

Universidad de Palermo
Trabajo Final de Integración
Utilización del Modelo Psicoterapéutico EMDR
en un caso de TEPT
Facultad de Humanidades
Lic. en Psicología
Autor: Rocío Ferrando

TFI: Utilización del Modelo Psicoterapéutico EMDR en un caso de TEPT

Tutora: Dra.Nora Inés Gelassen.

INDICE	
INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVO GENERAL	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
MARCO TEÓRICO	4
TRASTORNO POR ESTRÉS POST	
TRAUMÁTICO	4
<i>Definición de Trauma y TEPT</i>	4
<i>Criterios diagnósticos Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV</i>	5
<i>Predictores</i>	7
<i>Breve recorrido al estudio del trauma psicológico</i>	8
<i>Trauma con “T” y trauma con “t”</i>	12
<i>TEPT y disociación</i>	13
MODELO PSICOTERAPÉUTICO EMDR	13
<i>Un descubrimiento azaroso</i>	14
<i>Estudios controlados</i>	15
<i>Otros estudios demuestran la eficacia del método EMDR</i>	17
<i>Un cambio en el paradigma</i>	19
<i>Hipótesis Neurofisiológica</i>	19
<i>Modelo Psicoterapéutico EMDR</i>	20
<i>Componentes del tratamiento EMDR</i>	20
<i>Activación del Sistema de Procesamiento de la Información</i>	22
<i>Acercamiento a EMDR</i>	23
<i>Abordaje de Tres Vertientes</i>	23
<i>EMDR es un modelo de 8 fases</i>	24
<i>Glosario de términos EMDR</i>	25
<i>Las 8 fases del protocolo estándar EMDR</i>	26
MÉTODO	31
TIPO DE ESTUDIO	31
PARTICIPANTE	31
INSTRUMENTO	31
PROCEDIMIENTO	32
PRESENTACIÓN DEL CASO	32
DIAGNÓSTICO	35
APLICACIÓN CLÍNICA DE EMDR A UN CASO DE TEPT	36
CONSECUENCIAS EN LA ADOLESCENTE Y EL TRATAMIENTO	48
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	49
BIBLIOGRAFÍA	53

Introducción

La descripción del caso clínico de una adolescente que presenta Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT) por abuso sexual y la utilización del modelo psicoterapéutico EMDR como forma de abordaje posible frente a tal patología se basará en la práctica profesional realizada en un Hospital en el área de psicología pediátrica . En éste servicio se efectúan tareas inherentes al tratamiento individual de niños y adolescentes con distintas patologías así como también se brinda la contención emocional y asesoramiento a los padres y/o cuidadores de niños internados en sala.

El presente trabajo se basa en la descripción del tratamiento psicológico de una adolescente de 14 años utilizando el Modelo Psicoterapéutico EMDR, la misma ingresa al área de psicología pediátrica derivada por la infectóloga infanto juvenil de éste hospital. Se inicia con la concurrencia de la madre a la admisión del servicio manifestando preocupación por su hija quién padeció una situación de abuso sexual perpetrada por dos desconocidos semanas antes a la entrevista.

A partir de ésta admisión se realizaron entrevistas psicológicas utilizando el Modelo Psicoterapéutico EMDR con la adolescente. La descripción de las mismas será el marco del Trabajo Final de Integración

Objetivo General

El objetivo general del trabajo es: describir la utilización del Modelo Psicoterapéutico EMDR en el caso de una adolescente que presenta Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT) por abuso sexual extrafamiliar.

Objetivos Específicos

Del objetivo general antes citado se desprenden los siguientes objetivos específicos:

- Describir los síntomas de Trastorno por Estrés Post Traumático que presenta una adolescente que padeció abuso sexual extrafamiliar.
- Describir la aplicación del Modelo Psicoterapéutico EMDR en el caso de una adolescente con TEPT
- Analizar los cambios producidos en los síntomas iniciales del paciente a partir de la utilización del Modelo Psicoterapéutico EMDR

Marco Teórico.

Trastorno por Estrés Post Traumático

Definición de Trauma y TEPT.

Según refiere Lescano et al (2004) la palabra “trauma” etimológicamente deviene del griego y quiere decir “herida”. Cía (2001) entiende por trauma a la presencia de trastornos emocionales en el sujeto, producto de la exposición a eventos de naturaleza grave o catastrófica. Explica que cualquier hecho grave, de carácter amenazante, exige un esfuerzo de afrontamiento, el cual es manifestado en las víctimas de diversas maneras a través de pesadillas, reminiscencias, apatía, irritabilidad, perturbaciones emocionales, trastornos del sueño, entre otras.

Giannini (2004) define el trauma como un proceso por el cual la persona queda abrumada por una situación, impidiéndole utilizar los recursos adecuados, el trauma está generalmente asociado con problemas causados por eventos de fuerte impacto, experimentados como peligrosos y temibles, que implican amenazas para la integridad psicofísica. Estos sucesos son tan perturbadores que sobrepasan la capacidad del individuo para lidiar con ellos.

En su origen lo que hoy es llamado Trastorno por Estrés Post Traumático (T.E.P.T) recibió distintos nombres: histeria, shell shock, fatiga de combate y neurosis traumática. Lescano (2004) expone que, al llamarlo neurosis se suponía, según la creencia de la época, que debía haber elementos en la historia previa del sujeto o una debilidad constitucional que explique la aparición de esa patología.

Por el contrario, actualmente se considera que la respuesta es adaptativa frente a una situación de alto peligro. Así, se despierta la respuesta natural al estrés: de “lucha o fuga”. Si la misma se mantiene en el tiempo y persiste cuando ya no es necesaria, entonces los síntomas se desconectan de la fuente que les dio origen.

Por otra parte, no se requiere de ninguna debilidad constitucional o historia previa para que esto ocurra: cualquier persona que sufra un trauma de duración e intensidad determinadas desarrolla un cuadro de TEPT.

Por vez primera, en 1980, el síndrome característico de trauma psicológico se convierte en un diagnóstico formal: Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).

Cía (2001) señala que desde la aparición del sistema diagnóstico categorial del DSM han surgido evidencias innegables acerca de los efectos de situaciones traumáticas extremas. Es necesario destacar que los estudios de prevalencia han comprobado que el

TEPT representa un problema muy importante para la salud pública aunque se no sea la salida inevitable a toda exposición traumática.

Criterios diagnósticos Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV

Según el DSM-IV (APA, 1994) el TEPT se caracteriza por la presencia de los siguientes criterios:

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.

2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.

Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.

3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.

4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
6. Restricción de la vida afectiva (p. Ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).
7. Sensación de un futuro desolador (p. Ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
2. Irritabilidad o ataques de ira.
3. Dificultades para concentrarse.
4. Hipervigilancia.
5. Respuestas exageradas de sobresalto.

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Curso .

Cazabat (2001) sostiene que el TEPT es de aparición brusca. Dicha aparición puede producirse hasta años después de producido el hecho traumático. El TEPT es un diagnóstico relativamente fácil de hacer cuando el paciente refiere la existencia del hecho traumático. En cambio, cuando los síntomas son de aparición tardía, en muchas oportunidades no es evidente para el paciente la vinculación entre la experiencia traumática y sus síntomas, por lo que el clínico debería investigar siempre la existencia de tales experiencias.

Asimismo la historia de situaciones traumáticas que ha atravesado el paciente resulta un elemento importante en el diagnóstico diferencial y nunca debería ser omitida. A menudo, otro de los obstáculos que se presentan es que frecuentemente el paciente evita hacer referencia al hecho traumático para evitar el sufrimiento.

Cazabat plantea que alrededor de la mitad de los casos que presentan esta sintomatología, suelen resolverse espontáneamente en el lapso de los tres primeros meses. El resto, requieren de atención psicoterapéutica para su resolución. Cuanto más temprana es la intervención, más rápida su resolución. Si la intervención se demora mucho tiempo, el paciente estructura su vida en torno de los síntomas, dañando las actividades sociales, interpersonales, laborales, etc. por lo que la recuperación es lenta y difícil.

Predictores

Según Cazabat (2001) las investigaciones han hallado que dos son los factores que predicen mejor la posibilidad de que alguien expuesto a un hecho traumático desarrolle TEPT:

1. la historia previa de traumas del individuo: quien ha sufrido otros traumas a lo largo de su vida, está más expuesto a desarrollar un TEPT
2. las reacciones disociativas durante e inmediatamente después del hecho traumático.

Son aquellos individuos que reaccionan predominantemente con embotamiento emocional, o experimentando el hecho traumático como si le estuviera ocurriendo a otro, no sintiendo dolor, o percibiéndose a sí mismo como desde fuera de su cuerpo.

En el DSM-IV, el diagnóstico de Trastorno por Estrés Agudo, con criterios similares al del diagnóstico de TEPT, se pone el acento en los síntomas disociativos (amnesia disociativa, despersonalización, desrealización, etc.) de tal manera que quien, inmediatamente después de la exposición al hecho traumático desarrolla los síntomas de un Trastorno por Estrés Agudo, está en mayor riesgo de que esos síntomas se perpetúen bajo la forma de un TEPT.

Con respecto a las características del hecho traumático tienen mayor probabilidad de desarrollar un TEPT quienes se hallen expuestos a hechos traumáticos:

1. infringidos por la mano del ser humano,
2. por familiares directos o personas en las que se debía confiar,
3. los que son repetidos y reiterativos,
4. sufridos más tempranamente y
5. por los que se ha recibido presión al silencio

En contraposición a:

1. los de carácter natural,
2. no intencionales,
3. hechos únicos,

4. sufridos a edad más avanzada y
5. de los que se ha podido hablar libremente, que tienden a resolverse más benignamente.

Breve recorrido al estudio del trauma psicológico.

Tomando como referencia el artículo “Un breve recorrido a la traumática historia del estudio del trauma psicológico” de Cazabat (2002), se indica que el estudio del trauma psicológico ha estado indisolublemente ligado al desarrollo y ocaso de movimientos políticos y sociales que le dieron sustento. Es por ello que a lo largo de la historia reciente pueden comprobarse abruptas amnesias de los desarrollos científicos alcanzados en el campo del trauma. Cazabat (2002) sintetiza tres etapas históricas recientes referidas al estudio del trauma:

- a) el estudio de la histeria, sustentado en el movimiento republicano anticlerical de fines del siglo XIX en Francia
- b) las Neurosis de Guerra, basadas en los movimientos antibelicistas y pacifistas durante las grandes guerras de este siglo (Primera y Segunda Guerra Mundial, Corea y finalmente Vietnam) y
- c) la violencia sexual y doméstica, apoyada en el movimiento feminista.

a) *El estudio de la histeria* Cazabat (2002) señala que Jean Martin Charcot, en la Salpêtrière de París advirtió la relación entre la histeria (a la que llamó la gran neurosis) y los traumas sufridos. A su vez, indica que su gran contribución fue dar crédito a las historias que hasta ese momento eran considerados como simulación o posesión demoníaca. Sin embargo expone que su casi exclusivo interés fue observar, describir y clasificar dichos síntomas, sin detenerse en la vida interior de las pacientes.

Sigmund Freud y Pierre Janet, ambos alumnos de Charcot, estaban interesados en el tema de la histeria, en especial en encontrar su causa según establece Cazabat (2002).

Ambos llegaron a conclusiones similares: la histeria era causada por el Trauma Psicológico, que producía un estado alterado de conciencia. Janet lo llamó Disociación; Freud, doble conciencia. Tanto Breuer como Freud escribieron que “las histéricas sufren de reminiscencias”.

Siguiendo a Cazabat (2002), en el año 1896, en *La etiología de la histeria*, Freud afirma que las experiencias sexuales prematuras están en la base de la histeria. Sin embargo, también indica que un año más tarde Freud abandona tal teoría, atribuyendo los recuerdos de abusos sexuales a fantasías y deseos infantiles. A partir del caso Dora, el

autor del artículo entiende este viraje en la teoría de Freud, en que deja de “creer” en la palabra de sus pacientes histéricas. Judith Herman atribuye este cambio de rumbo al contexto político y social imperante en Viena, que había acogido con extrema frialdad la presentación de *La etiología de la histeria*. No existía por aquellos días un contexto político y social que pudiera sostener incondicionalmente una investigación sobre la etiología de la histeria, sin importar a donde llevara. En efecto, Janet, quién jamás se retractó de su teoría traumática de la histeria fue prontamente olvidado e ignorado en vida.

b) *las neurosis de guerra*

Durante la Primera Guerra Mundial, inicialmente se creyó que la sintomatología traumática era de origen físico, y se atribuyó al efecto de la explosión de las granadas (“shell shock”). Sin embargo, Cazabat(2002) refiere que fue el británico Charles Myers, en el año 1915, el primero en usar el término shell shock y quién postuló luego que las causas de la sintomatología presentada por los soldados eran de origen psicológico, encontrando similitud con los síntomas de la histeria. Según Cazabat (2002) la creencia más común era que los síntomas postraumáticos se debían a la cobardía y debilidad del soldado. En esta dirección, Yealland llegó a proponer en su trabajo de 1918, *Hysterical Disorders of Warfare* el uso de amenazas, castigos y avergonzamientos a modo de “tratamiento” para quienes sufrieran la Neurosis de Guerra. Inclusive llegaron a utilizarse descargas eléctricas para tratar el mutismo y pérdida sensorial de algunos pacientes.

En 1941, durante la Segunda Guerra Mundial se describieron los síntomas traumáticos que padecían aquellos que habían estado en la guerra. Cazabat(2002) señala que para esa época, Abraham Kardiner escribió *The Traumatic Neurosis of War*, donde describió los síntomas asociados al estrés postraumático, incluida la amnesia. Kardiner, junto con Herbert Spiegel, desarrollaron tratamientos para integrar las experiencias traumáticas.

En 1952 surge la primera edición del DSM. En ella se incluyó el diagnóstico “reacción a gran estrés” (gross stress reaction), que describía los síntomas de aquellos individuos que fueron expuestos a situaciones de estrés intolerable. De manera misteriosa en la segunda edición del DSM, publicada en 1968 durante uno de los picos de la guerra de Vietnam (la ofensiva del Tet), tal clasificación desapareció, y fue reemplazada por la de “trastorno adaptativo de la vida adulta”. Con los veteranos de la guerra de Vietnam fue cuando se comenzó a prestar real atención a los efectos traumáticos de la guerra.

Cazabat (2002) expone que en 1970, cuando la guerra de Vietnam estaba en uno de sus

picos más altos, la organización Veteranos de Vietnam Contra la Guerra (Vietnam Veterans Against the War) comenzó a buscar ayuda psicológica fuera de los ámbitos oficiales. Al poco tiempo, jóvenes psiquiatras como Chaim Shatam y Robert Lifton, lograron desarrollar un fuerte movimiento basado en lo que se denominó “rap groups”, integrados por veteranos, y que sirvieron para tomar conciencia y compartir las secuelas de la guerra. Resultó de importancia que en el año 1978, Charles Figley, veterano de Vietnam e investigador sobre el tema, publicara el primer libro de esta nueva era del estudio del Trauma: *Stress disorders among Vietnam veterans*, en el que se perfilan las características principales de lo que luego se conocería como trastorno por estrés postraumático. Apoyado en el movimiento pacifista, esta vez el estudio de las secuelas traumáticas de la guerra llegó a concretar en el reconocimiento oficial de la existencia de un trastorno debido a los hechos traumáticos. En 1980, la American Psychiatric Association incorpora en el DSM-III el diagnóstico de Trastorno por Estrés Post Traumático.

c) la violencia sexual y doméstica

Por último y siguiendo a Cazabat (2002), el movimiento feminista por la liberación de la mujer que se desarrolló en los años 70 consiguió revelar una realidad que se mantuvo oculta por siglos: la de la violencia doméstica y sexual contra las mujeres y los niños. Hasta ese momento, hablar de la violencia sufrida por mujeres y niños en la “intimidad” de su hogar, sólo llevaba a mayor vergüenza, humillación y descreimiento. El silencio impuesto por el miedo y la vergüenza perpetuaban la condición, dejando impune a los agresores.

Según los estudios realizados las víctimas de la violencia sexual y doméstica presentaban síntomas similares a los de los veteranos de guerra.

Se estudió nuevamente el fenómeno del abuso sexual infantil, encontrándose una realidad aterradora: según algunas encuestas, una de cada cuatro mujeres había sido violada y una de cada tres abusada sexualmente. Del mismo modo, Cazabat (2002) indica que en 1971 se realizó un evento sobre los efectos de la violación, organizado por New York Radical Feminists. Poco tiempo después Ann Burgess y Linda Holstrom publicaron su trabajo pionero sobre síndrome de Trauma por violación (rape trauma en syndrome). En 1979 Leonore Walker introduce el término de “síndrome de mujer golpeada” (battered woman syndrome).

Cazabat (2002) considera que sólo después del triunfo del movimiento de los veteranos en 1980, quedó claro que las mujeres y niños violadas, abusadas y/o golpeadas, sufrían

del mismo trastorno que los veteranos. En 1985 fue fundada, por iniciativa de Charles Figley, la que hoy se llama ISTSS (International Society for Traumatic Stress Studies), la primer sociedad internacional de profesionales dedicados al estudio del Trauma Psicológico, y que edita el Journal of Traumatic Stress desde el año 1987.

Holen, citado por Lescano (2004) establece que las personas que son victimas de sucesos aversivos inusuales de forma brusca, tales como las consecuencias de la guerra, las agresiones sexuales, los accidentes, o las catástrofes, pueden sufrir Trastorno por Estrés Post Traumático.

Asimismo Colombo, Agosta y Barilari (2008), sostienen que el maltrato infantil y, principalmente el abuso sexual, deja una serie de secuelas que en general son abordadas en la clínica de niños y adolescentes como síntomas o efectos a corto y largo plazo que lo traumático provoca en el psiquismo. Dado que todo trauma desborda al aparato psíquico, toda situación que un menor padece a manos de los adultos provoca una serie de síntomas asociados al estrés postraumático.

En general, el trastorno tiende a ser más grave y más duradero cuando el suceso sufrido es más intenso y cuando las causas son obra del ser humano y no meramente accidentales.

Malacrea (1998) utiliza una metáfora para referirse a aquellas personas que han sufrido una situación de abuso sexual cuando se refiere al abuso como una bomba de relojería, de la que nadie conoce ni controla el temporizador y que está lista para estallar en el presente o en el futuro con sufrimientos y fracasos gravísimos para quien no ha podido elaborar la experiencia traumática.

Trauma con “T” y trauma con “t”

Shapiro y Forrest (2007) denominan trauma con “T” a aquellos eventos en los cuales se percibe una amenaza a la integridad física tales como guerra, crímenes, violación, secuestro, asaltos y desastres naturales. Estos hechos son tan estresantes que pueden abrumar nuestra capacidad natural para enfrentarlos. Dan como resultado un intenso miedo, extremados sentimientos de indefensión y una pérdida de control aplastante. Por otro lado, denominan trauma con “t” a aquellas experiencias inocuas pero inquietantes a las cuales la vida diaria nos enfrenta. Puede acarrear los mismos sentimientos que el trauma con “T” y tiene consecuencias de mucho más largo alcance.

TEPT y disociación.

TEPT y disociación se encuentran íntimamente relacionados. Según Lescano (2004) se puede hacer un paralelo de el diagnóstico de TEPT con la aparición y desaparición

que sufrió el diagnóstico de disociación ya que ambos cuadros, el de estrés postraumático y el de trastorno disociativo de la identidad, están profundamente relacionados formando un continuum: la presencia de uno o varios traumas en la infancia o adultez provoca el TEPT, en tanto la presencia de continuos traumas en la infancia o en la adolescencia puede provocar el trastorno disociativo. Lescano señala que ambos cuadros aún continúan siendo subdiagnosticados, y que la comorbilidad de ambos es frecuente con diferentes cuadros clínicos y suelen ser pasados por altos por ese motivo en la entrevista diagnóstica ante la falta de investigación sistemática.

Resulta importante no poner en duda la existencia de patología psiquiátrica causada por traumas psicológicos o emocionales, sea por abusos sexuales, maltratos físicos, negligencia o descuido del infante.

Modelo Psicoterapéutico EMDR

“EMDR es un modelo psicoterapéutico de ocho fases que reúne aspectos de todas las principales orientaciones psicológicas. Ha sido covalidado por la investigación controlada como efectivo y eficiente para el tratamiento del TEPT”
(Shapiro y Maxfield, 2002).

Un descubrimiento azaroso

Era la primavera del año 1987, la Dra. Francine Shapiro había salido a dar una vuelta por el parque. Mientras caminaba y tenía en mente algunos pensamientos perturbadores dio cuenta de que súbitamente éstos habían desaparecido. Se quedó pensando en esto y descubrió que cuando venían a su mente esos recuerdos, ya no le resultaban tan perturbadores como antes y su validez había disminuido (Shapiro, 2001). Esto llamó poderosamente la atención de Shapiro ya que sus pensamientos perturbadores comenzaban a desaparecer y habían cambiado sin que ella hiciera un esfuerzo conciente para lograrlo.

Comenzó a prestar mucha atención a lo que estaba sucediendo y percibió que cuando los pensamientos perturbadores venían a su mente, sus ojos comenzaban a moverse muy rápidamente de abajo hacia arriba y de manera espontánea, y otra vez, los pensamientos desaparecían. Al pensar en ellos de forma voluntaria, su carga negativa se había reducido notoriamente. Cuando Shapiro descubrió esto, comenzó a realizar movimientos oculares de manera deliberada al tiempo que se concentraba en pensamientos y recuerdos perturbadores y descubrió que estos pensamientos también desaparecían y perdían su carga emotiva. Shapiro (2001) explica que su interés creció a

medida que pensó en los efectos potenciales que podría tener este tipo de efecto.

Días después, la Dra. Shapiro(2001) , comenzó a experimentar lo que había vivenciado con amigos, colegas y participantes de talleres de psicología a los que asistía. Estas personas sufrían una amplia gama de malestares no patológicos y habían asistido a distintos tipos de terapias psicológicas. Cuando preguntaba “¿Sobre que problema quiere trabajar?”, las personas sacaban a flote recuerdos, creencias y situaciones de naturaleza perturbadora. Shapiro les mostraba de qué manera había movido ella los ojos rápidamente, hacia arriba y hacia abajo, y les pedía que imitaran tales movimientos oculares mientras recordaban sus problemas. Shapiro se encontró con el problema de que la mayoría de las personas no tiene el suficiente control muscular para mover sus ojos durante un período de tiempo prolongado, entonces pidió que siguieran sus dedos con la vista, al tiempo que ella movía su mano de un lado a otro hasta lograr que los movimientos oculares duplicaran la velocidad y la dirección que había empleado ella misma aquel día en el parque. Logró que así funcionara de manera más adecuada.

Sin embargo, se encontró con un segundo obstáculo: las personas comenzaban a sentirse mejor pero quedaban atrapadas por el material perturbador.

Con el fin de vencer esta dificultad, probó distintos tipos de movimientos oculares (más rápidos, más lentos y en distintas direcciones) y pidió a las personas que concentraran su atención en toda una variedad de cosas distintas (como diversos aspectos del recuerdo específico o los sentimientos que éste producía).

Después de haber trabajado con alrededor de setenta personas durante aproximadamente seis meses, Shapiro desarrolla un procedimiento convencional que de manera consistente lograba aliviar los males. Debido a que su enfoque principal se basaba en reducir la ansiedad del paciente y debido a que la modalidad que ella seguía en esa época era conductual, dio al procedimiento el nombre de Eye Movement Desensitization (EMD) (Desensibilización por medio de Movimientos oculares)

Estudios controlados

Durante el invierno de 1987 Shapiro (2004) decidió corroborar si el método EMD obtendría el mismo éxito en condiciones controladas. Dado que en su trabajo inicial había logrado gran eficacia al emplear el método con recuerdos antiguos decidió que su primer estudio oficial fuera con un grupo homogéneo de personas aquejadas por recuerdos antiguos.

Shapiro (2004) pensó en las víctimas de violaciones sexuales, las víctimas de acoso sexual y los veteranos de Vietnam, quienes cumplen con el diagnóstico de Trastorno por

estrés postraumático (TEPT). Parecía ser su población ideal para trabajar debido a sus recuerdos antiguos, aunque no sabía si los procedimientos probarían ser efectivos en resolver los recuerdos traumáticos ya que aún no lo había probado en personas con patología.

A fin de probar si EMD funcionaría con personas aquejadas por recuerdos traumáticos Shapiro halló un voluntario que había sufrido traumas al participar en la guerra. Shapiro (2004) relata su acercamiento al veterano de guerra y su empleo con EMD. “Doug” era consejero del programa local de ayuda para veteranos de Vietnam. Generalmente era una persona bien adaptada y exitosa pero había un recuerdo recurrente que parecía perturbarlo de manera continua y exagerada. Durante un recorrido militar que realizó en Vietnam en los años sesenta, Doug había servido como soldado de infantería. Un día, cuando estaba cargando cadáveres de un helicóptero de rescate, un compañero suyo se acercó para darle malas noticias acerca de uno de los cuerpos que acababa de descargar. Shapiro le pidió a Doug que mantuviera en su mente el recuerdo de ese momento al mismo tiempo que seguía el movimiento de la mano de Shapiro con sus ojos. Luego de dos o tres series de movimientos oculares, Doug expresó que la escena había cambiado, la parte auditiva del recuerdo había desaparecido y solamente lograba ver que la boca de su compañero se movía pero no emitía ningún sonido. Tras la realización de otras series de movimientos oculares Doug dijo que la escena se había transformado dentro de su mente hasta parecerse a “un trozo de pintura descarapelada bajo el agua” y que ahora se sentía tranquilo. “Finalmente puedo decir que la guerra ha terminado y puedo decirles a todos que pueden regresar a casa”, dijo. Luego Shapiro le pidió que pensara en Vietnam y la imagen que surgió, en lugar de cadáveres, fue un recuerdo de la primera vez que había volado sobre ese país, cuando le había parecido un jardín paradisíaco. Esa fue la primera vez en 20 años que Doug había recordado una imagen positiva de Vietnam. Seis meses más tarde Shapiro contactó nuevamente a Doug y éste dijo que los efectos positivos perduraban y que a partir del tratamiento, la imagen perturbadora no había vuelto a irrumpir su mente. Además cuando buscaba voluntariamente que el recuerdo brote, le venía a la mente la imagen del “trozo de pintura” y ya no sentina la menor angustia cuando lo veía.

El éxito alcanzado con Doug parecía confirmar que los recuerdos traumáticos antiguos podían ser localizados y resueltos por medio de éste método. Con estas consideraciones, Shapiro inició un estudio controlado en el año 1989 con víctimas de violación, víctimas

de abusos sexuales y veteranos de guerra de Vietnam que padecían recuerdos traumáticos. Los sujetos fueron asignados azarosamente al grupo de tratamiento y al grupo control. Shapiro empleó el método EMD con el grupo en tratamiento y a los sujetos en el grupo control les aplicó un efecto placebo al pedirles que describieran detalladamente el recuerdo traumático que les aquejaba. Shapiro interrumpió a los sujetos de ambos grupos el mismo número de veces con el fin de evaluar su nivel de ansiedad y para obtener un feedback, empleando las mismas preguntas (Ej.: ¿que ve ahora?).

Les pidió de forma individual a los sujetos de ambos grupos que le hablaran de la imagen perturbadora de su recuerdo traumático, junto con cualquier pensamiento o creencia negativa que tuvieran acerca del incidente mismo de su participación en él.(Ej.: “no valgo nada”, “no tengo ningún control sobre mí mismo”). A esto lo denominó cognición negativa. Después, se solicitó a los sujetos que rememoraran el recuerdo y también la cognición negativa y que ellos mismos puntuaran su nivel de ansiedad empleando una escala denominada Escala de Unidades Subjetivas de Perturbación (SUD) de 10 puntos, donde el 0 representa intensidad neutral y el 10 corresponde al más alto grado de intensidad posible. A su vez, pidió que verbalizaran un pensamiento o creencia positiva que les gustaría tener respecto a sí mismos (Ej.: “Valgo la pena”, “Tengo control”). Por último, les pidió que calificaran cuán cierta les parecía esta creencia positiva a través de una escala diferencial de 7 puntos llamada Escala de Validez de Cognición (VoC) en la que 1 significa un concepto “completamente falso” y 7 significa que el concepto es “completamente verdadero”.

Los resultados fueron contundentes. El grupo bajo tratamiento reveló dos cambios importantes: disminuyeron los niveles de ansiedad, demostrando un efecto pronunciado de desensibilización, y aumentó notablemente su percepción respecto a cuán ciertas eran sus creencias, lo que demostró una fuerte reestructuración cognitiva. En el grupo control, en cambio, se incrementaron los niveles de ansiedad y también disminuyó su sentido de autoeficacia. Por cuestiones éticas el método EMD fue aplicado al grupo control después de participar en la condición placebo y se obtuvieron efectos positivos del tratamiento con la condición de tratamiento retardado.

Los efectos positivos de tratamiento indicaron una desensibilización sustancial, una notable reestructuración cognitiva y una disminución de los síntomas principales.

Junto con otros dos estudios acerca de Terapia de Exposición Prolongada (TEP) publicados ese mismo año y que descubrieron que los síntomas se redujeron en un 30

%, la investigación piloto del método EMDR se convirtió en uno de los primeros estudios controlados publicados que evaluaban sintomatología del TEPT.

Otros estudios demuestran la eficacia del método EMDR

Shapiro (2004) manifiesta que luego de la realización de la investigación piloto inicial fueron publicados numerosos estudios rigurosamente controlados sobre el método EMDR que ofrecen prueba de su eficacia.

A continuación se indicaran algunos estudios que demuestran la eficacia del método EMDR según Shapiro y Forrest (2007):

Estados Unidos:

- Meta análisis de todos los tratamientos psicológicos y de farmacoterapia para tratar el TEPT. Van Teten & Taylor en el año 1998 revisan 59 estudios, y concluyen que *“EMDR es efectivo para el tratamiento del TEPT, y es mas eficaz que otros tratamientos”*.
- De acuerdo a la Fuerza de trabajo de la División Clínica de la American Psychological Association, EMDR es una metodología validada empíricamente para tratar TEPT.
- Las directivas de Práctica Clínica para el manejo del Estrés Post Traumático, del Departamento de Asuntos para Veteranos del Departamento de Defensa de los Estados Unidos en el año 2003 designaron a EMDR como *“un tratamiento efectivo para el TEPT, tanto en civiles como en combatientes”*. Esto tiene un nivel de recomendación A: Fuerte recomendación de que la intervención con esta metodología es siempre indicada y aceptable.
- Las directivas de tratamiento de la International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) en el año 2002 designaron a EMDR como un *“tratamiento efectivo para el trastorno de Estrés Post traumático”*.

Francia:

Las Directivas del Instituto Nacional de Salud e Investigación Médica (INSERM) en el año 2004 designaron a EMDR como *“Un tratamiento efectivo para las víctimas de trauma”*.

Suecia:

Las recomendaciones regionales de tratamiento para Trastornos de Ansiedad de Suecia en el año 2003 designaron a EMDR como un tratamiento efectivo para el TEPT.

Holanda:

En el año 2003, las directivas de Cuidados en Salud Mental designaron a EMDR como

“Un tratamiento efectivo para tratar el TEPT”.

Irlanda:

Las directivas actuales de tratamiento del departamento de Salud de Irlanda, han designado a EMDR como *“un tratamiento efectivo para las víctimas de trauma”*.

Reino Unido e Israel:

Las directivas actuales de tratamiento del Departamento de Salud del Reino Unido y del Consejo Nacional Israelí de Salud Mental han designado a EMDR como *“Un tratamiento efectivo para tratar el TEPT y las víctimas del terror.”*

Un cambio en el paradigma

Shapiro(2004) establece que el continuo refinamiento de los procedimientos y la evaluación de reportes clínicos de terapeutas capacitados llevaron a comprender que los procedimientos óptimos provocaban simultáneamente, tanto la desensibilización y la reestructuración cognitiva de los recuerdos, como la obtención de revelaciones espontáneas y un aumento en la autoeficacia del paciente. Todo ello parecía ser resultado del procesamiento adaptativo de los recuerdos perturbadores y por ello, en 1990 Shapiro le dio un nuevo nombre al método: Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) (Desensibilización y Reprocesamiento por medio de Movimientos Oculares). El cambio de nombre, a su vez incluyó un cambio en la orientación psicológica, tratándose ahora de un paradigma más integrativo del procesamiento de la información. El modelo integrativo conocido como Procesamiento de la Información a un estado adaptativo subraya una metodología que estimula la modalidad presumiblemente autocurativa de un sistema inherente al procesamiento de la información. Los recuerdos de la infancia son la base de muchas patologías padecidas actualmente y se considera que los efectos del método EMDR cambian rápidamente el impacto de dichos recuerdos con el fin de cambiar el presente. Un enfoque de tres vertientes (pasado, presente y futuro) es empleado para atacar el suceso etiológico, los detonadores actuales y los patrones de conducta que asegurarán acciones adecuadas en el futuro.

Hipótesis Neurofisiológica

El modelo de Procesamiento de la Información a un estado adaptativo que propone Shapiro (2004) es ofrecido como una hipótesis neurofisiológica funcional debido a que el conocimiento actual que tenemos de la fisiología del cerebro no es suficiente para comprobar su exactitud.

Shapiro (2004) expone que El modelo de Procesamiento de la información a un estado adaptativo (SPIA= Sistema de Procesamiento de Información a estados Adaptativos) establece la existencia de un sistema fisiológico innato diseñado para transformar información que resulte perturbadora en una resolución adaptativa y en una integración psicológica sana. Pero advirtiendo que, un trauma también puede bloquear el sistema de procesamiento de la información provocando síntomas del TEPT.

Siguiendo el Manual Modelo Psicoterapéutico EMDR de Shapiro (2009), la base de la patología en EMDR se encuentra en un bloqueo en el funcionamiento del SPIA que redunde en información guardada de manera no adaptativa, disfuncional en las redes de memoria.

Modelo Psicoterapéutico EMDR

Según el Manual del Modelo Psicoterapéutico EMDR del Curso de Entrenamiento Básico escrito por Shapiro (2009), EMDR es un abordaje de tratamiento integrativo en ocho fases que combina aspectos de las principales orientaciones en psicoterapia. Los diferentes diagnósticos requieren distintos procedimientos y protocolos a menudo personalizados. Sin embargo, todos los protocolos incorporan el abordaje de tres vertientes prestando atención al pasado, presente y futuro. EMDR es un abordaje psicoterapéutico guiado por un modelo de procesamiento de la información siendo la piedra angular del mismo las redes de memoria en donde se hallan los síntomas clínicos y la salud mental. Por lo tanto, los recuerdos no procesados serían la base primaria de la patología.

Shapiro (2004) compara el procesamiento de la información y los demás sistemas corporales explicando que el sistema físico de procesamiento de la información es como los demás sistemas corporales adaptado fisiológicamente a la salud, mueve la perturbación hacia una resolución adaptativa, creando recuerdos funcionales y redes de memoria. Cuando se produce una interrupción en el sistema de procesamiento de la información, la información queda sin procesar y se almacena inadecuadamente, tal como fue percibida. Estas disrupciones en el procesamiento pueden ser causadas por altos niveles de emociones perturbadoras, que pueden bloquear el procesamiento adaptativo de las experiencias. El reprocesamiento es necesario para forjar asociaciones adaptativas entre redes de información almacenadas en el cerebro.

Componentes del tratamiento EMDR

Resulta de importancia delinear los componentes básicos del procedimiento EMDR.

Según Shapiro (2004), estos incluyen la imagen, las cogniciones negativas y positivas, las emociones y las sensaciones físicas

La imagen El terapeuta deberá pedir al paciente que piense en el suceso que lo perturba y que luego centre su atención en una imagen que represente el incidente completo o la parte que más lo abruma. La meta consiste en establecer un vínculo entre la conciencia y el sitio del cerebro en donde está almacenada esa información (se ilumina la red neuronal)

La cognición negativa Se le pide al paciente que diga una creencia negativa subyacente o que haga una evaluación de sí mismo en cuanto a la inadaptación que acompaña esa imagen. A esta declaración se la denomina “cognición negativa”. La cognición aquí representa la interpretación que el paciente realiza en el presente sobre su persona y no constituye una mera descripción. Cuando se estimula el recuerdo traumático, el paciente siente las emociones que han sido almacenadas disfuncionalmente y la cognición negativa sirve para darle significado. Al igual que la imagen, las cogniciones negativas se vinculan con el material disfuncional que necesita ser procesado. La cognición negativa es definida como la manera en que las víctimas se evalúan negativamente a sí mismas en el presente.

Algunos pacientes experimentan dificultades a la hora de formular una cognición negativa. El terapeuta puede ayudar ofreciéndole una lista de cogniciones negativas alternativas que le ayuden a comprender el concepto. Si al paciente presenta dificultades en expresar en palabras una cognición negativa, se le pueden ofrecer ejemplos que parezcan apropiados. La mayoría de las cogniciones negativas parecen pertenecer a tres categorías:

- 1) responsabilidad/ defectuosa
- 2) falta de seguridad
- 3) falta de control

Identificando la cognición negativa se ayuda al paciente a reconocer de manera más amplia su irracionalidad, establece un punto de partida y ayuda a estimular la información disfuncional que necesita ser reprocesada.

La cognición positiva Una vez identificada la cognición negativa asociada con el blanco, el paciente debe identificar una cognición positiva deseada y la tiene que calificar en una escala VoC de 7 puntos en la que 1 significa “completamente falso” y 7 “completamente verdadero”. La calificación deberá basarse en cuán cierta y creíble le parece la cognición positiva al paciente.

El motivo por el cual se identifica una cognición positiva deseada es para marcar la dirección que debe seguir el tratamiento, estimulando las redes neuronales alternativas y para ofrecer al paciente y al terapeuta un punto de referencia a partir del cual se puedan evaluar los progresos. En ocasiones el paciente puede necesitar ayuda para formular cogniciones positivas, Si al paciente se le dificulta expresar una cognición positiva con palabras, se le puede ofrecer una lista para que vea cual de ellas se aplica a su caso. Hay que evitar usar la palabra “no” en la formulación de una cognición positiva. La intención es que alcancen una redefinición positiva de sí mismos.

Después de haber procesado el material antiguo disfuncional, la cognición positiva será vinculada intencionalmente con la información perturbadora del pasado, se insertará la cognición positiva en la red de recuerdos y es posible que la cognición se generalice por medio de la red hacia todas las experiencias relativas. Además al recordar la información procesada, ésta accederá a la conciencia y entonces dominará la cognición positiva. Esta vinculación permitirá que toda la información relativa a resultados positivos pueda asociarse al material que antes era traumatizante. Esto es considerado por el modelo el primer resultado de un procesamiento con éxito.

Las emociones Se pide al paciente que tenga en mente la imagen del recuerdo y su cognición negativa y que nombre la emoción que siente y que califique lo que siente en la actualidad a través de la escala SUD (Escala Subjetiva de Perturbación). El terapeuta debe asegurarse de que el paciente no responda el nivel de angustia que sintió en el momento del evento traumático. Al hacer que el paciente evalúe su propia perturbación emocional, el terapeuta puede determinar cuales recuerdos deberán ser enfocados por el tratamiento.

Las sensaciones físicas Son aquellas que se generan cuando el paciente se concentra en un recuerdo traumático, constituyen puntos focales que resultan de utilidad para el tratamiento. No se considera que la sesión de EMDR se haya completado hasta que se haya reprocesado apropiadamente todas las sensaciones físicas generadas por pensamientos vinculados con el trauma.

Activación del Sistema de Procesamiento de la Información

Para activar el sistema de procesamiento de información del paciente a partir del modelo EMDR se utiliza el empleo de movimientos oculares dirigidos o formas alternativas de estimulación como golpeteos, palmadas o sonidos (Estimulación bilateral). Shapiro (2004) señala que los clínicos han reportado que generalmente se requiere una serie de 24 movimientos para que el paciente promedio pueda procesar el material cognitivo hasta alcanzar un nuevo nivel de adaptación. De todas formas, será la respuesta del paciente la que lo determine.

Acercamiento a EMDR

EMDR incorpora elementos de otros abordajes clínicos. Los terapeutas EMDR provienen de diversos abordajes teóricos y formaciones. Terapeutas de todas las orientaciones pueden integrar exitosamente los principios, protocolos y procedimientos EMDR a su práctica clínica.

El manual utilizado para el Curso de Entrenamiento Básico en EMDR escrito por la Dra. Shapiro (2009) explica como EMDR es una forma distinta de psicoterapia que se dirige directamente al recuerdo almacenado fisiológicamente antes que usar terapia “parlante” para manejar creencias, conductas o emociones disfuncionales. Los cambios ocurren a causa del reprocesamiento de las redes de recuerdos enfocadas.

Abordaje de Tres Vertientes.

Shapiro (2009) señala que se debe enfocar y reprocesar cada uno de los eventos traumáticos en el siguiente orden:

- 1- Eventos del pasado
 - a) Primera experiencia etiológica(evento base)-contribuyente experiencial más antiguo
 - b) Peor experiencia contribuyente
 - c) Experiencias pasadas adicionales
- 2- Disparadores del presente- incidentes perturbadores actuales
- 3- Patrones a futuro- resultados deseados.

Utilizando un plan de tratamiento EMDR de ocho fases, los terapeutas tratan las experiencias pasadas que establecieron las bases para la patología del paciente y sus manifestaciones clínicas, las situaciones del presente que provocan y/o intensifican el problema y la instalación de las habilidades y recursos necesarios para desarrollar una conducta apropiada en el futuro. Los resultados del tratamiento según Shapiro (2004) se obtiene a partir de prestar atención al insight, a las emociones y a las respuestas físicas

porque aunque EMDR puede ser utilizado tan sólo para reducir los síntomas, el objetivo final es lograr un funcionamiento saludable y completo tanto en los niveles intra e interpersonal.

EMDR es un modelo de 8 fases... 1

Fase Propósito Procedimiento

Fase 1

Historia clínica

- Obtener antecedentes
- Establecer si es adecuado para tratamiento EMDR
- Identificar blancos de procesamiento en los eventos positivos y negativos de la vida del paciente
- Administrar cuestionarios estándar de historia y tests psicométricos diagnósticos
- Revisión de criterios y recursos
- Preguntar acerca de las 3 vertientes.

Fase 2

Preparación

- Preparar a pacientes para el procesamiento EMDR de los blancos
- Estabilizar e incrementar el acceso a afectos positivos (Lugar Seguro/Calmo)
- Instruir sobre el cuadro de síntomas
- Enseñar metáforas y técnicas que promuevan estabilización y sentido de automanejo y control

Fase 3

Evaluación

- Acceder al blanco a procesar con EMDR estimulando los aspectos primarios del recuerdo
- Obtener ICES (Imagen, creencias, emoción y sensación física) y mediciones básicas

Fase 4

Desensibilización

- Procesar las experiencias hacia una resolución adaptativa (SUD 0)
- Procesar todos los canales para permitir una completa asimilación de los recuerdos
- Incorporar modelos para experiencias positivas
- Usar protocolos estandarizados EMDR permitiendo la espontánea emergencia de nuevas comprensiones, emociones, sensaciones físicas y otros recuerdos

Fase 5

- Aumentar las conexiones a Identificar la mejor

1 Shapiro, F. (2009). Manual del Modelo Psicoterapéutico EMDR. Curso de Entrenamiento Básico. Bs.As: SAPsi

Instalación redes cognitivas positivas

- Aumentar los efectos de generalización entre recuerdos asociados. cognición positiva
- Amplificar la validez de la cognición positiva deseada a un VOC 7

Fase 6

Chequeo corporal

- Completar el procesamiento de cualquier perturbación residual asociada con el blanco
- Concentrarse en el evento blanco y procesar cualquier sensación física residual

Fase 7

Cierre

- Asegurar la estabilidad del paciente al completar una sesión EMDR y entre sesiones
- Uso de imaginación guiada o técnicas de autocontrol si fuesen necesarias
- Instruir acerca de expectativas e informes de comportamientos entre sesiones

Fase 8

Reevaluación

- Evaluación de los efectos del tratamiento
- Asegurar un procesamiento exhaustivo a través del tiempo
- Explorar lo que emergió desde la última sesión
- Reacceder al recuerdo de la última sesión
- Evaluar la integración con el sistema social ampliado.

Glosario de términos EMDR

Nodo ó Blanco. Se denomina Nodo/Blanco al recuerdo designado para el procesamiento terapéutico. ES una experiencia almacenada biológicamente, que representa una red de recuerdos. El procedimiento EMDR activa el recuerdo blanco y estimula el SPIA. Abreacción. Efecto de re-experimentar el recuerdo estimulado a un elevado nivel de perturbación.

Validez ecológica. Todo lo que sea apropiado y válido dentro del ambiente en que se desenvuelve actualmente el paciente.

Generalización. El hecho de reprocesar el incidente representativo de un trauma generalmente resultará en una generalización, permitiendo que todos los efectos

positivos del tratamiento se extiendan a todos los incidentes, sentimientos, sensaciones y emociones asociadas al incidente original.

Procesamiento. Implica una transmutación del material disfuncional y la vinculación gradual con información adecuada, útil, que procure en el paciente un sentimiento de crecimiento personal.

Las 8 fases del protocolo estándar EMDR

El tratamiento EMDR consiste en 8 fases. El número de sesiones dedicadas a cada fase y el número de fases trabajadas en cada sesión varían según el paciente.

A continuación se explicará brevemente cada una de las fases teniendo en cuenta lo explicado por Shapiro en sus diversas publicaciones: Shapiro (2001); Shapiro (2004); Shapiro y Forrest (2007); Shapiro (2009):

Fase 1: *Historia clínica.* Se basa en registrar el historial clínico del cliente y planear su tratamiento. La primera fase incluye una evaluación de los factores que determinan la seguridad del paciente así como su elegibilidad para recibir el tratamiento. Un criterio fundamental para determinar si el paciente es apto para recibir tratamiento EMDR es su capacidad de manejar altos niveles de perturbación que son precipitados por el procesamiento de la información disfuncional. Por lo tanto, la evaluación incluye una valoración de la estabilidad personal y de las limitaciones de la vida actual del paciente. Si el paciente está apto para recibir tratamiento EMDR, el clínico debe obtener la información necesaria para diseñar un plan de tratamiento. Se registra el historial clínico del paciente, se hace una evaluación de todo el panorama clínico incluyendo conductas disfuncionales, síntomas y características que necesitan ser atendidas. El clínico determina los blancos específicos que necesitarán ser reprocesados. Estos blancos incluyen sucesos del pasado que dieron origen a la patología, detonadores actuales que estimulan el material disfuncional y los tipos de conductas y actitudes positivas necesarias para el futuro.

El método EMDR deberá ser empleado para reprocesar la información solo después de que el clínico haya completado esta fase.

Fase 2: *Preparación.* En la fase preparatoria se establece una alianza terapéutica en la que el clínico le explica al paciente en qué consiste el proceso EMDR y cuáles son sus efectos, contestando sus dudas y preguntas e iniciando procedimientos de relajamiento y de seguridad básica. El terapeuta debe informar al paciente que puede experimentar perturbaciones emocionales durante y después de las sesiones EMDR, Esta fase también

incluye informar al paciente sobre la teoría del método EMDR y los procedimientos que implica. Se ofrecen algunas metáforas útiles para alentar el procesamiento exitoso, explicando al paciente que es lo que puede esperar de los efectos del tratamiento. Se enseñan habilidades de afrontamiento para utilizar en sesión y entre sesiones (Lugar calmo/seguro, ejercicio del contenedor, relajación, etc.). Se desarrolla e incrementa un lugar seguro/calmo con el paciente, Se explica la mecánica del tratamiento (Posición de los asientos, distancia, Movimiento Ocular, Táctil/Auditiva, Estimulación Bilateral), Se explica que el paciente tiene el control y que al levantar la mano detendrá inmediata y completamente el procesamiento.

Fase 3: *Evaluación.* El objetivo es acceder al blanco para el reprocesamiento EMDR, estimulando los aspectos principales del recuerdo. Se establecen componentes del blanco y se toman líneas de base de un modo seguro y estructurado para facilitar el acceso y procesamiento. En la fase evaluativa el clínico identifica los componentes del blanco y establece una respuesta base antes de iniciar el procesamiento. Una vez que el recuerdo haya sido identificado, se pide al paciente que elija la imagen que represente mejor dicho recuerdo. Luego se le pide que escoja una cognición negativa que exprese una autoevaluación disfuncional o de desadaptación que se relacione con su participación en el suceso. Estas creencias negativas son verbalizaciones de las emociones y de los sentimientos perturbadores e incluyen declaraciones como “soy una persona mala, inútil, etc.” El paciente luego especifica una cognición positiva que luego será usada para sustituir a la cognición negativa durante la fase de instalación (fase 5), Siempre que sea posible, esta deberá incorporar un locus interno de control por ejemplo “soy una persona que vale la pena”, “soy una persona buena”. El Paciente evalúa la validez de la cognición positiva utilizando la Escala VoC (Validez de la cognición positiva) de 7 Puntos.

La imagen y la cognición negativa se combinan para identificar la emoción y el nivel de perturbación que será medido por la escala SUD (Escala de Unidades Subjetivas de Perturbación) de 10 puntos. Al paciente se le pide que elija un número que indique la intensidad de sus emociones cuando se localiza el recuerdo. Al comenzar el reprocesamiento, tanto las emociones como su intensidad probablemente sufrirán un cambio. Para sintetizar, el procedimiento que se utiliza en fase 3 se lo denomina DICES (Disparador, Imagen, Cognición, Emoción, Sensación).

Fase 4: *Desensibilización.* El objetivo de esta fase es reprocesar experiencias hacia una resolución adaptativa (El SUD deberá ser 0 para que el tratamiento quede completo).

Se comienza esta fase con una *frase integradora* “me gustaría que evoque esa imagen, (pausa) esas palabras negativas (cognición negativa), note en qué parte del cuerpo las siente (pausa) y siga mis dedos(o estimulación bilateral alternativa).

En esta frase se omite la emoción. Luego de la frase integradora se comienza con la Estimulación Bilateral, se hacen tandas de 15-30 segundos (se comienza con 24 pases) y luego más o menos según las necesidades del paciente, se le puede ir diciendo al paciente que “sólo lo note”, que “no hay supuestos” y que “deje que suceda lo que tenga que suceder”. Luego de cada tanda se le pide al paciente una retroalimentación. Se le dice: Terapeuta: “Respire suave y profundo... ¿que surgió?

Paciente: proporciona información sobre lo que está experimentando

Terapeuta: “Siga con eso” o “solo nótelo”

Se vuelve a hacer Estimulación bilateral hasta que aparezcan dos feedback neutros ó positivos.

Puede ocurrir que en ésta fase haya información bloqueada y que en el momento del feedback no surja nada, cuando esto sucede se debe volver siempre al blanco, se puede también cambiar la estimulación bilateral o enfocar las sensaciones en el cuerpo.

Se considera que hay que volver al blanco siempre que el paciente manifieste respuestas positivas o neutras repetidas (que significan el fin de un canal), cuando no manifieste ningún cambio después de dos tandas consecutivas de estimulación bilateral, cuando sus asociaciones sean demasiado vagas o muy lejanas del blanco original.

Para chequear el progreso del paciente o para identificar el fin de la Desensibilización se mide el SUD y para que concluya esta fase tiene que haber como se dijo antes dos feedback positivos o neutros y un SUD de 0.

Si no se puede llegar a 0 de SUD considerar SUD ecológico (que por alguna característica de la experiencia sería adaptativo que haya algún tipo de malestar) ó Creencias Limitantes.

Fase 5: *Instalación*. La quinta fase del tratamiento se denomina fase de instalación debido a que la atención se centra en acentuar e incrementar la fuerza de la cognición positiva que el paciente ha identificado como sustituto de la cognición negativa original. La fase de instalación se inicia una vez que el nivel emotivo del paciente en relación al suceso que constituye el blanco de la sesión haya descendido hasta 0 en la escala USPSUD.

Se chequea la cognición positiva inicial preguntando si cuando evoca el evento original todavía resultan válidas las palabras positivas que había designado antes o ahora hay alguna frase que lo represente mejor. Luego, se chequea el VoC pidiéndole al paciente que piense en el evento original y en esas palabras (cognición positiva elegida) y que diga en una escala donde 1 es completamente falso y 7 completamente verdadero, cuán verdaderas siente esas palabras de la cognición positiva en ese momento. Luego, el clínico pide al paciente que centre su atención en la cognición positiva junto con el recuerdo que es blanco de la sesión. “piense en el evento y manténgalo junto con las palabras... (Se repite la cognición positiva elegida)” Se vincula el blanco y la cognición positiva y se le agrega estimulación bilateral hasta que la calificación que el paciente haya dado a la cognición positiva alcance el nivel de 7 en la escala VoC. Para instalar la Creencia positiva se hacen más tandas de estimulación bilateral con pases lentos.

Al vincular la cognición positiva con el recuerdo que está siendo enfocado, se fortalece el vínculo asociativo de manera de que si se piensa en el recuerdo del evento original será acompañado ahora por la fuertemente vinculada y nueva cognición positiva. La cognición positiva es elegida en base a su capacidad de generalizar y reformar la perspectiva de la mayor cantidad posible de material disfuncional.

Cuando el paciente refiere VoC de menos de 7 hay que chequear la posibilidad de creencias limitantes, necesidad de nuevas habilidades en el paciente, necesidad de un nuevo plan de tratamiento o un SUD ecológico.

Fase 6: *Chequeo corporal.* Una vez que se instaló la cognición positiva, se pide al paciente que tenga en mente tanto el suceso que constituye el blanco de tratamiento como su cognición positiva, al tiempo que explora su cuerpo mentalmente. Se le pide que identifique cualquier tipo de tensión residual en la forma de sensación corporal. El objetivo de esta fase es completar el procesamiento de cualquier material traumático doloroso residual asociado con el tema blanco ya que el material almacenado disfuncionalmente a menudo se manifiesta a través de sensaciones físicas.

Esta fase se inicia pidiéndole al paciente que cierre los ojos y se le pide que tenga presente el recuerdo original, se le repite la cognición positiva elegida, luego se le pide que preste atención a las distintas partes de su cuerpo y le pedimos que nos diga si hay algún lugar donde sienta tensión, tirantez o alguna sensación inusual. Después del feedback que tengamos del paciente se reprocesa cualquier sensación negativa o se fortalece la positiva con tandas estándar de estimulación bilateral. El reprocesamiento del blanco elegido no se considera completo hasta obtener un chequeo corporal libre de

toda sensación negativamente asociada.

Fase 7: Cierre. El objetivo de esta fase es asegurar la estabilidad del paciente al completar la sesión EMDR así como también mantener la estabilidad del paciente entre sesiones. Se debe restituir a paciente a un estado de equilibrio emocional al final de cada sesión, aún cuando no se haya completado el reprocesamiento.

En sesiones completas (SUD=0, VoC=7, Chequeo corporal libre de perturbación) se le comunica al paciente que es hora de terminar, se alienta y apoya el esfuerzo y se le pregunta que nuevos pensamientos o comprensiones ha experimentado con el fin de activar la red neuronal positiva y ver que se lleva como aprendizaje.

En sesiones incompletas (SUD>0, VoC>7, Chequeo Corporal incompleto) se le comunica al paciente que es hora de terminar. Hay que estabilizar al paciente. Cuando el paciente demuestra una perturbación significativa se pone especial cuidado en la estabilización, se enfatiza la posibilidad de un procesamiento adicional y se le explica que estamos disponibles para él. Se utilizan estrategias como Lugar Seguro-Calmo, ejercicios de relajación, ejercicio del contenedor para que el paciente las realice entre sesiones y para que salga del consultorio de manera adecuada. Una vez que se ve al paciente estabilizado, se alienta y apoya el esfuerzo que ha realizado, se trata de que se lleve algo positivo, y algo que haya aprendido. Sobre los aprendizajes positivos que nombre se instalan con estimulación bilateral. Para concluir la sesión se le explica al paciente que el procesamiento puede continuar después de la sesión y que puede notar o no nuevas comprensiones, pensamientos, recuerdos, sensaciones físicas o sueños. Le pedimos que registre en su hoja DICES todo lo que note y le explicamos que hablaremos de eso en la próxima sesión. Le pedimos que recuerde utilizar una de las técnicas de autocontrol todos los días y después de cada vez que escriba algo en su registro DICES. El registro dices es un registro semanal en donde el paciente debe anotar DICES siendo D la situación que disparó la nueva experiencia perturbadora ese día, I la imagen que tiene de ella, C la creencia de sí mismo frente a ella, E la emoción que aparece y S la sensación en el cuerpo.

Fase 8: Reevaluación. La reevaluación deberá ser implementada al inicio de cada nueva sesión. El objetivo de esta fase es asegurar una atención clínica y un seguimiento de cada sesión EMDR en la que se haya trabajado como blanco con algún tipo de material perturbador. Se evalúa específicamente el recuerdo utilizado como blanco y se identifican otras asociaciones relevantes que pudieran haberse desarrollado como resultado del reprocesamiento. En esta fase se evalúa el progreso global del paciente. El

clínico le indica al paciente localizar nuevamente algunos blancos que se habían reprocesado antes y revisa las respuestas del paciente para determinar si se han mantenido los efectos del tratamiento. Debemos preguntar cómo se siente el paciente respecto del material que ha sido apuntalado previamente. Antes del cierre del tratamiento debemos asegurarnos el reprocesamiento completo de todo el material relevante así como también de que el paciente este adecuadamente integrado dentro del sistema social en el que se desempeña. La sesión se considera completa cuando el SUD=0 y VOC=7 y no hay perturbación en el escaneo corporal. Se continúa con otros blancos del Plan de Secuencia de Blancos hasta que todos estén completamente reprocesados y no haya malestar alguno. Cuando todos los eventos están reprocesados hay que evaluar patrón a futuro, buscando seguir reprocesando material que el paciente no puede afrontar. Si al paciente le está faltando desarrollar una habilidad hay que ayudar a fomentarla o a desarrollar habilidades para afrontar experiencias.

La sesión es incompleta cuando el VoC es distinto de 0 y el SUD distinto de 7, en ese caso se evalúa y se continúa reprocesando.

Método

Tipo de estudio

Descriptivo. Estudio de caso único.

Participante

Paciente de sexo femenino con 14 años de edad (a quien llamaremos A para preservar su nombre) que presenta un trastorno de estrés post traumático (TEPT) por haber padecido una situación de abuso sexual extrafamiliar.

Instrumento

Los instrumentos utilizados fueron:

- Entrevistas a madre. Entrevista focalizada recabando datos acerca de la historia familiar, nacimiento de la niña, relaciones interpersonales, personalidad de la niña, su relación con los adultos y con sus pares, escolaridad, contexto, condición socio económica e historia de sus padres.
- SUD (0-10) Unidades Subjetivas de Perturbación, O (neutral) 10(máxima perturbación). Utilizado para medir el nivel de perturbación asociado a un recuerdo.

Según el glosario de términos EMDR de EMDRIA Latinoamérica, el SUD fue desarrollado por el Dr. Joseph Wolpe y es extensamente usado en Terapia Conductual. La investigación ha demostrado que el SUD tiene un alto correlato con ciertos

indicadores fisiológicos de distress. El SUD es usado para medir la intensidad de cualquier afecto negativo. El SUD es chequeado antes del tratamiento para obtener una lectura basal, donde el paciente mantiene mentalmente la imagen representativa de un objetivo. El SUD es chequeado ocasionalmente cuando pareciera que el objetivo puede haber sido desensibilizado, y también para ayudarnos a evaluar el progreso del tratamiento. La fase de desensibilización (fase 4) continúa hasta que el paciente refiere un SUD de 0 o si es ecológicamente apropiado, de 1 o 2.

· VoC (1-7) Escala de Validez de la Cognición. Medida de la validez y veracidad de la CP (Cognición Positiva) al concentrarse en el blanco, de 1 (completamente falso) a 7 (completamente verdadero).

El VoC fue desarrollado por Francine Shapiro. Basado en credibilidad, el VoC es utilizado para medir cuanta confianza tiene el cliente en la cognición positiva durante las fases de evaluación e instalación.

Procedimiento

Se llevaron a cabo entrevistas semanales con la adolescente por consultorios externos del hospital en donde se utilizó el Modelo Psicoterapéutico EMDR con el fin de reducir o eliminar los síntomas del T.E.P.T que presentaba la paciente al comenzar el tratamiento.

Presentación del caso

En Octubre A, una adolescente de 14 años, fue víctima de un abuso sexual extrafamiliar por parte de dos desconocidos, dos hombres que la subieron a un auto a la fuerza y la obligaron a practicarles sexo oral. Al ingresarla al vehículo, la joven relata que había otra chica llorando que intentó gritar y le pegaron con una botella en la cabeza para callarla. Luego del episodio sufrido, los dos sujetos la dejan en un puente cerca de su casa.

La paciente ingresa al área de psicología pediátrica derivada por la infectóloga infanto juvenil del hospital.

La madre de A cuenta que desde que ocurrió este episodio su hija está muy callada “está como ida, colgada” y que no sabe como hacer para ayudarla.

Después de la admisión con la madre en Noviembre se pauta una entrevista con la adolescente para la semana siguiente. A no concurrió. Se contactó a la madre telefónicamente y nos refirió que A no quería hacer tratamiento psicológico y se negaba a concurrir. La jefa del área de Psicología le proporcionó los números de teléfono del servicio de psicología para niños y adolescentes del hospital con la posibilidad de que

nos contacte cuando fuera necesario o en caso de que A estuviese preparada para encarar un tratamiento.

En abril del corriente año, la madre de A vuelve al servicio solicitando ayuda para su hija. Pautamos nuevamente una entrevista de admisión con la madre y al cabo de unas semanas A concurre al servicio de psicología.

Se inician las entrevistas psicológicas con A, un trabajo conjunto con la jefa del área de psicología y la pasante.

En la primera entrevista A cuenta los sentimientos y emociones que tiene a partir del episodio vivido, no presenta dificultades para hablar, aunque se la ve nerviosa y con vergüenza. La adolescente expresa lo que le sucede cada vez que pasa por el puente donde la dejaron los sujetos que abusaron de ella. Dice- “es poner un mapa y encontrar ese mismo lugar” “cuando paso por el puente para ir al super no quiero ver”

Asimismo relata que tiene pesadillas desde lo ocurrido, que las mismas son entrecortadas, que sueña con el momento en que la agarraron, cuando le pegan... además de éstos sueños recordando el evento traumático se entremezclan con el recuerdo de familiares que han fallecido: su abuelo que murió hace un mes, su padre, su tío y una hermana (gemela de su hermana mayor que murió cuando era pequeña).

A también cuenta que evita ciertas cosas que le hacen mal como ver los noticieros de la tele a las 7 y 8 de la noche porque no le gusta ver “las cosas que les hacen a las chicas”, comenta que le dan miedo los autos que vienen rápido y se dirigen hacia ella porque le recuerdan a la situación que pasó y la paralizan “no me puedo mover y no se que hacer”.

Para concluir con la primera entrevista se trabaja con los sentimientos y sensaciones que tiene A., señalando que todos estos miedos, angustias, sentimientos de persecución son debidos a la situación que atravesó.

En la segunda entrevista A relata que sigue teniendo pesadillas con lo sucedido y que cuando se despierta le cuesta dormirse nuevamente. Le preguntamos si le gustaba dibujar y con una gran sonrisa contestó que sí. Le entregamos una hoja con la consigna de que cuando no pueda dormirse por las noches dibuje un lugar donde le gustaría estar, un lugar que le de paz y la tranquilice y relaje. Para concluir la sesión se le enseñaron técnicas de relajación en las cuales participó activamente y con ganas.

En la tercera entrevista, A vuelve a comentar que tiene pesadillas y flashes respecto de lo ocurrido y manifiesta que a veces ha tenido el pensamiento de querer morirse aunque

no ha pensado nunca como hacerlo. También ha tenido pensamientos acerca de lastimarse a sí misma pero después dice que no vale la pena y que piensa en su mamá y sus hermanas y que por ese motivo no haría nada de eso. Se le enseñaron nuevas técnicas de relajación y el ejercicio del abrazo de la mariposa que se describirá brevemente a continuación:

La técnica “El Abrazo de la Mariposa” o abrazo del amor a sí mismo, fue desarrollada por Lucina Artigas, durante un trabajo realizado en México con los sobrevivientes del huracán Paulina en el año 1997. Artigas y Jarero (2005) explican que la técnica consiste en: cruzar los brazos sobre el pecho, para que con la punta de los dedos de cada mano, se toque la zona que se encuentra debajo de la unión de la clavícula con el hombro.

Se pueden cerrar los ojos o tenerlos semiabiertos, viendo hacia la punta de la nariz.

A continuación, se mueven las manos en un ritmo alternado, como si fuera el aleteo de una mariposa. Se respira suave y profundamente, mientras que se observa lo que pasa por la mente y el cuerpo, sin cambiarlo, sin juzgarlo y sin reprimirlo. Como si fueran nubes que pasan en el cielo. La duración de este ejercicio es según los deseos de la persona. Este método de auto-estimulación contralateral, es usado en varios contextos, por ejemplo:

- Como ancla para instalar la técnica del “lugar seguro”.
- Para anclar emociones positivas, asociadas con imágenes producidas por la técnica de imaginación guiada.
- Durante el protocolo de EMDR con niños y adultos, con el fin de facilitar el procesamiento primario de memoria o memorias traumáticas fundamentales. Se piensa que el control que ejerce el paciente/cliente sobre su estimulación contralateral, es un factor de fortalecimiento, que ayuda a la retención de la sensación de seguridad, mientras que se reprocessan las memorias traumáticas.
- Durante la sesión clínica, como un método auto tranquilizante, tanto del paciente/cliente como del profesional en salud mental, pues lo pueden practicar simultáneamente.
- Una vez que los pacientes/clientes (Adultos o niños), han aprendido esta técnica, el profesional en salud mental puede instruirlos para que apliquen este método entre las sesiones, ya sea para modular cualquier emoción perturbadora que aparezca, para regresar al “lugar seguro” o como ayuda para conciliar el sueño.
- Algunos profesionales emplean este método simultáneamente con sus clientes/pacientes, como una ayuda para prevenir la traumatización secundaria.

- Otros clínicos lo han empleado como sustitución para tocar a los clientes/pacientes, diciéndoles: “Por favor, date un abrazo de la mariposa por mi”.

Diagnóstico.

Se infiere en el relato de A, el padecimiento de un Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT), debido a que cumple los criterios diagnósticos del DSM-IV (1994):

Criterio A: la persona ha estado expuesta a un evento traumático, como es la situación de abuso sexual por parte de dos sujetos desconocidos caracterizado como una amenaza a su integridad física. Frente al suceso, responde con temor, desesperanza u horror intenso.

Criterio B: Síntomas de reexperimentación. A tiene recuerdos acerca del acontecimiento traumático que le provocan malestar y también tiene sueños recurrentes sobre el hecho.

Criterio C: Síntomas evitativos y anestesia emocional. Ana evita el lugar en dónde los sujetos la dejaron luego del hecho. No tiene interés en la participación de actividades como es ir al colegio, evita pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático. También evitó en un principio hacer tratamiento psicológico,

Criterio D: Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal). A presenta dificultades para conciliar el sueño, dificultad para concentrarse y está en estado de hipervigilancia.

Criterio E: Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongaron durante más de 1 mes según comenta la madre de A y la propia paciente.

Criterio F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En el caso de A tales alteraciones le provocan un malestar significativo sumado al deterioro en actividades importantes de su vida, como el poco interés que manifiesta en asistir al colegio y a reuniones sociales.

Tras 3 sesiones con A y luego de establecer joining con la paciente se le propone trabajar con el método EMDR para ver si podíamos eliminar o reducir algunos de los síntomas que la paciente estaba manifestando. Le explicamos, tanto a Ana, como a su madre, en qué consistía el modelo EMDR y concordamos en empezar a trabajar con el mismo a partir de la próxima sesión.

A continuación se describirán las sesiones en las cuales se trabajó con la paciente con el

Modelo Psicoterapéutico EMDR. El abordaje con EMDR constó de 4 entrevistas de aproximadamente una hora y media cada una. En una primera entrevista se trabajó con fase 1, en la segunda con fase 2, la tercera entrevista constó de las fases 3, 4, 5, 6 y 7 y la última de la 8.

Aplicación clínica de EMDR a un caso de TEPT.

Siguiendo el Manual del Modelo Psicoterapéutico EMDR del curso de entrenamiento básico de Shapiro (2009), comenzamos a trabajar con Ana la Fase 1 del tratamiento EMDR, evaluando que Ana se encuentra apta para comenzar a trabajar con este modelo debido a que se observa una buena relación con las terapeutas, sumado a la capacidad del paciente para manejar el estrés dado que anteriormente se le habían enseñado técnicas de relajación. Afortunadamente, la presentación del paciente no es crítica debido a que no sufre de abuso de sustancias con peligro de muerte ni de intentos de suicidio graves, así como tampoco automutilación, comportamiento agresivo severo, conductas parasuicidas ni trastornos disociativos. Se la considera una paciente estable ya que cuenta con estrategias de estabilización y autocontrol adecuadas para disipar la perturbación si resulta necesario durante o entre sesiones. La estabilidad además la podemos inferir debido a que tiene sostenes de vida adecuados. En fase 1 recabamos información médica importante debido a una posible exacerbación de la salud física general con el estrés. En este caso A goza de muy buena salud. Se pregunta a la paciente si utiliza anteojos o lentes o posee dolor ocular para saber si utilizaremos o no la estimulación bilateral ocular. Su respuesta es que no utiliza anteojos ni tiene dolor en los ojos por lo cual la estimulación bilateral ocular será la forma de estimulación que se utilizará para reprocesar.

Le hablamos sobre su disponibilidad durante los próximos meses que se llevará a cabo la terapia con EMDR dado que es un tratamiento movilizador donde es necesario tener una continuidad. Tanto A como la madre nos confirman que estarán disponibles durante los próximos meses que trabajaremos.

Shapiro (2004) considera que los terapeutas deben utilizar EMDR sólo con clientes que cuenten con la suficiente estabilidad emocional y con las condiciones de vida apropiadas que les permitan manejar respuestas abreactivas lo mejor posible y que sean capaces de afrontar el procesamiento angustioso que pueda generarse. A raíz de lo expuesto anteriormente se considera que A puede ser tratada con EMDR. A continuación comenzamos a trabajar con el planeamiento de tratamiento:

Ficha de trabajo de Fase 1

Problema planteado

Terapeuta: “Vamos a hablar sobre el problema que te trajo a la consulta. Contame un poco más acerca de eso...”

Paciente: “Lo que me trajo acá es lo que me paso hace unos meses, dos tipos me subieron a un auto y me obligaron a hacer algo feo”

Síntomas

Terapeuta: “Contame que tipo de cosas (síntomas) experimentaste, sentiste relacionadas a este tema”

Paciente: “Tengo miedo de que me pase algo otra vez, lloro, tengo pesadillas...”

Duración

Terapeuta: “¿hace cuanto que te pasa esto?”

Paciente: “Desde que me pasó eso...Desde esa vez que me siento así”

Imagen

Terapeuta: “¿Qué imagen representa la peor parte del evento?”

Paciente: “La peor parte es cuando estoy ahí adentro de ese auto con gente que no conozco, que me hacen subir a la fuerza y que me obligan a hacer eso que vos sabés.”

Cognición negativa

Terapeuta: “Mirando la imagen de ese momento ¿qué palabras expresan mejor algo negativo sobre vos misma? ¿Qué dice de negativo sobre vos?”

Paciente: “Estoy sola, no me puedo defender”

Terapeuta: Si tuvieras que elegir una sola ¿Cuál es la que mejor describe lo que crees de vos misma?

Paciente: “No me puedo defender”

Cognición Positiva

Terapeuta: “Si recordamos de nuevo esa imagen o ese momento ¿Qué te gustaría creer de positivo sobre vos misma ahora?”

Paciente: “Yo puedo salir de esto”

Incidentes pasados

Terapeuta: ¿Cuándo fue la primera vez que recuerdes haber pensado “No me puedo defender” (cognición negativa)? ¿Alguna vez cuando eras más chica?

Paciente: Me acuerdo haber pensado eso cuando estaba en la primaria que tuve una pelea con mis amigas...

Terapeuta: “Ahora enfocándose en ese enunciado “No me puedo defender”, ¿hay

algunos incidentes, cosas que hayan pasado, que sean más antiguas o peores que ésta situación que me contaste?

Paciente: me acuerdo de cuando entraron ladrones a casa...pero eso no fue nada, esto que me paso fue lo peor, no podía salir de ahí ni sabía si iba a salir viva

Disparadores del presente

Terapeuta: “¿Qué situaciones, personas o lugares en tu vida actual hacen surgir en vos pensamientos/sentimientos/experiencias desagradable, feas o problemáticas?”

Paciente: cada vez que paso por el puente en que me dejaron me vuelve todo a la cabeza y me acuerdo de todo lo que me hicieron, además no me banco ver la tele cuando pasan los noticieros y dicen las noticias de las cosas que le hacen a las chicas y eso, me hace mal...también pienso cosas feas antes de irme a dormir, o tengo sueños con eso... cuando pasan autos cerca mío me da mucho miedo, que me pueden volver a subir

Patrón a futuro

Terapeuta: ¿Cómo te gustaría o desearías poder manejar o afrontar más adecuadamente esas situaciones/experiencias?

Paciente: Me gustaría poder dormir bien sin tener que pensar en lo que pasó, poder ver la tele sin tener miedo de que aparezcan cosas feas, `poder caminar tranquila sin pensar que en cualquier momento me puede volver a pasar lo mismo...me gustaría poder seguir con mi vida de antes.

Resumen del Plan de Secuencia de Blancos

Problema planteado: aparición de síntomas de TEPT luego de haber sufrido un episodio de abuso por parte de dos desconocidos.

Creencia Negativa-CN: “No me puedo defender”

Creencia Positiva-CP: “Yo puedo salir de esto”

Blanco (Incidente elegido para reprocesamiento que está contribuyendo a los problemas presentes): episodio de abuso ocurrido meses atrás en donde obligan a A a practicarle sexo oral a 2 desconocidos.

Incidentes adicionales para tratar dentro del Plan de Secuencia de Blancos

Pasado: 1) pelea con amigas en el colegio primario

2) una vez que entraron ladrones a casa.

Disparadores del presente: 1) no puede mirar noticieros en la televisión debido a las noticias malas que comentan

2) no puede dormir bien debido a pensamientos del evento ocurrido.

3) Cuando esta en la calle y se le acerca un auto piensa que le puede volver a pasar lo mismo

4) evita lugares que le recuerden al acontecimiento del abuso.

*Patrones a futuro:*1) “Quiero seguir con mi vida a pesar de lo que me pasó”

2) “Quiero dormir bien”

3) “Quiero estar en la calle tranquila”

4) “Quiero poder pasar por algunos lugares sin acordarme automáticamente de lo que me hicieron”

El plan de tratamiento y el plan de secuencia de blancos resulta útil dado que Shapiro (2004) indica que por medio del panorama clínico global, el terapeuta deberá precisar cuales son los recuerdos del pasado que han generado una patología dada, las personas y situaciones actuales que estimulan la disfunción y los componentes necesarios para proyectar un patrón de conducta deseable para el futuro

Fase 2: Preparación

Comenzamos la fase 2 indicándole a Ana como pondríamos los asientos para trabajar con EMDR, le mostramos que pondremos las sillas como barcos que se cruzan. Luego, se le preguntó a la paciente que distancia le parecía cómoda para realizar los movimientos oculares. Así como también que otro tipo de estimulación bilateral le gustaría que utilizáramos en caso de no ser los movimientos oculares. Le mostramos los toques en rodillas y manos y también lo ofrecimos sonidos. Ana eligió los toques en las rodillas como forma de estimulación bilateral alternativa. A continuación se le explicó brevemente y de manera sencilla cómo actuará EMDR. La explicación que se le dio fue la siguiente:

“Cuando ocurre un hecho perturbador puede quedar encerrado en el cerebro con la imagen, sonidos, pensamientos y sensaciones corporales originales. Este material puede combinar elementos fácticos con la fantasía y con imágenes que representan el hecho real o sus sentimientos sobre el mismo. EMDR parece estimular la información y permite que el cerebro procese la experiencia. Quizás eso es lo que sucede en el sueño REM: los movimientos oculares (tonos, toques) pueden ayudar a procesar el material inconsciente. Es tu propio cerebro el que va a lograr la curación y vos sos quien tiene el control.”

Cabe aclarar que mientras se leía este enunciado se iba explicando el mismo a la paciente con palabras más simples.

Se le explicó al paciente que es ella quien tiene el control y que cuando levanta la mano (señal de pare), automáticamente dejaremos de procesar.

Según Shapiro (2004), es necesario crear el escenario donde se llevará a cabo el reprocesamiento, preparar al cliente implica establecer una relación terapéutica segura con él, explicándole detalladamente el proceso y sus efectos.

Desarrollar e Incrementar un Lugar Seguro/Calmo

Imagen. Terapeuta: “Me gustaría que pensaras en algún lugar donde estuviste o imagines estar donde te sientas segura y calma. Quizás en la playa o junto a un arroyo de montaña. ¿Dónde te gustaría estar?”

Paciente: Me gustaría estar en mi casa.

Emociones y sensaciones. Terapeuta: “Mientras pensás en ese lugar seguro/calmo, nota qué ves, oís y sentís en este momento. ¿Qué notás?”

Paciente: estoy en la cocina de mi casa, con mi mamá, mi papá y mi hermana, estamos jugando a las cartas y siento alegría y tranquilidad de estar ahí con la gente que quiero.

Incrementar. Terapeuta: “Concentrate en ese lugar, observá las imágenes, los sonidos, olores y sensaciones corporales. Contame qué más notás.”

Paciente: Me siento querida, segura, nada malo me puede pasar ahí.

Movimientos oculares. Terapeuta: “trae la imagen de ese lugar. Concentrate en el lugar del cuerpo donde sentís esas sensaciones placenteras y permitite disfrutarlas. Ahora concentrate en esas sensaciones y seguí mis dedos(se realizan 4 a 6 pases de estimulación bilateral).¿Cómo te sentís ahora?”

Paciente: me siento bien, tranquila.

Terapeuta: Concentrate en eso ¿el lugar es completamente seguro/calmo?

Paciente: Si, me siento muy segura en mi casa con mi familia.

Terapeuta: (Repite EB).

Palabra Clave. Terapeuta: “Hay alguna palabra o frase que represente tu lugar seguro?.

Paciente: Tranquilidad.

Terapeuta: OK. Pensá en “tranquilidad” y nota los sentimientos positivos que tiene cuando pensás en esa palabra. Concentrate en esas sensaciones y en la palabra “tranquilidad” y seguí mis dedos. (4 a 6 pases de EB)¿Cómo te sentís ahora?

Paciente: Muy bien, segura, tranquila.

Terapeuta: Me gustaría que practiques usando tu lugar seguro desde ahora hasta la próxima sesión cada vez que te sientas mal, triste o que aparezcan pensamientos relacionados con lo que te pasó. Fijate que pasa y hablaremos sobre eso la próxima vez que nos veamos.

Paciente: ¡Buenísimo Gracias!

Ficha de trabajo de Fase 3: Evaluación

Comenzamos la fase 3 dando algunas instrucciones específicas a A:

“A menudo simplemente vamos a chequear lo que estas experimentando. Necesito que me cuentes exactamente qué está pasando con una respuesta lo más clara posible. A veces las cosas van a cambiar y a veces, no. En este proceso no hay supuestos ni deber ser. Sólo dame la retroalimentación/respuesta más exacta posible sobre lo que está sucediendo sin juzgar si debería o no pasar. Deja que pase lo que tiene que pasar. (Se le recuerda que puede levantar la mano en señal de pare).

Blanco. Episodio de abuso ocurrido meses atrás en donde obligan a A a practicarle sexo oral a 2 desconocidos.

Imagen. (La más perturbadora): Terapeuta. “¿Qué imagen representa la peor parte del evento-experiencia?”

Paciente: mmm... no sé... (Llora)

Terapeuta: Cuando pensás en eso que pasó que te surge?

Paciente: bronca, tengo un nudo en la garganta, lloro...

Cognición Negativa. Terapeuta: “Mirando la imagen/foto del evento-experiencia difícil, ¿Cuáles son las palabras que expresan mejor la creencia o pensamiento negativo sobre vos, ahora?”

Paciente: lo que te dije antes... no me puedo defender

Cognición Positiva. Terapeuta: “Cuando pensás en esa imagen del evento. ¿Qué te gustaría o preferirías creer de positivo sobre vos, ahora?”

Paciente: Me gustaría creer que puedo seguir adelante a pesar de lo que pasó, que puedo seguir con mi vida sin tener que pensar todo el tiempo en eso y que me frene para todo.

Validez de la Cognición (VoC). Terapeuta: Cuando pensás en esa imagen/evento, en una escala donde 1 es completamente falso y 7 es completamente verdadero ¿Cuán verdaderas sienten esas palabras “puedo seguir adelante” ahora?”

Paciente: 2

Emociones. Terapeuta: Cuando pensás en esa imagen y en las palabras “estoy sola, no me puedo defender”, ¿Qué emociones sentís ahora?”

Paciente: bronca, tristeza, vergüenza, miedo

SUD. Terapeuta: En una escala de 0 a 10 donde 0 es ninguna perturbación o neutra o sea que no te molesta y 10 es la máxima perturbación, te molesta mucho ¿Cuánto sentís que te molesta ahora?

Paciente: 9

Localización de la sensación corporal. Terapeuta: ¿En qué parte del cuerpo sentís la perturbación? ¿En que parte del cuerpo sentís la molestia, angustia? Paciente: en la garganta, en mis ojos, en el pecho...

La evaluación según refiere Shapiro (2004) determinará cuales componentes del recuerdo deberán enfocarse. Definirá también el marco referencial de las reacciones del paciente durante el proceso.

Fase 4: Procesamiento y chequeo de nuevos canales.

Terapeuta: Me gustaría que recuerdes esa imagen, esas palabras negativas “No me puedo defender”, notá en que parte del cuerpo las sentís y seguí mis dedos (EB 25 pases)

A. Reprocesamiento. Terapeuta: Respira suave y profundo... ¿Qué surgió?

Paciente: mucha tristeza, bronca y ganas de llorar

Terapeuta: Sigamos con eso.(continúa EB 25 pases).Respira suave y profundo...¿Qué surgió?

Paciente: (llora desconsoladamente, el paciente está abreaccionando, el reprocesamiento lo ayuda con el material, no está siendo retraumatizado, dispone de una señal de pare si desea parar). No puedo hablar.

Terapeuta: Sigamos con eso (se le realiza estimulación bilateral pero con toques en las rodillas debido a que la angustia no le permite seguir los dedos con la mirada). Notá simplemente la experiencia, imaginate viajando en un tren y las imágenes, los sentimientos, los pensamientos, etc., son sólo el paisaje que ves pasar.

¿Qué surgió?

Paciente: Que hay gente mala, que lastima mucho.

Terapeuta: Sigamos con eso (se continua con EB en las rodillas).Dejalo ir...Respirá suave y profundo. ¿Qué surgió?

Paciente: Me dió mucho asco, no puedo dejar de pensar en eso.

Terapeuta: Sigamos con eso.(se realiza EB ocular debido a que la paciente se encuentra más tranquila). Respira suave y profundo. ¿Qué surgió?

Paciente: sé que con el tiempo voy a poder dejar esto atrás

Terapeuta: Sigamos con eso (EB ocular). Respira suave y profundo. ¿Qué surgió?

Paciente: Sé que puedo contar con mi familia y que me van a ayudar a pasar este momento feo.

B. Volver al Blanco

Terapeuta: Cuando volvés a pensar en la experiencia original. ¿Qué te surge ahora?

Paciente: Estoy aliviada.

C. Chequear el SUD

Terapeuta: Cuando te acordas de esta experiencia en una escala de 0 a 10 en la que 0 es ninguna perturbación y 10 es la máxima que te puedas imaginar... ¿Cuánta perturbación sentís ahora?

Paciente: 5

Se repite A, B y C

Terapeuta: Volvamos a la experiencia nuevamente y seguí mis dedos (Se realiza EB).

Respirá profundo, dejalo ir... ¿Qué surgió?

Paciente: me gustaría poder dejar todo eso atrás y seguir con mi vida de antes.

Terapeuta: Seguí con eso (se realiza EB). Respira suave y profundo. ¿Qué surgió?

Paciente: me sentí muy sola, no podía hacer nada, sino me mataban ¿entendes?

Terapeuta: Seguí con eso (se realiza EB). (la paciente llora por lo que se cambia a EB con toques en las rodillas). Ya quedó en el pasado, ahora estás a salvo.

Respira suave y profundo. ¿Qué surgió?

Paciente: es verdad, ya pasó y voy a seguir siendo la misma, más fuerte que antes todavía.

Terapeuta: Seguí con eso (se realiza EB). ¿Qué surgió?

Paciente: Soy valiente.

Terapeuta: Cuando pensás en el incidente, en una escala de 0 a 10 donde 0 es ninguna perturbación y 10 es la máxima imaginable, ¿qué tan perturbador es el incidente para vos, ahora?

Paciente: 1

Terapeuta: Volvamos al incidente y seguí con eso (se vuelve a realizar EB) ¿Qué surgió?

Paciente: me siento mucho mejor que cuando vine, es mágico ¡jaja!

Terapeuta: Seguí con eso (EB). ¿Qué surgió?

Paciente: Nada nuevo, estoy bien, me siento relajada

Terapeuta: Cuando pensás en el incidente, en una escala de 0 a 10 donde 0 es ninguna perturbación y 10 es la máxima imaginable, ¿qué tan perturbador es el incidente para vos, ahora?

Paciente: 1

Terapeuta: ¿Qué es lo que te impide bajar a 0?

Paciente: Creo que si pude pasar esto voy a poder pasar cualquier cosa en mi vida y por eso está bueno, no recordarlo siempre pero si saber que algo así me molestó mucho y me hizo mal pero puede hacerle frente.

En este caso damos por finalizada la fase 4 del tratamiento con un SUD=1 ya que es considerado un SUD ecológico dado que es adaptativo que la experiencia que atravesó A genere algún tipo de malestar que impide que el SUD=0.

La cuarta fase según Shapiro (2004) se concentra en reducir la perturbación del paciente hasta el mínimo posible (0 en la escala SUD o ecológico). Para que ocurra la desensibilización es necesario procesar el material disfuncional que ha sido almacenado en todos los canales relacionados con el suceso que se desea enfocar.

Fase 5: Instalación.

Chequeo de cognición positiva inicial

Terapeuta: Las palabras positivas “yo puedo salir de esto” ¿todavía son válidas o hay otras palabras o frase positiva que sientas más apropiada?

Paciente: Si sigue siendo esa, yo puedo salir de esto o soy valiente

Terapeuta: ¿Cuál crees que es más apropiada?

Paciente: Yo puedo salir de esto.

Chequeo de VoC

Terapeuta: OK. Pensá en el evento original y en esas palabras “yo puedo salir de esto”. En una escala de 1 a 7, donde 1 es completamente falso y 7 es completamente verdadero ¿Cuán verdaderas sentís esas palabras ahora?

Paciente: 5

Vincular el Blanco y la CP y agregar EB

Terapeuta: Pensá en el evento y mantenelo junto con las palabras “yo puedo salir de esto”(se realiza EB), En una escala de 1 a 7 donde 1 es completamente falso y 7 es completamente verdadero, ¿Cómo las sentís ahora?

Paciente: un 7.

Terapeuta: (Se repite EB para fortalecer la cognición positiva)-

Shapiro (2004) indica que la quinta fase de instalación se concentra básicamente en la plena integración de una autoevaluación positiva de la información enfocada. Se utiliza esta fase para aumentar la cognición positiva y para vincularla específicamente con el recuerdo o suceso original.

Fase 6: Chequeo corporal.

Terapeuta: Cerrá los ojos y pensá en el recuerdo original y en la frase “yo puedo salir de esto”. Prestá atención a las distintas partes de tu cuerpo, desde la cabeza hasta los pies.

Decime si hay algún punto donde sientas tensión o alguna sensación fuera de lo común.

Paciente: Me siento mas relajada, aliviada... como si todo el peso que antes sentía en mi cuerpo ahora no está más.

Terapeuta: Seguí con eso (se realizan tandas de estimulación bilateral para fortalecer las sensaciones positivas que la paciente experimenta)

Respirá suave y profundo... ¿Qué surgió? ¿Cómo te sentís?

Paciente: Bien, igual que antes, aliviada, tranquila.

Shapiro (2004) indica que El modelo de Procesamiento de la información a un estado adaptativo que guía la práctica EMDR propone que es posible que el material disfuncional pueda tener una resonancia física. La sexta fase del tratamiento que concluye el procesamiento acelerado se concentra básicamente en la tensión corporal.

La fase de exploración del cuerpo llega a su fin cuando el paciente, teniendo en mente el suceso que es blanco de tratamiento y su cognición positiva, no encuentra ninguna tensión residual al recorrer su cuerpo.

Fase 7: Cierre.

Terapeuta: Nos estamos quedando sin tiempo y en un ratito tenemos que ir terminando.

Hiciste un muy buen trabajo y aprecio mucho el esfuerzo que hiciste. ¿Cómo te sentís?

Paciente: Me siento muy bien, gracias.

Terapeuta: ¿Qué te llevás de positivo ó como aprendizaje el día de hoy?

Paciente: Me llevo de positivo que voy a poder salir de ese momento feo que pasé y que a pesar de que fue algo muy fuerte y que no creo que me olvide nunca, puedo salir de esto y seguir con mi vida de antes.

Terapeuta: Seguí con eso (se realiza nuevamente EB para instalar la creencia positiva) (al finalizar EB, A sonríe).

El procesamiento puede continuar después de la sesión. Puede que notes o no nuevas

comprensiones, pensamientos, recuerdos, sensaciones físicas o sueños. Por favor registra en tu hoja DICES todo lo que notes y hablaremos de esto en nuestra próxima sesión. Acordate de usar técnicas de autocontrol todos los días y después de cada vez que escribas algo en tu registro DICES como la del abrazo mariposa o los ejercicios de respiración que venimos practicando.

Paciente: Bueno dale gracias !nos vemos el martes que viene.

La hoja de registro DICES tiene el siguiente formato:

Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo

Disparador

Imagen

Cognición

Emoción

Sensación

En la fase 7, Shapiro (2004) señala que el terapeuta deberá reservar tiempo para concluir la sesión con instrucciones apropiadas, dejando al cliente en una actitud positiva, que le permita regresar a casa sin contratiempos. El terapeuta nunca deberá permitir que el paciente abandone el consultorio en un estado extremo de perturbación.

El terapeuta siempre deberá mostrarse juicioso y darle al paciente el tiempo necesario para que abandone el consultorio en un estado estable.

Fase 8: Re-evaluación.

Terapeuta: ¿Qué notaste de distinto en tu vida desde que terminamos nuestro trabajo la sesión anterior?

Paciente: Me fui muy aliviada, me alegro de haber venido acá a trabajar sobre lo que me estaba pasando

Terapeuta: ¿Notaste algún cambio en cuanto a como respondiste a los temas que fuimos hablando?

Paciente: si, estoy mucho mas tranquila, no me dan miedo las cosas que antes me asustaban mucho.

Terapeuta: ¿Tuviste algún sueño?

Paciente: mmm... no.

Terapeuta: ¿Cambiaste tu manera de comportarte/de actuar?

Paciente: Si, ya no pienso todo el tiempo en lo que pasó y en lo que me puede pasar.

Terapeuta: ¿Te acordás que la semana anterior estuvimos trabajando sobre eso que a vos

te pasó?...¿Que notás ahora?

Paciente: pienso que ahora lo veo desde otro lugar, como que pude salir de eso, fue muy feo y no creo que me lo olvide, pero ahora cuando pienso en eso no me angustio tanto ni es el único tema en el que pienso. Quiero pensar en otras cosas, ir al colegio, estar con mis amigas, con mi familia y dejar eso atrás.

Terapeuta: Cuando pensás en el incidente ahora, en una escala de 0 a 10 ¿Cuán perturbador te resulta ahora?

Paciente: 1. (SUD ecológico).

Terapeuta: Hasta ahora trabajamos con este incidente que te pasó y lograste que te perturbe casi nada, considerás que puedes seguir adelante y experimentas una sensación de alivio en tu cuerpo. En sesiones posteriores podemos trabajar con otros eventos que recordaste que te perturban o perturbaron y con tu capacidad de afrontar situaciones en un futuro, ¿te parece?

Paciente: Sí dale, me gustaría.

En la fase 8, Shapiro (2007) explica que el terapeuta debe evaluar cuán adecuadamente se ha resuelto el material que ha sido enfocado previamente y determina si el paciente requiere o no un nuevo reprocesamiento.

Consecuencias en la adolescente y el tratamiento.

Ana, quién padecía de un Trastorno por Estrés Post Traumático, víctima de una situación de abuso sexual fue tratada con el modelo psicoterapéutico EMDR y presentó mejoras considerables luego de haberse aplicado el mismo. El tratamiento consta de entrevistas psicológicas realizadas una vez por semana. Ana. ingresó a tratamiento en septiembre del año pasado y actualmente continúa concurriendo al servicio de psicología pediátrica del Hospital . Es necesario aclarar que se trabajó con EMDR durante 4 sesiones sobre el incidente que desencadenó el cuadro de TEPT y los cambios producidos se observaron rápidamente. Se redujeron los síntomas que padecía al momento de ingresar al servicio. Luego de EMDR ésta reducción de los síntomas de TEPT se vió reflejada en que:

- A posee una reducción de síntomas de reexperimentación del evento luego de la aplicación del modelo EMDR. Presenta recuerdos aislados y poco frecuentes acerca del acontecimiento traumático y rara vez comentó haber soñado con el evento nuevamente.
- A redujo la cantidad de síntomas evitativos y de anestesia emocional luego del tratamiento con EMDR. Ana continúa evitando pasar por el lugar donde ocurrió el abuso porque le provoca malestar sin embargo, luego de EMDR A vuelve a tener interés

en el colegio y no evita conversar acerca de sus sentimientos y pensamientos a raíz del mismo. Además concurre semanalmente al servicio de psicología con entusiasmo.

-A no posee síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) una vez concluido el tratamiento con EMDR. Ana ya no posee dificultades para conciliar el sueño, ni para concentrarse y ya no se encuentra hipervigilante.

Semanas después de la aplicación de EMDR, estas mejoras continúan y se sigue trabajando sobre estos y sobre otras cuestiones con la paciente con una terapia cognitivo-conductual-sistémica. Los temas que se trabajaron luego de EMDR fueron los mismos trabajados allí pero con un cambio importante en la sintomatología que la paciente trajo al comenzar el tratamiento. Además se abordaron otros temas que tenían que ver con organización familiar, puesta de límites y otros temas que angustiaban a A como la muerte de su padre, su abuelo y hermana.

Discusión y Conclusiones

Tanto el objetivo general del trabajo como los objetivos específicos han sido cumplimentados a través de: la descripción del modelo psicoterapéutico EMDR en el caso de una adolescente que sufrió un abuso sexual extrafamiliar provocándole un TEPT.

Se han descrito los síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático según el DSM IV, cumplimentándose los criterios diagnósticos de TEPT, en el caso de la paciente A.

Las herramientas de aplicación del modelo psicoterapéutico EMDR lograron cambios concluyentes en el bienestar de la paciente.

El blanco del tratamiento fue el incidente abusivo provocado por parte de dos desconocidos favoreciendo el desarrollo de un Trastorno de Estrés Post Traumático. Se han observado los beneficios que tiene la utilización del modelo EMDR en el caso de A, su eficacia y rapidez en pocas sesiones. Las partes menos positivas del tratamiento con EMDR fueron aquellas donde A se vió forzada a recordar la situación traumática, parte ineludible del proceso. Otra limitación de EMDR en el caso de A fueron los tiempos acotados de las sesiones. Lo que beneficiaría tratamientos posteriores con EMDR sería contar con disponibilidad de tiempo y espacio para poder trabajar con tranquilidad con el modelo. Una mayor práctica en el modelo también resultaría beneficiosa dado que el terapeuta se sentiría más cómodo con el mismo y lo tendría más incorporado. En este caso puntual los terapeutas estaban recién comenzando a utilizar EMDR y se necesitó supervisar permanentemente lo cual le quitó flexibilidad al tratamiento.

Según Shapiro (2009), EMDR posee ciertas contraindicaciones y advertencias que debemos tener en cuenta. La primera y fundamental advertencia es que el paciente debe estar preparado adecuadamente antes de recibir tratamiento EMDR. La estabilidad del paciente es una condición indispensable, no debe tratarse nunca un paciente con EMDR si el clínico no está seguro que el paciente se encuentra en condiciones para manejar estados emocionales perturbadores. Nunca debemos usar EMDR antes de iniciar tratamiento farmacológico, si fuera necesaria para que el paciente se estabilice o presenta un cuadro de origen mixto orgánico-ambiental como por ejemplo el trastorno bipolar. Nunca debemos iniciar tratamiento EMDR hasta no tener un diagnóstico adecuado del paciente. Dentro de las contraindicaciones encontramos todos los trastornos de base orgánica. Sólo deberán tratarse los cuadros orgánicos que permitan algún abordaje psicológico. Las depresiones son consideradas una advertencia, que podrán ser tratadas solo bajo ciertas condiciones. Sin embargo otros han considerado una contraindicación del uso de EMDR para tratar Trastornos de Depresión Mayor. En particular los equipos internacionales de EMDR consideran que se deberá alcanzar estabilidad del humor antes de iniciar este tipo de tratamiento. Los cuadros de abuso de sustancia, ideación suicida, conductas parasuicidas (autolesiones, trastornos de la alimentación en etapas de crisis) deben tener intervenciones adecuadas a sus cuadros, estabilidad y bajo condiciones de intervención controlada para ser tratados eficazmente (internación domiciliaria o institucional).

Cabe señalar que el tratamiento con EMDR es mucho más abarcativo y complejo que lo que se ha descrito en este trabajo puntualmente.

Hoy en día se sabe que los sobrevivientes del abuso sexual constituyen el mayor número de víctimas de TEPT. Shapiro y Forrest (2007) expresan que a pesar de que existen estimaciones de que sólo entre la quinta parte y la mitad de las víctimas de violación hacen la denuncia policial, se ha notado que el número de ataques parece estar creciendo. Por lo demás, Shapiro y Forrest (2007) indican una serie de estudios sobre violaciones, abusos sexuales y TEPT, estableciendo que en los '80, la prevalencia de violaciones en los Estados Unidos iba del 5 al 22% de la población femenina. Diez años después, un estudio indicaba que entre el 24 y el 53% en una muestra comunitaria de mujeres reportaban un ataque sexual. Otro estudio indica que casi el 20 % de las víctimas de violaciones denunciadas en 1984 habían intentado suicidarse, y estudios recientes han demostrado que tanto como el 80 al 97% de las mujeres violadas contraen síntomas de TEPT.

Los resultados de EMDR con las víctimas de ataques sexuales son concluyentes y confirman que muchas otras víctimas padecen sin necesidad. Sin un tratamiento apropiado, las secuelas del hecho pueden durar años. Un estudio de Burgess y Holmstrom, citado por Shapiro y Forrest (2007) demuestra que entre el 33 y el 63% de las víctimas sin tratamiento continúan sufriendo los síntomas del TEPT tan intensamente, que impiden el funcionamiento cotidiano.

El mundo conoce bien el poder de destrucción originado por catástrofes naturales, la miseria producida por el terrorismo, la violencia, la guerra o la delincuencia.

Como señala Esparza (2001), en los últimos 25 años, más de 150 millones de personas anualmente han sido afectadas directamente por este tipo de desastres y acontecimientos traumáticos. Los efectos físicos de un desastre son evidentes. Cientos o miles de personas pierden sus vidas o son gravemente heridas. Los sobrevivientes arrastran las consecuencias durante toda su vida. Dolor y sufrimiento se distribuyen a partes iguales. Los efectos emocionales –miedo, ansiedad, estrés, ira, rabia, resentimiento, bloqueo emocional- de los desastres son innegables.

Para muchas víctimas, estos efectos se mitigan e incluso pueden desaparecer con el tiempo. Sin embargo, para otros muchos, las secuelas son a largo plazo y alcanzan en ocasiones la condición de crónicas si no reciben el tratamiento adecuado.

Actualmente, es posible lograr una adecuada recuperación de los afectados mediante los recursos terapéuticos disponibles y EMDR resulta un modelo eficaz para el TEPT.

Finalmente, dada la alta prevalencia de exposiciones a sucesos traumáticos entre la población infantil y adolescente, y el consiguiente riesgo de desarrollar un TEPT, sería beneficioso, desde el punto de vista psicológico, biológico y socioeconómico, potenciar la investigación centrada en estrategias de prevención y valorar la eficacia de las mismas.

Resulta importante destacar que el modelo EMDR debería tener mayor difusión y alcance. Para ello es necesario que se lo incluya en los programas de las universidades para que los futuros profesionales en salud mental cuenten con herramientas de avanzada para el abordaje de tratamientos psicológicos.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson
- Artigas, L., & Jarero, I. (2005). *El abrazo de la mariposa - The butterfly's embrace*. Revista de Psicotrauma para Iberoamérica, Vol 4, N°1.
- Cazabat. (2001). *Trastorno por Estrés Traumático. Criterios diagnósticos*. Recuperado el 19 de mayo del 2009 de <http://www.geocities.com/HotSprings/9052/criterios.htm>
- Cazabat, E. (2002). *Un breve recorrido a la traumática historia del estudio del trauma psicológico*. Bs As. Revista de Psicotrauma para Iberoamérica Vol 1 , N°1
- Cía, Alfredo H. (2001). *Trastorno por Estrés Postraumático*. Bs.As: Gidesa
- Colombo, R., Agosta, C y Barilari, Z. (2008). *Abuso y maltrato infantil. Tratamiento psicológico*. Bs.As: Cauquen
- EMDRIA Latinoamérica(s/f). *Glosario*. Recuperado el 15 de Agosto de 2009 de http://www.emdr.org.ar/para_publico/glosario_01.html.
- Esparza, D. (2001). *Trastorno por Estrés Postraumático. Conceptualización, evaluación y tratamiento*. Recuperado el 28 de Julio de 2009 de <http://www.psicologiaonline.com/ciopa2001/actividades/16>
- Lescano, R., Bergmann, U., Giannini, A., Pascale, A., Fagioli, G., Solvey, R., et al. (2004). *Trauma y EMDR*. Bs.As: EMDRIA Latinoamérica
- Malacrea, M. (1998). *Trauma y reparación*. Barcelona: Paidós
- Shapiro, F. y Maxfield, L. (2002). *EMDR en Enciclopedia of Psychotherapy*. Nueva York: Elsevier Science.

- Shapiro, F. (2004). *EMDR Desensibilización y Reprocesamiento por medio del Movimiento Ocular*. Mexico: Pax
- Shapiro, F & Forrest, M. (2007). *EMDR Desensibilización y Reprocesamiento por medio del Movimiento Ocular. Una terapia innovadora para superar la ansiedad, el estrés y el trauma*. EEUU: SAPsi
- Shapiro, F. (2009). *Manual del Modelo Psicoterapéutico EMDR. Curso de Entrenamiento Básico*. Bs.As: SAPsi.