato o no tener tiempo de esparcimiento, cambio en sus rutinas, y recibir o tener un proceso clínico abierto al mismo tiempo (con la/el psicólogo del centro). Estudios afirman que existen altos niveles de trauma en privados de libertad, que pueden o no estar directamente relacionados con los delitos cometidos. El trabajar con experiencias

traumáticas, en esta población, mayormente trauma complejo 'T', puede llegar a ser vergonzoso para los participantes, aún cuando no tengan que compartirlo frente a todos. Dicha población es muy delicada, no es una población que fácilmente muestra sus debilidades y requiere de suma atención por lo que grupos numerosos o de más de 4 participantes puede llegar a ser contraproducente y/o subir los mecanismos de defensa de algunos participantes.

- Realizar 3 sesiones por semana. Recordemos que el Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR ha dado resultados positivos con un número reducido de sesiones, inclusive en un mismo día (Artigas, et al. 2000).
- Dar seguimiento luego de 6 meses y 1 año y determinar los efectos de la terapia.

Bibliografía

- Amaya, Cardona, Ramírez, Sánchez y Gantiva (2008) *Evaluación de la Efectividad de un Programa de Intervención Breve para la Disminución de la Ansiedad en Personas que Ingresan por Primera Vez a un Centro Penitenciario*. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Cundinamarca, Colombia.
- Andrés Gallo (2017) *El presupuesto del Mingob estará centrado en el Sistema penitenciario*. https://impresa.prensa.com/panorama/presupuesto-Mingob-centrado-sistema-penitenciario_0_4849765106.html La Prensa. Periódico Nacional, Panamá.
- Añaños-Bedriaña, Llorente, Torres (2016) *Educación y reinserción de los jóvenes en prisión*. Revista de Educación Social. México.
- Artigas, Jarero, Mauer, López, & Alcalá (2000) *EMDR and Traumatic Stress after Natural Disasters; Integrative Treatment Protocol and the Butterfly Hug*.
- Artigas et al. (2000) *El Abrazo de la Mariposa*. EMDR Mexico. Sitio web: <http://www.emdrmexico.org/abrazo-mariposa.php>
- Asociación EMDR. (2014) *¿Qué es EMDR?*. De Asociación EMDR España <http://centropsicologiaenmadrid.com/descargas/EMDR.pdf>
- Bernstein, David. Fink, Laura. Nova Southeastern University. *Childhood Trauma Questionnaire*. Cps.nova.edu <http://cps.nova.edu/~cphelp/CTQ.html>
- Cernkovich, Stephen; Lanctot, Nadien & Giordano, Peggy. (2007) *Predicting Adolescent and Adult Antisocial Behavior Among Adjudicated Delinquent Females*. Crime & Delinquency. Sage Journals. Sitio web: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0011128706294395>

- Cerrud, Deivis. (2014). *Menores Recluidos en Centros Carcelarios*. -, de La Estrella, Panamá. Sitio web: <http://laestrella.com.pa/panama/nacional/1156-menores-recluidos-centros-carcelarios/23799861>.
- Coleman, Daniel PhD, MSW (2005) *Trauma and Incarcerated Youth, Journal of Evidence-Based Social Work*, 2:3-4, 113-124, http://dx.doi.org/10.1300/J394v02n03_08
- DSM IV-TR. (1952). *Psicopatología de la Ansiedad*. Asociación Estadounidense de Psiquiatría, de UCM Sitio web: https://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/ta/diag/Trastornos_de_ansiedad_segun_la_DSM.pdf
- DSM V. (2013). *Trastorno por Estrés - postraumático*. -, de Asociación Estadounidense de Psiquiatría Sitio web: http://www.psicoterapeutas.com/pacientes/DSM5_criterios_TEPT.html
- Fabrega, Jorge (2013) *Comportamiento Delictivo Crónico*. Chile. Sitio web: <http://www.lasegunda.com/Noticias/Nacional/2013/08/873063/estudio-revela-comportamiento-delictivo-cronico-65-de-presos-reincidentes-vuelve-a-la-carcel-por-el-mismo-delito>
- Instituto Valenciano de Psicología Sanitaria. (2014) *El Trauma y los Trastornos Disociativos*. España. Sitio web: <http://psicologosanitariovalencia.com/el-trauma-y-los-trastornos-disociativos/>
- Irías-Ortiz, Martínez-Molina, Amaya-Martínez, Soto, Reyes-Ticas (1999) *Prevalencia de Trastornos Mentales en Personas Privadas de Libertad*. Revista Médica POST UNAH.
- Jarero, Artigas & Hartung (2017) *Protocolo Grupal e Integrativo. EMDR*. Sitio web: http://www.emdr-es.com/articulo_emdr_protocolo_grupo_.php

- Laub, John & Sampson, Robert. (2006) *Shared Beginnings, Divergent Lives*. Delinquent Boys to Age 70. Estados Unidos
- Luber, Marilyn. (2015) *EMDR Therapy and Emergency Response*. Springer Publishing Company. New York, United States of America.
- Marmolejo et. Al. (2016) Sin Miedos. Desde Panamá, un nuevo modelo de rehabilitación carcelaria para jóvenes. Sitio web: <https://blogs.iadb.org/sinmiedos/2015/09/03/desde-panama-un-nuevo-modelo-de-rehabilitacion-carcelaria-para-jovenes/>
- Marsiglio, Mary; Chronister, Krista; Gibson, Brandon & Leve, Leslie. (2014) *Examining the link between traumatic events and delinquency among juvenile delinquent girls: A longitudinal study*. J Child Adolesc Trauma. Sitio Web: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4286894/>
- Ministerio de Justicia Gendarmeria de Chila. (2012) *Informe Final de Evaluación. Programas de Rehabilitación y Reinserción Social*. http://www.dipres.gob.cl/595/articles-141210_informe_final.pdf
- Ministerio Público. Gobierno de Panamá (2018) Estadísticas Judiciales de Métodos Alternos. <http://ministeriopublico.gob.pa/estadisticas-judiciales/metodos-alternos/>
- OMS. (-). Desarrollo de la Adolescencia. -, de Organización Mundial de la Salud Sitio web: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Procuraduría General de la Nación, Ministerio Público (2006). Informe de gestión, Ciudad de Panamá, Panamá. Sitio web: <http://ministeriopublico.gob.pa/wp-content/multimedia/2016/06/RES.21-17-03-2016.pdf>

Programa de las Naciones Unidas por el Desarrollo. (PNUD) (2014). Informe Nacional de Desarrollo Humano – Panamá 2014. Sitio web: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/idh-panama-ene-10-14-final.pdf>

Rodriguez, Carlamarina. (2016). Factores de riesgo para el diagnóstico de trastorno mental en edad escolar. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. España. Sitio web: <http://eprints.ucm.es/35848/1/T36870.pdf>

Thornberry, Ireland, & Smith. (2001) *The importance of timing: the varying impact of childhood and adolescent maltreatment on multiple problem outcomes*. Dev Psychopathol. PubMed.gov Sitio web: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11771916>

UNICEF (1989) Convención sobre los Derechos del Niño. Sitio web: <https://www.unicef.org/argentina/spanish/7.-Convencionsobreloderechos.pdf>

UNICEF Panamá (2011). Reglas de las Naciones Unidas para la Protección de Menores Privados de Libertad. https://www.unicef.org/panama/spanish/about_8042.htm

Universidad de Chile. (2015) Carencias en el Sistema Penitenciario. Salud Mental en las cárceles chilenas: depresión, abuso de sustancias y falta de atención. Sitio web: <http://www.uchile.cl/noticias/117216/la-salud-mental-prende-alertas-en-las-carceles-chilenas>

Wolfe, David & Mash, Eric. (2006) *Behavioral and Emotional Disorders in Adolescents*. The Guilford Press. United States of America.

Anexos

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Estudio: *“Efectos de la Terapia EMDR para reducir la ansiedad y síntomas post-traumáticos en jóvenes entre 15 y 25 años de edad, de sexo masculino con experiencias de trauma, privados de libertad en los Centros de Custodia/Cumplimiento de Pacora y Arco Iris.”*

Si aceptas participar en este estudio, por favor completa y firma este formulario.

Iniciales

1. Confirmando que he leído la Hoja de Información sobre este proyecto y que he tenido oportunidad para pensar sobre dicha información, hacer preguntas y recibir respuestas de manera satisfactoria.
2. Entiendo que mi participación en este estudio es voluntaria.
3. Entiendo que puedo retirarme en cualquier momento sin dar excusas y sin consecuencias negativas para mí.
4. Entiendo que mis datos serán conservados de manera confidencial a menos que exprese intención de hacerme daño a mí mismo o a otros.
5. Entiendo que me pueden pedir participar en una entrevista, la cual sería grabada en audio. En dicho caso, firmaré otro formulario similar a este antes de participar.
6. Acepto a que el equipo de investigación me contacte una vez finalizado el estudio en caso de ser necesario.

Acepto participar en el presente estudio.

Nombre del Participante

Fecha

Firma

Nombre del Investigador

Fecha

Firma

___ ID de Participante

Información General***No incluyas tu nombre en este cuestionario** Favor completar este cuestionario.

1. Edad: _____

2. Sexo: Masculino Femenino

3. Eres panameño/a?

 Sí No, mi nacionalidad es: _____

4. Su estado civil:

Casado/a Divorciado/a Soltero/a Unión libre Viudo/a

Otro (sírvese a detallar): _____

5. ¿Cuál describe mejor el hogar en el cual creciste?

Familia original (con los dos padres biológicos) Familia adoptiva (dos padres, uno de los cuales es padrastro/madrastra) Familia de un solo padre/madre Otro (sírvese a detallar)

6. Su nivel más alto de educación:

 Escuela primaria o menor Algo de secundaria Terminé la secundaria Escuela politécnica Algo de universidad Licenciatura universitaria

7. ¿Consumes/ consumías drogas?

 Sí No

En caso de ser sí, ¿cuál? _____

¿Te encuentras en abstinencia? _____

¿Hace cuánto tiempo? _____

8. Te encuentras en:

 Custodia Cumplimiento

9. ¿Cuánto tiempo llevas en el centro de cumplimiento?

_____ Años
_____ Meses
_____ Días

HOJA DE INFORMACIÓN

Has sido invitado a participar en un estudio que pretende reducir síntomas ansiosos y post-traumáticos en adultos jóvenes privados de libertad mediante la Terapia EMDR. Durante el estudio utilizaremos la Terapia EMDR (terapia psicológica) para trabajar aquellos momentos difíciles o perturbadores por los que hayas pasado. Es importante que entiendas por qué el estudio es necesario y qué conlleva tu participación.

Por favor, tómate el tiempo necesario para leer la siguiente información con calma y de discutir con las investigadoras (Isabel y Anilena) si así lo deseas. Haz cualquier pregunta en case de que algo no te quede claro. Tómate el tiempo necesario para decidir si deseas participar. Gracias por leer esta hoja de información.

¿Quién llevará a cabo el estudio?

La psicóloga Isabel Chen en conjunto con la Dra. Anilena Mejía de INDICASAT se encargarán de recolectar la información necesaria.

Título del estudio

Efectos de la Terapia EMDR para reducir la ansiedad y síntomas post-traumáticos en adultos jóvenes privados de libertad con experiencias de trauma.

¿Cuál es el objetivo del estudio?

El estudio pretende utilizar la Terapia EMDR de manera grupal, para reducir síntomas post-traumáticos y de ansiedad en privados de libertad. También queremos conocer la efectividad de esta Terapia en ustedes, que auto-reportan experiencias difíciles.

¿Por qué me escogieron para participar?

Te escogimos de un estudio que se realizó en Julio del 2017 en los Centros de Cumplimiento de Pacora y Arcoiris. En este estudio llenaste algunas pruebas en donde auto-reportaste experiencias difíciles y queremos utilizar la Terapia EMDR para reducir los síntomas post-traumáticos y ansiosos que te generan estas experiencias.

¿Qué tengo que hacer si acepto participar?

Si aceptas participar, deberás completar las pruebas que nos permitirán conocer tu síntomas post-traumáticos y ansiosos principalmente. Las deberás completar en dos ocasiones, antes de iniciar el proceso terapéutico y al finalizar, para así conocer los cambios que has tenido.

De igual forma deberás asistir a las sesiones terapéuticas, las cuáles serán 8 en total.

¿Qué pasará con los datos recolectados?

Los datos recolectados serán analizados y luego conservados de manera confidencial por un periodo de 5 años. Cuando decimos que los datos son confidenciales, nos referimos a que nadie tendrá acceso a ellos a excepción de las investigadoras de este estudio (Licda. Isabel Chen y Dra. Anilena Mejía).

Todos los datos en papel y digitales serán guardados de manera segura en las instalaciones de INDICASAT AIP. Al final de ese estudio, tu información será convertida a formato anónimo.

La única situación en la que romperemos el acuerdo de confidencialidad y compartiremos tus datos fuera del equipo de investigación será si tu expresas intenciones de hacerte daño a ti mismo u otros. En este caso, informaremos al equipo técnico del centro de cumplimiento.

¿Qué pasa si no quiero participar en el estudio o si cambio de opinión?

Tú decides si deseas participar o no en el estudio. Si deseas participar, te daremos esta hoja de información para que la conserves y te pediremos que firmes un formulario de consentimiento informado. Si deseas participar, eres libre de retirarte en cualquier momento del estudio sin ninguna consecuencia negativa para ti.

¿Me pagarán por participar en este estudio?

No te pagaremos ni recibirás ningún tipo de privilegios por tu participación. Sin embargo, tu participación ayudará a conocer si esta Terapia es realmente efectiva y si es recomendable para trabajar dentro de los Centros de Cumplimiento, lo cual puede ayudar a otros jóvenes que también ingresen a este centro u otros. Además, al final de cada intervención o evaluación recibirás una merienda.

¿Cuánto tiempo dura mi participación?

Estarás en el estudio por 8 sesiones de intervención y 2 de evaluación. Será aproximadamente por 2 meses.

¿Dónde se llevará a cabo el estudio?

Todas las actividades se llevarán en el Centro de Cumplimiento de Pacora.

¿Se publicarán los resultados de este estudio?

Si. Los resultados serán publicados en un informe, en revistas científicas y en conferencias. Tú también recibirás un resumen de los resultados una vez termine el estudio. Todos los resultados son anónimos (no tendrán tu nombre).

¿Cómo puedo poner una queja sobre el estudio?

Quejas menores

Si tienes una queja menor sobre el estudio debes contactarte con las investigadoras en primera instancia. Sus datos de contacto son:

Dra. Anilena Mejía

INDICASAT AIP

Ciudad del Saber, Edificio 219

Tel: +507 517-0700/ +507 6980-6450

Email: amejia@indicasat.org.pa