



INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría,
Psicología y Salud Mental

ABORDAJE DEL TEPT DESDE LA VISIÓN DEL EMDR

Emilio Regli Rojas, María Jesús Cutillas Poveda , Julia Mercedes Sánchez Prieto

emilioregli@gmail.com

EMDR; trastorno de estrés postraumático; psicoterapia

RESUMEN

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un trastorno de salud mental que surge tras experimentar o ver algún evento traumático. Este suceso se percibe como potencialmente peligroso (atentado, accidente automovilístico, guerra, desastre natural, agresión sexual...) aunque en otras ocasiones puede ser un hecho o hechos repetidos que involucra los vínculos de la persona y que traen un impacto emocional a la persona (fallecimiento, hostilidad familiar...).

Se expresa con una diversidad de síntomas que podemos agruparlo en:

- Los síntomas que reviven el trauma (flashback, pesadillas...).
- Síntomas de hipervigilancia y aumento de la reactividad
- Síntomas cognitivos y del estado de ánimo (culpa, olvidos, dificultad para concentrarse...)
- Síntomas de evitación (lugares, personas, pensamientos....).

Actualmente se estima que un 1% de la población lo padece y si no es tratado puede llegar a cronificarse.

El tratamiento de EMDR es uno de los tratamientos de primera línea para el abordaje del Trastorno Estrés Postraumático y con un amplio número de estudios científicos que lo avalan. En la siguiente ponencia abordaremos las diferentes fases del EMDR en un tratamiento de un varón de 45 años diagnosticado de TEPT tras haber vuelto de una misión del ejército.

ABORDAJE DEL TEPT DESDE LA VISIÓN DEL EMDR

INTRODUCCIÓN TEÓRICA

Las personas con TEPT se manifiestan en reacciones continuas y prolongadas relacionadas con acontecimientos pasados. Los criterios conceptualizados en el DMS-V (APA, 2013) son expuestos en la Tabla 1.

TABLA 1
<p>A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:</p> <p>Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).</p> <p>Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.</p> <p>Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.</p> <p>Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).</p>
<p>B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):</p> <p>Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).</p> <p>Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).</p> <p>Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)</p> <p>Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).</p> <p>Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).</p>

ABORDAJE DEL TEPT DESDE LA VISIÓN DEL EMDR

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., "Estoy mal," "No puedo confiar en nadie," "El mundo es muy peligroso," "Tengo los nervios destrozados").

Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.

Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).

Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.

Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.

Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

ABORDAJE DEL TEPT DESDE LA VISIÓN DEL EMDR

Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.

Comportamiento imprudente o autodestructivo.

Hipervigilancia.

Respuesta de sobresalto exagerada.

Problemas de concentración.

Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar

si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
2. Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante).

ABORDAJE DEL TEPT DESDE LA VISIÓN DEL EMDR

La investigación científica sobre el EMDR ha establecido que es un tratamiento eficaz y evidencia empírica para la terapia del TEPT. El enfoque del EMDR está en el recuerdo de la experiencia o las experiencias traumáticas que han sido lo que han contribuido al desarrollo de la sintomatología o del trastorno que presenta el paciente. El trabajo terapéutico se centra en el recuerdo traumático. La base del trabajo del EMDR consiste en la estimulación alternada de los dos hemisferios cerebrales, a través de la estimulación bilateral (doble foco) y haciendo uso simultáneo de la imagen traumática, la cognición negativa, las emociones perturbadoras y las sensaciones físicas. Dicho procedimiento se basa en que la información que contiene vivencias traumáticas no se llega a procesar de manera adecuada sino que dichas percepciones se quedan almacenadas exactamente iguales que en el momento de entrada acompañadas de cogniciones negativas. En resumen la patología sería la expresión de recuerdos no procesados o procesados de manera inadecuada, por lo que el abordaje terapéutico se centrará en realizar un procesamiento adaptativo de dicha información. Durante una sesión de EMDR se observa una desensibilización de la experiencia traumática (el recuerdo se percibe lejano) y un cambio de perspectiva (acompañado de cogniciones más adaptativas), que favorecerán a emociones más satisfactorias y eliminará las sensaciones displacenteras. Tras la sesión el paciente recuerda lo vivido pero perteneciendo este al pasado y pudiendo ser contenido desde una visión más funcional.

Las bases neurobiológicas que conceptualizarían dicho enfoque hipotetiza que durante el hecho traumático, las respuestas bioquímicas (cortisol, adrenalina...) bloquearían el procesamiento de información alterando la redes donde son almacenadas.

LAS BASES EN LAS QUE SUSTENTA EL EMDR SERÍAN

- 1) Revivir el trauma en un contexto terapéutico seguro
- 2) Desensibilizar el recuerdo traumático
- 3) Modificación en la perspectiva cognitiva
- 4) Narración
- 5) Recolocación del acontecimiento en el pasado
- 6) Asimilación e integración de la experiencia

ABORDAJE DEL TEPT DESDE LA VISIÓN DEL EMDR

ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO

A continuación describiremos el plan de tratamiento de un hombre de 45 años con un diagnóstico de TEPT relacionado con una experiencia traumática sucedida en una maniobra bélica. Nuestro paciente acude a consulta tras 9 meses presentando crisis paroxísticas de ansiedad, vivencias de desrealización, pesadillas e imágenes intrusivas respecto al hecho traumático. Tras un análisis de la demanda y del perfil de paciente valoramos que el mejor abordaje para dicha clínica es un tratamiento basado en el EMDR. La duración de nuestro tratamiento fueron cinco meses, con una frecuencia de una sesión por semana.

El plan de tratamiento se basaba en sesiones que seguían el modelo de 8 fases que describiremos brevemente:

Fase 1: la primera fase consiste en una conceptualización del caso. Para esto se lleva a cabo una recopilación de la información ofrecida por el paciente, se hace una exploración de la sintomatología que presenta, se aborda diagnóstico y comienza la selección de los recuerdos diana. También se establecen los objetivos terapéuticos que configuran el plan de tratamiento.

Fase 2: la segunda fase consiste en la preparación del paciente. Es importante llevar a cabo un análisis del perfil del paciente para comprobar que es el idóneo para dicho abordaje. En dicha fase también se le explica la técnica y se ajustan expectativas. En dicha fase se lleva a cabo la técnica del *Lugar Seguro*.

Fase 3: los objetivos principales de la tercera fase es obtener la línea base y analizar los elementos principales del recuerdo. Se explora también las cogniciones negativas entorno al recuerdo.

Fase 4: en dicha fase se lleva a cabo la desensibilización, para esto se localizan las sensaciones corporales y se lleva a cabo la estimulación bilateral.

Fase 5: el objetivo principal de la quinta fase es analizar la validez de la cognición positiva original e integrar los efectos positivos para un procesamiento adaptativo de los recuerdos. La finalidad sería aumentar las conexiones de la red cognitiva positiva y aumentar los efectos de la generalización en la red asociada.

Fase 6: la sexta fase consiste en un examen corporal para llevar a cabo un procesamiento de las sensaciones físicas residuales que siguen acompañan al recuerdo traumático.

Fase 7: la penúltima fase se centra en el cierre. En esta fase es importante asegurarse de la estabilidad del paciente por lo que no realizaremos ningún examen corporal ni trataremos ningún canal nuevo.

ABORDAJE DEL TEPT DESDE LA VISIÓN DEL EMDR

Fase 8: en la sesión posterior se reevalúa el recuerdo diana por si existiera alguna perturbación residual, en caso de que la haya se llevará a cabo un reprocesamiento sobre este.

Durante las sesiones con el paciente el terapeuta cumplía un rol de no intervención en formas de interpretaciones, sugerencias, devoluciones para no interferir en el reprocesamiento durante la estimulación bilateral.

Tras los cinco meses de tratamiento el paciente dejó de presentar las crisis de ansiedad y las imágenes intrusivas, si bien persistían en momentos de tensión sensaciones de irrealidad, si bien estas ya no les resultaban molestas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Como hemos mencionado previamente, en diversos estudios se ha demostrado que el EMDR es uno de los tratamientos más eficaces para el trauma. Los pacientes tratados desde dicho abordaje finalizan el tratamiento discriminando mejor estímulos peligrosos de los que no lo son, dan un mejor sentido a las emociones en relación a los hechos traumáticos y existe un mejor procesamiento de los recuerdos en la memoria declarativa. Además a nivel neurológico se ha detectado un menor nivel basal del cortisol una vez finalizado el tratamiento. Es por esto que recomendamos el uso de dicha técnica en los casos de pacientes con TEPT siempre que el terapeuta esté debidamente formado en esta.

BIBLIOGRAFÍA

1. -American Psychiatric Association. (2013) *The diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5ª ed). DMS. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
2. -Shapiro, F (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 20(3), 210-240.
3. -Winson, J. (1993). The biology and function of rapid eye movement sleep. *Current Opinion in Neurobiology*, 3(2), 243-248.
4. -Herman, J. L. (2011) PTSD as a shame disorder. En R. L. Dearing y J.P. Tangney (Eds), *Shame in the therapy hour* (pp. 150 – 200). Washington, DC, USA: American Psychological Association.